Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE & DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

TROISIÈME ANNÉE

TOME III. — 1875

CE VOLUME RENFERME DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Abadie, Barié (E.), du Basty, Béhier, Bert (P.). Bétous (I.), Bochefontaine, Bouteillier (G.), Boyer (H. de), Bucquoy, Budin (P.), Cartaz (A.), Chabbert, Charcot (J.-M.), Cornillon (J.), Debove, Decaudin, Delasiauve, Desnos, Dreyfus (L.), Dupuy (L.-E.), Duret (H.), Exchaquet, Gallard, Hanot, Hayem (G.), Homolle (G.), Isambert, Joffroy (A.), Jousset (de Bellesme), Kirmisson, Landolt, Landouzy, Laveran, Lionville (H.), Longuet (M.), Malherbe (A.), Marcano, Mollière, Ory (E.), Parrot, Pasturaud, Peltier (G.), Pierret, Pitres, P. Poncet (de Cluny), Raymond (F.), Reclus (P.), Sevestre (A.), Straus (I.), Talandier (A.), Tarnier, Teinturier (E.), Trelat (U.), Troisier (E.), Vulpian, Yvon.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

6, RUE DES ÉCOLES, 6



3e ANNÉE. — N° 1 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 2 JANVIER 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. **PARROT**.

De l'athrepsie (1).

Ve LEÇON (*suite*) : — *Endurcissement du tissu cellulaire.*

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Je vais maintenant m'occuper de l'*habitude extérieure*, à laquelle je rattache le *facies* et le *cri*, les deux phénomènes d'expression qu'il importe le plus de considérer chez le nouveau-né atteint d'athrepsie. Cette étude se place naturellement à la suite de celle des éruptions cutanées,— car la peau y tient encore une place importante ; — mais à un autre point de vue, qui est celui de sa coloration, de sa consistance et des autres modifications que la vue et le toucher y peuvent découvrir. Vous ne sauriez trop vous familiariser avec ces traits de la physionomie mordide; ils appartiennent, en effet, si exclusivement à l'athrepsie, que je n'hésite pas à les considérer comme pathognomoniques.

Vous savez que chez les nouveau-nés, la peau présente une teinte rouge due à la minceur de l'épiderme et à l'injection de son réseau capillaire. Au bout de quelques jours, d'un septénaire environ, elle devient jaunâtre, sans autre trouble appréciable ; et il semble que cette apparence légèrement ecchymotique, soit la conséquence de la congestion qui l'a précédée. Enfin, elle prend sa teinte définitive qui est variable suivant les individus. En dépit de ces modifications, les extrémités, et notamment les pieds, conservent pendant un certain temps une teinte violacé. Sous l'influence de la maladie, la peau pâlit d'abord, pour prendre ensuite une teinte livide, qui s'accentue tout particulièrement aux pieds, aux mains, et au pourtour de la bouche. Dans ces points, elle est véritablement bleuâtre, et l'on voit cette coloration devenir d'autant plus foncée qu'on s'approche davantage de la terminaison fatale. Dans ces conditions, si l'on applique la main à la surface, on la trouve aride, froide, et l'on a la sensation que donne un corps sans vie. Si l'on voit survenir de l'ictère, c'est le fait d'une complication, d'ailleurs rare et tout-à-fait indépendante de l'athrepsie.

Là ne se bornent pas les changements de la peau ; sa consistance et son épaisseur en subissent de très-importants; mais leur étude ne peut être faite isolément et se rattache à celle des troubles qui surviennent dans toutes les parties charnues périphériques.

Toujours l'athrepsie détermine une diminution dans leur volume; elles s'amoindrissent, elles maigrissent, en un mot; mais cet amaigrissement se présente chez les divers malades sous des aspects très-différents, qui sont sous la dépendance de l'état initial de l'enfant et de la marche de la maladie.

Si les accidents sont intenses, rapides, et si l'enfant qu'ils frappent ainsi d'une manière foudroyante, est robuste et gros, la face s'altère vite et profondément, mais l'apparence extérieure des autres parties du corps, est peu modifiée, leur consistance est moins ferme, plus pâteuse, voilà tout.

Les choses sont bien différentes quand le mal évolue lentement. Dans ce cas, son action amène deux résultats très-différents, que je vais vous faire connaître, sans préciser toutefois les circonstances qui déterminent l'un plutôt que l'autre. Dans une première catégorie de faits, que les enfants aient ou non de l'embonpoint, au début des accidents, ils maigrissent d'une manière lente et continue suivant le mode habituel. Peu à peu, la graisse est résorbée, les muscles diminuent, la peau s'amincit, elle a trop d'ampleur pour les parties qu'elle doit envelopper et se ride ; puis elle perd son élasticité, et les plis qu'on détermine en la pinçant deviennent permanents ; c'est alors qu'on lui trouve parfois une consistance véritablement pâteuse. Tout cela est très-marqué sur le ventre, particulièrement mou et flasque. — Cette maigreur n'a donc rien qui la distingue de celle que l'on voit d'ordinaire se produire par d'autres causes chez d'autres malades, si ce n'est, peut-être, ses traits accentués, et en particulier les amples rides dont se couvre le tégument. D'ailleurs, elle n'atteint en général ce degré, que chez les enfants chétifs, qui survivent longtemps aux premiers troubles.

Quant à l'autre aspect sous lequel se montre l'amaigrissement, on l'observe surtout lorsque le mal prend une allure subaiguë chez des individus d'un embonpoint moyen. Mais c'est là tout ce que je puis vous en dire, et jusqu'ici il ne m'a pas été donné de saisir les autres conditions qui le déterminent.

Quoiqu'il en soit, voici ce que l'on observe constamment : la peau, loin de former des plis, se tend, au contraire, et sa surface devient remarquablement unie ; elle perd toute souplesse et il est absolument impossible de la séparer des parties sous jacentes, avec lesquelles il semble qu'elle ne fasse qu'un seul et même tissu. Cela commence par les membres inférieurs; la région lombaire est ensuite envahie, puis le tronc en arrière, et finalement, la surface du corps entier, la face y comprise. Chaque jour on voit la tension et la dureté de la peau faire des progrès, et bientôt on a, lorsqu'on la touche, la sensation que donne du cuir. On dirait que toutes les parties molles sont figées, et que l'on a sous les yeux un corps de bois ou de marbre ; et le premier auteur qui étudia cet état, imagina naïvement, que sans doute, la mère de l'enfant qu'il observait avait eu un regard de statue (Uzenbézius.) En les comprimant avec le doigt, on n'y détermine aucune dépression. En même temps, leur teinte devient légèrement bleuâtre ou livide; et n'étaient certains mouvements que l'on observe encore, on croit avoir sous les yeux un cadavre. Par le fait de cette rigidité, les membres restent étendus et immobiles, ne pouvant plus se fléchir au niveau des articulations. Dugès a pu prendre des enfants au-dessous de la tête et les maintenir dans une position horizontale, comme s'ils étaient d'une seule pièce; il m'est arrivé bien souvent, de faire la même expérience, en plaçant le dos d'un petit, atteint de la sorte, sur le bord radial de la main, où il reste facilement en équilibre, dans une position horizontale. Quand la face est envahie, la raideur des lèvres et des parois buccales, rend la succion et la déglutition impossibles, et l'on s'explique comment un certain nombre d'observateurs, depuis Lodmann, cité par Denis, jusqu'à nos jours, aient cru qu'il s'agissait là de ce tétanos que l'on a encore appelé le *mal de mâchoire* ou le *trismus des nouveau-nés*. Mais ce n'est pas le lieu de relever cette erreur; l'occasion de la combattre se présentera plus loin et plus opportunément.

Il faut, sans exception, regarder comme un résultat de l'athrepsie confirmée cet endurcissement des nouveau-nés, où les muscles et les tissus cellulaire et adipeux sont

(1) Voir les nos 43 à 49, 51 et 52 du *Progrès médical* (1874).

engagés tout autant que la peau. Jamais je ne l'ai vu se développer en dehors d'elle. J'appuie sur cette affirmation pour que votre conviction soit nette et ferme sur ce sujet aussi simple que facile à comprendre quand on l'envisage comme je l'ai fait, mais sur lequel règne encore aujourd'hui, dans la plupart des ouvrages où il est traité, une grande confusion.

Pour vous prémunir contre les erreurs où l'on est tombé là-dessus, je dois entrer dans quelques considérations historiques.

C'est un auteur anglais, Underwood, chirurgien de l'hôpital des femmes en couches de Londres, qui le premier, a bien décrit cette affection (1); mais le cas le plus ancien qui ait été publié remonte au commencement du XVIIIe siècle. Il fut inséré par un médecin d'Ulm, Jean André Uzenbezius, dans les Éphémérides des curieux de la nature (2), et copié ensuite par Schuringius (3). Il y est dit que depuis la tête jusqu'aux pieds, l'enfant était semblable à un morceau de viande desséchée à la fumée. Cette observation, pleine d'intérêt, fut citée plus d'une fois, mais elle resta isolée, et le mal auquel elle se rapporte était presque entièrement ignoré, lorsque le Dr Denman, professeur d'accouchements à l'hôpital de Middlesex, en fit le sujet de leçons publiques qui servirent de point de départ aux travaux d'Underwood.

D'après cet auteur, l'*endurcissement du tissu cellulaire* se montre rarement aussitôt après la naissance, mais en général dans les dix jours qui la suivent. Il atteint principalement les enfants des familles pauvres, qui se trouvent à la dernière période d'une maladie intestinale obstinée, dans laquelle les matières excrétées ont la consistance de la cire ou de l'argile. Le premier jour, la peau, par sa teinte et sa consistance, ressemble à de la cire molle ;— le deuxième, les chairs sont dures et résistantes, sans œdème; la peau offre les mêmes caractères que celle d'une personne qui serait morte pendant une très-forte gelée; — le troisième, le tissu cellulaire a acquis une telle dureté que la peau ne peut plus glisser sur les muscles subjacents. — Le quatrième, l'endurcissement gagne souvent la totalité du corps, mais la peau offre une rigidité particulière à la face et aux extrémités. — Le cinquième, l'enfant est toujours froid. — Le sixième, il fait entendre une espèce de gémissement particulier, qui est souvent très-faible; s'il crie, ce n'est jamais comme les autres individus de son âge.— Le septième, quel que soit le temps pendant lequel l'individu doive encore survivre, il semble toujours qu'il est sur le point de mourir.

Underwood ajoute, d'après sa propre observation, que la rigidité du tissu cellulaire, s'étend parfois si profondément, que la gaîne des muscles et même leurs fibres, sont affectés.

Cependant les muscles de la mâchoire inférieure sont les seuls qui deviennent complétement immobiles; et s'il survient des convulsions, elles ne s'étendent pas aux extrémités.

Après la mort, jamais il n'a rencontré dans les mailles du tissu cellulaire, aucune sorte de liquide. La cause prochaine de la maladie, est un spasme de la peau; sa cause éloignée est un air malsain.

A part cette dernière explication et la comparaison par laquelle l'auteur cherche à donner une idée des garde-robes, sa description est d'une merveilleuse exactitude, et je la substituerais volontiers au tableau que je vous ai présenté et que j'ai fait au lit des malades, sans connaître celui que traçait le médecin de Londres, près d'un siècle avant moi. Tout y est, et l'on ne peut douter de la cause éloignée de cet endurcissement des tissus, puisqu'il y est dit expressément qu'il attaquait *ceux qui se trouvaient à la dernière période d'une maladie intestinale obstinée.*

Pendant qu'en Angleterre, l'on observait avec tant de sagacité l'*endurcissement du tissu cellulaire* des nouveau-nés arrivés à la dernière période de l'athrepsie, que faisait-on en France? — Underwood se charge de nous l'apprendre. — Écoutez-le bien, car cela vous donnera la clef, non-seulement de la confusion sur laquelle j'appelle aujourd'hui votre attention, mais encore de toutes celles du même ordre, — et elles ne sont pas rares, — que l'on a commises et qu'on commet chaque jour, dans l'observation et dans l'étude des maladies. (*A suivre*).

(1) Underwood. — *De l'endurcissement du tissu cellulaire*, in *Traité des maladies des enfants*, p. 628. Trad. par Eusèbe de Salle sur la 7e édition anglaise, Paris, 1823.

(2) *Partus octimestris vivus frigidus et rigidus.* — Décembre 1718, chap. 9, obs. 30, p. 62.

(3) *De fœtu frigido et rigido.* — *Embryologie*, sect. 3, chap. 1, § 19, p. 211.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Observations de tumeurs rares de la langue;

Par **D. MOLLIÈRE**, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBSERVATION. — *Kyste hydatique de la langue*; *énucléation*; *guérison.* — L, S., âgé de 24 ans, instituteur primaire, entra le 18 septembre 1874 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce jeune homme, qui paraît être d'une robuste constitution, fait remonter au mois de mars la lésion qui l'amène. Quelques jours avant une violente angine qu'il aurait eu à cette époque, un petit bouton (c'est l'expression dont il s'est servi) avait apparu sur sa langue. Ce bouton, qui s'accrut rapidement, avait à ce moment le volume d'un pois. Puis, survinrent des phénomènes inflammatoires d'une grande intensité. La langue devint énorme et pendant quinze jours le malade fut dans l'impossibilité d'ingérer aucun aliment. Une fois cette poussée inflammatoire dissipée, le malade reconnut que la petite tumeur avait conservé son volume primitif. Elle était indolente, mais elle continua à grossir si bien qu'au bout de quelque temps le patient eut beaucoup de peine à se livrer à l'exercice de sa profession. A son entrée, on pouvait voir sur le bord droit de la langue, faisant saillie surtout du côté de la face dorsale, une tumeur arrondie, et très-dure, de la grosseur d'une noix environ. Cette tumeur était bien limitée, régulièrement arrondie, indolente. La langue fut saisie avec un linge et attirée en haut et hors de la bouche avec une certaine force. La langue ainsi immobilisée, on put rechercher et constater d'une manière très-nette la fluctuation. On diagnostiqua un kyste de la langue.

Le 12 septembre, il fut procédé à l'opération. — La langue, saisie à son extrémité avec une pince très-acérée, fut attirée en dehors. Une incision longitudinale fut pratiquée sur le dos de l'organe et l'on procéda à la dissection de la tumeur dont la coque adhérait assez intimement aux tissus linguaux, mais surtout, profondément, aux muscles au milieu desquels elle s'était développée. Il y avait aussi profondément une adhérence avec l'artère ranine qui fut ouverte tout-à-fait à la base de la langue. La tumeur enlevée, comme il eût été très-difficile de lier l'artère, on réunit la plaie à l'aide de cinq points de suture métallique. L'hémostase fut de la sorte assurée. Le malade fut transporté dans son lit et on lui fit faire pendant le reste du jour des gargarismes buccaux avec de l'eau de Pagliari glacée.

Il y eut le lendemain un certain degré de gonflement. La langue était aussi volumineuse qu'avant l'opération; elle présentait une coloration bleuâtre, ecchymotique. — Les gargarismes glacés et aromatiques furent continués. — Il n'y eut pas de fièvre et, pendant toute la durée de la cure, la température n'atteignit pas 39° centigrades.

Le 16 septembre, le 4e jour, les points de suture furent enlevés, on chassa par pression les caillots qui s'étaient accumulés dans la cavité du kyste, et le 20 septembre le malade, présentant encore une petite plaie linéaire et un léger gonflement, quitta l'hôpital, parlant librement et n'éprouvant plus aucune douleur.

En examinant la tumeur on trouva dans son intérieur une vésicule transparente, à parois excessivement minces, transparentes, avec un petit point opaque. C'est ce point qui fut soumis à l'examen microscopique. On y trouva le parasite avec ses ventouses et sa couronne de crochets. On avait donc eu affaire à un kyste hydatique de la langue (1).

(1) Obs. recueillie par M. Chavanis, interne du service.

Si j'ai cru devoir publier cette observation, ce n'est pas seulement à cause de la rareté des kystes hydatiques de la langue, rareté qui n'est que relative, mais c'est encore en raison des circonstances qui ont accompagné son apparition. Le parasite a dû pénétrer dans l'organe au moment de la mastication, et les phénomènes inflammatoires doivent très-probablement lui être rapportés. Il a joué au début le rôle de corps étranger, et il est à supposer que lorsque l'inflammation s'est apaisée, c'est que le kyste parasitaire était formé. Je recommandrai aussi à l'attention le procédé que j'ai employé pour constater la fluctuation.

Il me semble impossible de l'apprécier sans y avoir recours, c'est en effet le seul moyen d'immobiliser l'organe. Quant à la thérapeutique qui a été mise en usage, je crois aussi que c'est la plus sûre et la plus rationnelle. Avec l'ablation complète n'est-on pas certain de dépasser les limites du mal? L'ablation totale a aussi l'avantage d'être beaucoup plus expéditive que les autres méthodes (Injections, excisions partielles, cautérisation). Enfin avec la suture on peut parer au seul danger que l'on puisse lui reprocher de faire courir au patient, l'hémorrhagie. A ce point de vue, mon observation est aussi démonstrative que possible, puisque la suture a suffi pour arrêter le sang alors qu'il avait pour source une plaie de la principale artère de l'organe. Au reste, la suture est un moyen hémostatique dont on ne sait pas assez profiter, ce me semble, dans les opérations qui se pratiquent sur la langue. Mais c'est de la suture métallique seule que je veux parler. Elle a sur les sutures végétales l'immense avantage de hérisser la région malade de petites pointes piquantes, de telle sorte que les malades immobilisent instinctivement l'organe pour échapper à leur action. Avec les sutures végétales, flexibles, les malades peuvent sans obstacle se livrer à ces mouvements de succion instinctifs qui rendent parfois difficile l'hémostase dans la cavité buccale.

Observation II. — *Lipome de la langue. — Ablation, guérison.* — Le malade qui fait le sujet de cette observation était un robuste vieillard de 60 ans. Il portait sur le bord gauche de la langue une petite tumeur grosse comme un haricot. Cette tumeur était molle et d'une coloration jaune, que l'on voyait par transparence à travers la muqueuse distendue. Le malade ne pouvait du reste donner aucune espèce de renseignements sur sa marche, sur sa durée, sur son origine. Je crus tout d'abord à un abcès, ou à une gomme syphilitique. Mais rien dans les antécédents du malade ne venait à l'appui de cette supposition, et comme d'autre part il était impossible de constater la fluctuation, je m'arrêtai à l'idée d'une tumeur solide, développée probablement dans les glandes. Et comme cette tumeur grossissait je proposai au malade son ablation à laquelle je procédai de la manière suivante :

Une ouverture fut pratiquée dans une feuille de carton, qui fut placée devant la bouche du patient. Il fit passer sa langue à travers cet orifice. Un aide la saisit tandis que je prenais la tumeur avec les pinces à hémorrhoïdes de Guersant, préalablement portées à la température rouge sombre.

Au bout de huit jours le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri. L'examen histologique de la tumeur démontra que l'on avait eu affaire à un lipome. — De petites tumeurs analogues siégeaient vers la base de l'organe, mais comme elles ne gênaient en aucune façon les fonctions de mastication et de phonation, je les laissai.

Tout en insistant sur la rareté extrême des lipomes de la langue, dont on ne possède que quelques observations, j'appellerai aussi l'attention sur le procédé que j'ai mis en usage pour enlever cette tumeur. C'est un moyen très-expéditif, *peu douloureux*, qui met d'une façon certaine à l'abri des hémorrhagies. J'y ai eu recours d'autres fois pour enlever de petits cancroïdes de la langue siégeant vers son extrémité ou sur ses bords, et je crois que cette méthode doit être substituée toutes les fois qu'elle est applicable à l'instrument tranchant et à l'écrasement linéaire.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de certains cas de gangrène spontanée;

Par **A. PITRES**, interne des hôpitaux.

La gangrène, dite spontanée, n'est pas une maladie spéciale ayant une anatomie et une physiologie pathologiques toujours identiques. Elle est le résultat de lésions très-différentes les unes des autres, parmi lesquelles l'embolie et la thrombose artérielles occupent le premier rang. Les cas dans lesquels la gangrène spontanée est la conséquence d'une oblitération embolique des artères ont une pathogénie et une marche clinique tout à fait spéciales et ils forment un groupe très-naturel. Il n'en est pas de même de ceux où la gangrène résulte d'une thrombose artérielle. Leurs lésions et leur symptomatologie sont variables et cela se comprend facilement si l'on songe qu'une thrombose cachectique, une coagulation artérielle dépendant d'une artérite aiguë, une oblitération résultant d'une endartérite chronique, etc., peuvent avoir pour résultat commun des gangrènes spontanées. Il serait bon, peut-être, d'établir dans ce groupe un certain nombre de catégories, au lieu de décrire en bloc tous les faits qui le composent. A ce point de vue les trois observations qui suivent nous ont paru présenter quelqu'intérêt parce qu'elles correspondent à une même forme anatomique, et qu'elles ont une pathogénie bien spéciale.

Observation I. *Gangrène spontanée de la jambe et du pied droits; mort; autopsie.* — Husson, âgée de 82 ans, entrée à la Salpêtrière, le 4 mai 1872, était placée depuis cette époque dans un dortoir d'octogénaire. Elle était très-faible et restait constamment au lit. Le 30 mars 1874, elle fut prise, sans cause appréciable, de fièvre, de vomissements, et d'une douleur très-vive dans le pied et la jambe du côté droit. Elle était sujette depuis deux ans à des douleurs dans cette région et les rapportait à une brûlure qu'elle s'était faite en 1872, à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole externe droite. Quoique la plaie fût très-superficielle et peu étendue, il se forma à sa place une ulcération qui mit plusieurs mois à cicatriser. La malade fut transportée à l'infirmerie, dans le service de M. Charcot, et le 31 mars, on la trouve dans l'état suivant : face rouge, yeux injectés, agitation. Pouls petit, rapide. Temp. rect. 38°,4. La percussion et l'auscultation du poumon et du cœur ne font découvrir rien d'anormal. Les urines sont un peu troubles, mais ne contiennent ni sucre ni albumine.

1er *avril.* La malade a eu pendant la nuit plusieurs frissons violents; l'agitation est moins vive. T. R. 37°.

2 *avril.* Même état. T. 37°, 4.

3 *avril.* La malade se plaint toujours beaucoup de la jambe droite. On constate que le pied est froid, qu'il a une coloration livide, et qu'il est légèrement œdémateux. La partie inférieure de la jambe présente les mêmes altérations. — *Soir* : T. 38. L'empâtement œdémateux est surtout marqué à la partie inférieure de la jambe le long du jambier antérieur.

4 *avril.* Matin. T. 38°, 2. — Langue sèche, couverte d'un enduit fuligineux. — Pouls 100, très-petit, régulier. — *Soir* : à 4 h. 1/2, la malade a eu un frisson intense qui a duré une demi heure. T. 39°. — L'examen du cœur et du poumon ne fournissent aucun signe qui puisse expliquer cet état général.

5 *avril.* La malade s'est plaint toute la nuit de crampes douloureuses dans la jambe droite. A la visite, on trouve le pied et le 1/3 inférieur de la jambe froids, violets; on peut y enfoncer profondément des épingles sans déterminer aucune douleur. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne existent deux phlyctènes, pleines de sérosité noirâtre. Pas de rigidité des orteils. — La moindre pression au-dessus du 1/3 inférieur de la jambe arrache des cris à la malade. T. 38°. — *Soir* : même état. T. 38°, 2.

6 *avril.* Le pouls est petit, rapide. — T. 36°, 3. Même état de la jambe droite. — Prostration de forces. La malade accuse une sensation de froid général, très-pénible. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. — *Soir* : T. 36°, 3. Les parties gangrénées ont une coloration violette très-foncée, elles sont limitées par une ligne circulaire irrégulière, située à

l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen de la jambe. Au-dessus de cette ligne, on voit de petites plaques violacées disséminées sur la peau du mollet.

7 *avril.* T. 36°, 8. La gangrène n'a pas progressé, la peau qui recouvre le pied et les orteils se flétrit et se dessèche. — *Soir :* T. 37°, 2. — 8 *avril.* T. mat. 37°, 3. — *Soir :* 36°, 4.

9 *avril.* T. 37°. On trouve quelques râles muqueux à la base des poumons surtout du côté droit. — La gangrène ne fait pas de progrès ; le pied se dessèche de plus en plus.

11 *avril.* T. 37°, 2. La malade se plaint toujours de sa jambe. Les taches violacées qui existent sur le mollet, au-dessus de la limite supérieure de la gangrène, ne s'agrandissent pas. Prostration complète. — Langue fuligineuse.

12 *avril.* T. 37°. — Mort dans la journée.

Autopsie le 14 avril. — *Poumons.* Pas d'infarctus, pas d'ecchymoses; un peu d'œdème et de congestion à la base du poumon droit. — *Foie.* Petit, bosselé, poids 1,000 gr. — *Reins*, petits 92 et 100 grammes, à surface irrégulière. Les pyramides sont bien marquées, la substance corticale est amincie et jaunâtre. — *Rate*, peu volumineuse, couverte de plaques fibreuses. — *Estomac, intestins, utérus,* sans lésions appréciables. — La *vessie* est couverte de saillies mamelonnées, rougeâtres. Toute la muqueuse vésicale est congestionnée. Pas d'ulcération.

Encéphale. Les artères de la base sont légèrement athéromateuses. Les méninges sont saines. Aucune lésion de la substance cérébrale.

Le *cœur* est mou, flasque, jaunâtre. On remarque sur les muscles papillaires du ventricule gauche plusieurs taches blanchâtres. Poids : 250 gr. Pas d'altération des appareils valvulaires. Les aurieules sont libres.

Aorte. La crosse de l'aorte est très-peu altérée. Le long de la paroi interne de l'aorte thoracique, on trouve plusieurs taches d'artério-sclérose, et quelques plaques athéromateuses. A la partie inférieure de l'aorte abdominale, un peu au-dessus de sa bifurcation, on trouve deux caillots pariétaux, fibrineux, placés au-dessus d'ulcérations athéromateuses.

Vaisseaux du membre inférieur droit. — Toutes les veines du membre depuis la fémorale jusqu'aux veines du pied sont remplies par un caillot, continu, noir, humide, peu résistant et n'adhérant que faiblement aux parois des vaisseaux. Les parois des veines n'ont présenté aucune lésion appréciable. — Les artères sont le siége de lésions complexes. Les artères iliaque externe et fémorale sont remplies par un caillot semblable a celui qui occupe la cavité des veines. Leurs parois sont le siége de nombreuses plaques de dégénérescence athéromateuse et calcaire, mais nulle part il n'y a de rétrécissement notable de la lumière de ces vaisseaux. En enlevant l'artère poplitée, on constate qu'elle est entourée d'un tissu cellulaire très-dense et fortement hyperémié. — Au-dessous de l'anneau du 3e adducteur, l'artère est oblitérée par une substance grisâtre, très-adhérente, très-solide, ressemblant à du tissu fibreux. Cette substance forme un bouchon de 3 centimètres de longueur qui remplit complétement la lumière de la poplitée. Au dessous d'elle existe un caillot noir, sans adhérences. Au niveau du tronc tibio-péronier, l'artère est de nouveau totalement oblitérée par un tissu grisâtre et très-résistant semblable a celui qui oblitérait la poplitée a sa partie supérieure. Les artères tibiales et l'artère péronière sont à leur partie supérieure oblitérées par des caillots noirs adhérents. Dans le pied et dans toute la moitié inférieure de la jambe les artères sont vides. — Les parois de la poplitée et des artères de la jambe sont très-altérées. On trouve dans leur épaisseur de nombreuses plaques de dégénérescence calcaire et d'athérome, et, en plusieurs points, leur membrane interne épaissie forme dans leur intérieur des saillies qui diminuent des 2/3 la lumière des vaisseaux.

L'examen microscopique de tous ces vaisseaux n'a fait que confirmer ce qu'avait appris l'examen à l'œil nu. Il a montré que les parois veineuses étaient saines et que le caillot noir qui remplissait les veines était composé de globules du sang, séparés par un fin réticulum fibrineux. Aucune trace d'organisation n'existait dans ces caillots. Les caillots noirs, contenus dans les artères, présentaient la même structure et la même absence d'organisation. Le tissu grisâtre qui oblitérait la poplitée a sa partie supérieure était formé de tissu fibreux assez dense. Sur des coupes perpendiculaires de l'artère et du néotissu, on distinguait des réseaux stellaires, analogues à ceux que fournissent les coupes transversales des tendons ; on y voyait aussi de nombreux vaisseaux sanguins. — Le tissu qui oblitérait le tronc tibio-péronier présentait une organisation tout à fait analogue.

Obs. II. — *Gangrène spontanée de la jambe; mort; autopsie.* — Fier Benoite, 87 ans née à Lyon, entrée le 24 juin 1874 à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Michel n° 8 (service de M. Ledentu). — La veille, cette femme a fait une chute sur le dos. A la première visite (25 juin), on constate une douleur fixe au niveau du coccyx. Cet os paraît très-mobile et on suppose qu'il y a une fracture du coccyx (l'autopsie a démontré qu'il n'en était rien.) On constate en outre les signes d'une affection cardio-pulmonaire qu'on n'a pas cherché à définir.

26 *juillet.* La malade montre sa jambe droite dont elle souffre, dit-elle, depuis deux ou trois jours. Cette jambe a une coloration bleuâtre livide. Le pied et la jambe entière jusqu'à la rotule inclusivement présentent à la main un refroidissement considérable. Il n'y a pas de différence de température entre les deux cuisses. La malade a beaucoup de difficultés à mouvoir spontanément sa jambe droite. Les mouvements communiqués y sont très-douloureux. La fémorale droite bat fort, on sent très-distinctement ses pulsations jusqu'à l'anneau du 3e adducteur.

Au-dessous de ce point on ne sent aucune pulsation artérielle au niveau des points où l'on doit trouver la poplitée, la pédieuse et la tibiale postérieure. Dyspnée plus forte depuis une 10e de jours. Battements du cœur très-irréguliers ; faux pas du cœur ; souffle à la pointe. Poudre de digitale 0,10 c.

27 *juillet.* La jambe est sensiblement dans le même état. On prend la température des jambes droite et gauche à la partie moyenne :

Jambe droite.......	27°, 8.
— gauche.......	31°, 2.

La jambe droite sera entourée de sacs pleins de sable chaud.

28 *juillet.* La jambe est à peu près dans le même état. Début d'eschare à la fesse droite.

29 *juillet.* La jambe droite est tout-à-fait bleuâtre. L'épiderme se sépare du derme et s'enlève comme sur un membre putréfié. A la partie antérieure de la jambe il y a une eschare noire de la largeur de la paume de la main. Il en existe une autre du diamètre d'une pièce de 40 sous sur le cou-de-pied. — 30 *juillet.* Mort à 1 heure du matin.

Autopsie, le 31 juillet 1874. Cadavre amaigri. Putréfaction peu avancée. Rigidité cadavérique. La teinte verdâtre de la jambe droite a persisté, mais en perdant de son intensité.

Cerveau. Les artères de la base du cerveau sont remarquablement saines: il est rare de les trouver aussi peu altérées chez des vieillards, c'est à peine si on y découvre quelques légères taches blanchâtres, peu saillantes et peu nombreuses. L'encéphale est sain ; sa substance est assez ferme, les méninges ne sont pas adhérentes. La *moelle* n'a pas été examinée.

Les *poumons* sont sains. Anthracose relativement peu marquée. Muqueuse des bronches épaissie, irrégulière. On voit sourdre des petites bronches un liquide muco-purulent peu épais. — *Foie* légèrement atrophié comme tous les foies séniles. Pas d'autre altération apparente. — *Rate* normale.

Les *reins* paraissent sains. Leur volume est un peu moins considérable que celui de reins d'adultes. Ils contiennent chacun 2 ou 3 petits kystes par rétention. La capsule s'enlève facilement. Les deux substances, corticale et médullaire, présentent leurs caractères ordinaires.

Le *cœur* a un volume normal. Il existe des altérations valvulaires insignifiantes. Ainsi, sur les sigmoïdes aortiques, on constate deux toutes petites plaques athéromateuses. La valvule mitrale présente aussi, dans un point, une plaque athéromateuse sans importance. Nulle part dans le cœur on ne découvre de caillots. Le myocarde est pâle, feuille morte, flasque. En certains points, on remarque sur l'endocarde du ventricule gauche des taches grisâtres qui s'enfoncent à 1 ou

2 millim. de profondeur dans la substance musculaire. La crosse de l'aorte présente à peine quelques taches blanchâtres d'artério-sclérose. L'aorte thoracique n'est pas altérée. L'aorte abdominale présente quelques plaques d'athérome, recouvertes de la membrane interne de l'artère, sans caillots. L'éperon des artères iliaques est le siége d'une notable induration athéromateuse. Les *artères iliaques* droite et gauche sont assez fortement athéromateuses et flexueuses. Elles sont vides ou plutôt renferment un simple petit filet de sang, coagulé selon toute probabilité après la mort. L'*artère fémorale* gauche est peu altérée, pas de caillots. L'*artère poplitée* est ouverte dans toute sa longueur : elle est vide, son calibre est normal ; ses parois sont le siége de dépôts athéromateux irréguliers, mais non oblitérants. Les autres artères de ce membre n'ont pas été examinées. Les veines superficielles et même la poplitée contenaient du sang noir, sans adhérence, coagulé après la mort.

L'*artère fémorale droite* est peu altérée, son calibre est normal, ses parois sont assez souples. Elle est pleine d'un caillot tout récent, noir, sans adhérences ni consistance. L'artère fémorale profonde est saine, vide, de volume normal. La *veine fémorale* dont les parois paraissent saines, est obstruée par un caillot de même apparence que celui de l'artère correspondante. L'*artère poplitée* est moins volumineuse que ne le laisait supposer le volume de la fémorale. Le tissu cellulaire qui l'entoure est dense, serré, sillonné, par de très-nombreuses arborisations vasculaires.

Par des coupes transversales successives, à un centimètre l'une de l'autre, on constate qu'au-dessous de l'anneau du troisième adducteur à quatre centimètres au dessus de l'origine de la tibiale antérieure, le caillot oblitérant change de nature. Il devient blanchâtre, sec, très-adhérent, d'une consistance beaucoup plus forte. Ces caractères persistent jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'origine de la tibiale antérieure.

L'état des parois artérielles au niveau de ce caillot est très-variable. A sa partie supérieure, il y a un rétrécissement considérable de la lumière du vaisseau par endartérite annulaire. A ce niveau la lumière de la poplitée n'a pas plus de deux millimètres de diamètre. Au-dessous de ce point on voit plusieurs épaississements partiels, pariétaux, des tuniques artérielles. Dans toute l'étendue de l'artère poplitée il n'existe pas d'athérome calcifié. Les tuniques sont épaissies, très-adhérentes mais partout on peut les couper avec le rasoir.

L'artère poplitée est entourée de deux veines, l'une a environ le même volume que l'artère, c'est la veine poplitée : elle est pleine de caillots cruoriques récents. L'autre, un peu plus petite, se prolonge le long de l'artère tibiale antérieure, elle est oblitérée dans une longueur de 3 cent. par un caillot résistant, grisâtre, très-adhérent.

L'*artère tibiale antérieure* est réduite à un volume extrêmement grêle. Les veines qui l'entourent sont également très-peu volumineuses. On a de la peine à les trouver. La pédieuse est presque filiforme. La tibiale antérieure et la pédieuse ainsi que les veines qui les entourent, sont vides de sang. Les parois paraissent saines. A son origine, la tibiale antérieure plonge dans la poplitée juste au niveau du point où se trouve le caillot oblitérant ancien.

L'*artère tibiale postérieure et la péronière* sont relativement très-volumineuses ; leur tunique externe est sillonnée de nombreux petits vaisseaux rouges. La *tibiale postérieure* au niveau du mollet, est transformée en un véritable tuyau de pipe dans une longueur de 6 à 8 cent. A ce niveau et au-dessous il n'y a pas de sang dans ce vaisseau. A son origine dans le tronc tibio-peronier il y a un épaississement en croissant des tuniques artérielles ayant oblitéré au moins la moitié de la lumière de l'artère ; le reste est occupé par un caillot déjà assez ferme.

L'*artère péronière* est encore plus malade que la tibiale postérieure. Depuis son origine au tronc tibio-péronier dans une longueur de 4 centimètres, cette artère est le siége d'un rétrécissement considérable de son diamètre par suite de l'épaississement de ses parois. Dans toute cette étendue le calibre du vaisseau est occupé par un caillot déjà sec, rosé, dur et fortement adhérent. Les veines satellites des artères péronière et tibiale postérieure sont pleines de caillots cruoriques récents, sans adhérences.

Tous ces vaisseaux ont été durcis dans l'alcool et l'acide picrique et soumis à l'examen microscopique. Les coupes pratiquées sur la fémorale et sur la partie supérieure de la poplitée ont montré que les parois artérielles étaient affectées de sclérose avec épaississement bien marqué, et que la lumière de ces vaisseaux était remplie par un caillot cruorique récent, dans lequel les globules rouges n'étaient pas encore décolorés. Vers la partie moyenne de la poplitée, la lumière de l'artère est presque complètement remplie par un caillot fibrineux englobant le canal qui tapissent les parois des [illegible]. Ce dépôt fibrineux paraît occuper les trois quarts du calibre des vaisseaux ; l'autre quart est rempli par un caillot cruorique de formation plus récente qui existe dans la fémorale. Le dépôt fibrineux ne présente aucun travail d'organisation.

Au niveau du point où il est déposé, les parois artérielles sont le siége d'une plaque de dégénérescence athéromateuse. La tunique élastique interne est détruite en ce point, et les éléments de la membrane interne épaissie, sont infiltrés de [illegible].

L'oblitération presque complète de la tibiale postérieure à son origine est le résultat d'une endartérite annulaire avec épaississement considérable de la membrane interne.

(*A suivre*.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La liberté de l'enseignement supérieur.

La seconde délibération s'est ouverte le 21 décembre par un long discours de M. Bertauld. Contre les abus possibles, le projet propose trois ordres de garanties : la déclaration à l'autorité académique dix jours avant l'ouverture des cours, la publication préalable du programme et l'exclusion des individus condamnés pour crimes ou délits contraires à la probité ou aux mœurs, frappés par l'article 42 du code pénal, ou par l'article 16 du projet. M. Bertauld ne les trouve pas suffisantes ; il regrette celles qu'offraient les lois de 1833 et de 1850 sur l'enseignement primaire et secondaire. Une définition de l'enseignement supérieur d'abord : tel que le dépeint sans le définir le rapport de M. Laboulaye, l'enseignement supérieur traitera *de omni re scibili et quibusdam aliis*, et M. Bertauld se demande ce que deviendront alors les lois prohibitives des associations et des réunions publiques. Espère-t-il qu'elles tomberont en désuétude ou, au contraire, qu'elles seront une lettre morte de la loi en discussion ? on ne saurait le dire. Ensuite des preuves de capacité et de moralité de la part des professeurs : enclin à se laisser séduire au Malin et au langage fleuri, M. Bertauld, pour qui l'enseignement est une magistrature et un sacerdoce, en voudrait écarter les gens habiles à respecter le code en le tournant. Quant au programme, il s'en défie, bien qu'il ne cite pas le proverbe : L'exécution est tout. Où sera la garantie si elle a pour résultat la distribution de théories immorales, ou subversives des principes de notre organisation sociale ? Le droit commun, que la commission invoque, restera impuissant, les délits de parole n'étant punissables qu'à la condition de la publicité. Or, la commission n'impose pas aux cours libres cette publicité qui est de l'essence, selon M. Bertauld, des cours des facultés officielles, obligatoire pour tous sauf ceux de médecine. Permettant l'intervention de la loi commune, la publicité des cours aurait encore l'avantage d'être par elle-même répressive et préventive ; à sa lumière, les enseignements rivaux n'oseraient se laisser aller à des attaques

souterraines et déloyales. Une bouche des plus autorisées — Est-ce celle de M. Renan? — a objecté à M. Bertauld, que la publicité obligatoire permettrait de porter systématiquement le trouble dans certains cours. Il répond qu'elle n'exclut pas l'intervention de la police et n'empêchera pas de faire ce qu'on fait quelquefois pour nos facultés officielles. — La seconde partie du discours de M. Bertauld doit nous rester étrangère; disons seulement qu'elle donne, pour nous, à la première, l'apparence d'une longue ironie, ou d'une consultation juridique.

M. Laboulaye accorde qu'un cours peut manquer à son programme, mais il ne voit pas que la publicité obvie à ce danger. En droit, il nie que l'enseignement des facultés actuelles soit essentiellement public : il ne l'est que par tolérance. En fait, il conteste que la présence d'un public changeant soit favorable à l'enseignement; de beaucoup inférieure pour la fidélité du contrôle à la surveillance des délégués de l'État, elle risque de favoriser des désordres fâcheux.

M. Bertauld réplique que la publicité obligatoire des cours ressort de tous les textes relatifs à l'enseignement et du projet lui-même. Entre qui veut aux cours du Collége de France, à celui de M. Laboulaye, par exemple. Dans l'hypothèse, oubliée par la commission, d'un mauvais cours faisant suite à un bon programme, l'opposition répressive ne pourra s'exercer; en l'absence de la publicité, le délit ne sera pas légalement constitué, si même le professeur est assez maladroit pour laisser à un inspecteur, dont la présence sera toujours reconnue, la possibilité de le constater.

M. Laboulaye répète que la publicité des cours actuels n'existe que par tolérance, que l'imposer aux autres serait gêner leur liberté, compromettre celle des professeurs; il refuse d'ailleurs de s'en remettre, pour juger un cours, aux rapports d'un public qui pourra entendre de travers.— L'argument juridique de M. Bertauld reste entier.

Après quelques mots de M. de Cumont s'imaginant apporter un argument oublié par M. Laboulaye, et le rejet de l'amendement Bertauld, M. Pascal Duprat vient soutenir celui qu'il présente avec M. Jules Ferry. Cet amendement, pourrait à lui seul constituer toute la loi, si elle ne se trouvait isolée au milieu des lois prohibitives dont le sort éveille la narquoise sollicitude de M. Bertauld. Il est ainsi conçu : « Art. I. — L'enseignement supérieur est libre sous la surveillance de l'État, qui reste seul investi du droit de conférer les grades. » Pour M. P. Duprat, le droit d'enseigner est un droit individuel, primordial et, par suite, la liberté de l'enseignement repose sur la liberté des conférences, des cours individuels. Autrement, c'est n'admettre la liberté à enseigner que pour les associations, c'est-à-dire reconnaître qu'il peut y avoir un droit collectif n'ayant pas sa racine dans un droit individuel. M. Duprat passe ensuite à un ordre d'argument qui, par leur nature, échappent à ce journal. Puis il arrive à la collation des grades dont il défend le maintien exclusif à l'État par des arguments déjà produits, mais qu'il rajeunit par le piquant de l'expression. — Sur l'observation de M. Laboulaye que la discussion sur la collation des grades viendra mieux sur un article ultérieur, M. P. Duprat ajourne son amendement.

La séance suivante débute par un amendement de M. Jean Brunet. Celui-ci expose des doctrines philosophiques d'une élévation inappréciable, mêlées à des théories scientifiques d'une originale nouveauté, et l'Assemblée rejette son amendement. Après quoi, l'article 1er est adopté.

Sur l'art. II, MM. Adnet, Buisson (de l'Aude), et M. Fournier présentent un amendement exigeant que tout établissement libre soit pourvu au moins de trois administrateurs d'une Faculté ayant le même nombre de chaires que l'une des Facultés de l'Etat, et de professeurs possédant le grade de docteur. Il a pour but, explique M. Fournier, de n'établir que la liberté des établissements de l'enseignement supérieur, et de laisser en dehors de la loi actuelle les cours isolés ou conférences, auxquels le projet de la commission accorde une liberté absolue, illimitée, qui pourrait bien devenir la liberté des clubs. Il est impossible, dit M. Fournier, de définir législativement l'enseignement supérieur, l'objet du cours, sa durée n'étant pas des caractères suffisants. La commission de 1870 l'avait senti, avait cherché un juge, et, en face de l'incompétence des tribunaux ordinaires, avait remis cette juridiction au Conseil supérieur de l'instruction publique; au fond, c'était l'arbitraire; en pratique, en raison du nombre des cours qui surgirent, c'était l'impuissance. Le plus court pour M. Fournier, qui, du moins, ne baille pas le lièvre par l'oreille, c'est de refuser la liberté aux cours isolés, de la réserver aux facultés. Il accorde cependant qu'on pourra faire des conférences isolées, après avis préalable trois jours d'avance, mais seulement dans les établissements pourvus de trois directeurs responsables. Ce sera, dans et pour l'établissement, la liberté complète, plus complète même que dans les facultés allemandes.

M. Laboulaye reproche à l'amendement de M. Fournier de supprimer le droit de l'individu, sans lequel le droit de la corporation n'est plus rien, sinon une délégation de l'Etat, dont il ne voit pas la nécessité. Ce que M. Fournier appelle la liberté de l'enseignement n'est que le partage du monopole universitaire et non pas son abolition. L'amendement, d'ailleurs, ne laisse aucune place à l'enseignement supérieur des femmes, ni à d'importantes études complétement en dehors de l'enseignement qui se distribue dans les facultés. Pour être donné dans l'intérieur d'une faculté, l'enseignement n'en offrirait pas plus de garanties, puisqu'on se plaint précisément de la façon dont il est dirigé par certains professeurs. S'il y a des abus, et l'on n'abuse que de ce qui est bon, la loi commune est là qui peut suffire. A la chaleur de la réponse de M. Laboulaye, on sent que l'amendement Fournier a porté un rude coup à ses rêves confiants. Contraint d'ouvrir les yeux sur ce que sa charité ou un reste d'illusion lui fait appeler un malentendu, menacé de voir son œuvre étrangement dénaturée, brusquement rejeté des spéculations philosophiques à la réalité politique, il en vient à parler plus crûment le langage de M. L. Blanc : « Ou la liberté pour tous, ou la suprématie de l'Etat et la liberté pour personne. » — Félicitons-le d'avoir échappé au sort de l'Astrologue.

M. de Cumont trouve que l'amendement Fournier a été trop loin : il s'efforce de relever la confiance ébranlée de M. Laboulaye, en déclarant à maintes reprises qu'il aime la liberté, qu'il accepte le principe de la liberté des conférences, mais avec des garanties, et la commission n'en offre aucune. Il lui faut absolument des garanties, mais il est trop habile pour dire lesquelles. — Il est vrai que puisqu'il

en demande, ce n'est pas à lui d'en fournir. — Cependant M. de Cumont indique comme garantie, mais insuffisante, l'élévation de 21 à 25 ans de l'âge des orateurs des cours publics et se fait rappeler que Cousin et Villemain étaient professeurs à 20 ans.

L'amendement sera-t-il renvoyé à la commission? M. Laboulaye n'y veut pas entendre; il répète que c'est la destruction de la liberté des cours, la suppression de la liberté individuelle, la négation même de la loi. En vain M. Lucien Brun et M. Desjardins et M. Fournier lui-même essaient de réparer le mal fait par ce dernier. Suivant la voie ouverte par M. de Cumont, ils ont beau protester de leur violent amour pour le principe, M. Laboulaye semble redouter le poids des garanties; il reste intraitable et n'accepte que le renvoi de l'article. — Par 350 voix contre 325, l'Assemblée donne gain de cause à ses adversaires. M. Laboulaye en sera réduit à imiter Saturne. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 décembre. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Ranvier. — A propos de la dernière communication de M. Vulpian, sur l'arrêt du cœur par les courants continus, je rappellerai qu'après plusieurs autres j'avais fait quelques expériences à ce sujet.

Lorsque M. Legros, revenant aux anciennes idées de Bichat, admit dans les artères une action propre qui favorisait la marche du sang, j'arrêtai nombre de fois la circulation sanguine en électrisant le cœur ; aussi avais-je à cette époque constaté cet arrêt du cœur sur la grenouille, et si je ne crus devoir appeler qu'incidemment l'attention des physiologistes sur ce point c'est que Panum avait déjà, dès 1858, signalé l'arrêt du cœur chez le chien sous l'influence de l'électrisation.

M. Carville communique à la société la suite des expériences de M. Vulpian sur l'arrêt du cœur par l'électrisation. M. Vulpian a cherché si les courants continus produiraient les mêmes effets que les courants interrompus. Or en posant sur la masse ventriculaire d'un chien, les électrodes des piles de Bunsen, il a constaté les mêmes mouvements incoordonnés, le même tremblotement, les mêmes mouvements fibrillaires ; au bout de 5 minutes le cœur s'était complètement arrêté, le chien était mort, et, comme dans les expériences avec les courants interrompus, l'animal ne put être rappelé à la vie.

M. Vulpian a aussi expérimenté sur le chat, et il a reconnu que la faradisation amenait comme chez le chien l'arrêt du cœur et la mort.

M. Raymond fait une double communication ; une première que nous publierons plus tard, sur la guérison de deux cas d'affections nerveuses (chorée et tremblement hystérique par l'emploi du *bromure de camphre* ; une deuxième communication ayant trait aux expériences de M Terrillon sur les causes de l'algidité dans l'étranglement interne.

M. Tarkanoff. — J'ai commencé une série d'expériences pour déterminer le rôle de la rate et pour savoir si elle doit-être considérée comme un organe formateur des globules blancs. Cette opinion a pris un tel pied dans la physiologie qu'elle y est à l'état d'axiome depuis les travaux de Vierordt et de Funk ; ces auteurs, comparant le sang de l'artère splénique à celui de la veine, constatèrent que dans cette dernière il existait un globule blanc pour 70 globules rouges. Dans le sang artériel au contraire la proportion était normale.

Ils en conclurent que la rate était un organe formateur des globules blancs. Mais ces auteurs avaient fait leurs recherches sur des animaux morts. Pour ma part j'ai expérimenté sur des animaux vivants.

J'ai pratiqué la section des nerfs spléniques, il s'est produit une hypérémie, un gonflement de la rate ; j'ai constaté en même temps une véritable leucocythémie. Cette expérience me paraîtrait être d'accord avec les conclusions de Vierordt puisqu'une plus grande activité dans la circulation de la rate provoquait une production exagérée de globules blancs. Mais plus tard j'ai reconnu qu'une plaie simple sans section des nerfs spléniques déterminait une semblable leucocythémie. On ne pourrait donc plus invoquer la suractivité circulatoire.

J'ai donc voulu rechercher si les données de Vierordt et de Funk étaient exactes et j'ai, par la méthode de M. Malassez, fait la numération exacte des globules blancs de l'artère et de la veine spléniques sur l'animal vivant. Mais auparavant je devais voir en quelles proportions ces globules se trouvaient dans le système artériel et dans le système véniel. Les résultats ont été si différents que je n'ai pu me faire de conviction. Cependant j'ai toujours constaté que les globules blancs étaient plus nombreux dans le cœur gauche que dans le cœur droit et, pour ne citer qu'une seule analyse j'ai trouvé que dans un cas le ventricule gauche contenait 2765 globules tandis que le ventricule droit n'en contenait que 1530.

J'ai constaté un fait semblable dans les vaisseaux de la rate ce qui est en contradiction avec ce qu'ont avancé les auteurs jusqu'à maintenant : la proportion de globules blancs est toujours plus considérable dans les artères que dans les veines. Dans un cas par exemple, j'ai trouvé 8.900 dans l'artère et seulement 7,500 dans la veine. J'ai constaté en outre, que cette augmentation des globules dans l'artère était d'autant plus grande que la circulation de la rate devient plus active.

Après la section des nerfs spléniques, j'ai compté 10,000 globules blancs dans l'artère et 4,300 seulement dans la veine. Aussi pourrai-je dire en résumé que dans tous les cas les globules blancs sont moins nombreux dans la veine splénique et que cette diminution s'accentue d'autant plus que l'activité de la circulation est plus grande.

M. Chouppe fait une intéressante communication sur l'action comparée de l'ipécacuahna d'une part et de l'apomorphine et de l'émétique de l'autre. Ces deux derniers médicaments injectés dans les veines produisent les efforts de vomissements lors même que l'extrémité supérieure de l'œsophage, l'estomac et le duodénum ont été préalablement excisés. Mais, pour que les vomissements surviennent avec injection d'ipéca, il faut la présence de l'estomac. Il faut donc en conclure que l'apomorphine et l'émétique agissent sur le bulbe et qu'il n'en serait pas de même pour l'ipécacuahna. Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre. — Présidence de M. Devergie.

M. le Président annonce que le conseil d'administration n'a pas cru devoir adopter le désir exprimé à la séance dernière par MM. Larrey, Bussy et Depaul, tendant à laisser à la commission des *remèdes secrets et nouveaux*, le droit de ne présenter à la sanction de l'Académie que les demandes qu'elle jugerait sérieuses et convenables. Toutes les pétitions sont envoyées par le ministère, qui demande une réponse que l'on doit lui donner.

L'Académie procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1875. M. Chatin est nomme vice-président par 58 voix sur 67 suffrages exprimés. M. H. Roger est maintenu, par acclamation, secrétaire annuel ; MM. Béhier et Broca sont nommés membres du conseil d'administration en remplacement de MM. Chauffard et Berthelot. Le vice-président actuel, M. Gosselin, passe de droit président.

M. Jaccoud lit la seconde partie de son mémoire sur l'*épidémie de typhus*, qui a régné à bord du paquebot transatlantique, la *Gironde*. Il blâme les mesures prises à bord de ce navire et montre combien laissent à désirer les précautions sanitaires et quarantenaires en usage dans les différents ports de débarquement de France.

M. Fauvel, membre de la commission sanitaire administrative, proteste vivement et insiste pour lire une lettre où M. Jaccoud exprime une opinion tout-à-fait opposée à celle de son mémoire.

M. Chauffard et M. le Secrétaire perpétuel font observer que M. Jaccoud, étranger à l'Académie, ne pourrait répondre à M. Fauvel, qu'ainsi toute discussion doit être inter-

dite. — L'Académie adopte cette manière de voir. Une commission dont M. Fauvel est rapporteur, examinera le mémoire de M. Jaccoud. — A quatre heures et demie, comité secret. G. du Basty.

Séance du 29 *décembre.* — Présidence de M. Devergie.

M. Roussel indique à l'Académie que la loi du 23 décembre dernier, sur la protection des enfants en bas âge, sera d'une application rapide et efficace. Il tient à renseigner ses collègues sur cette grave question, à laquelle ils ont témoigné tant de sollicitude.

M. Leroy de Méricourt lit au nom d'une commission composée de MM. Tardieu, Fauvel et Leroy de Méricourt, un rapport fort apprécié sur une communication faite par M. Jaccoud dans la dernière séance de l'Académie M. Jaccoud, au mois d'août dernier, revenait de Rio à bord du transatlantique *La Gironde;* arrivé à Panillac, le paquebot fut mis en quarantaine, quelques cas de fièvre jaune s'étant manifestés pendant la traversée. Le séjour au lazaret a laissé une fort mauvaise impression à M. Jaccoud, car il est venu s'en plaindre avec véhémence à la tribune de l'Académie. Outre que l'établissement est fort insuffisant, sa tenue laisse fort à désirer, les passagers y sont exploités d'une façon révoltante; enfin M. Jaccoud trouve que ce lazaret est une tache pour l'administration française. M. le rapporteur, après avoir fait remarquer que l'indignation de M. Jaccoud est fort tardive, car à son départ du lazaret il n'a adressé que des remerciments au directeur, M. Berchon, trouve qu'une partie des observations portent à faux, ainsi qu'il apparaît de l examen fait par la commission des pièces relatives au débat. Quant à ce qui est des faits de police intérieure de ce lazaret, une enquête seule pourra fournir les éclaircissements nécessaires. Aussi la commission conclut-elle à ce que cette enquête ait lieu, et que l'attention de M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce soit attirée sur l'insuffisance de cet établissement, insuffisance dont se plaint aussi le directeur du Conseil d'hygiène de la Gironde.

M. Chauffard reconnaît que M. Jaccoud s'est exprimé dans sa communication d'une manière peu académique, mais cependant il trouve que ses réclamations sont justes. Il insiste vivement sur l'urgence qu'il y a à améliorer la situation du lazaret de Panillac et il appelle là-dessus l'attention de M. Fauvel. Il faut sans doute avant tout considérer les intérêts de la santé publique, mais aussi les intérêts commerciaux doivent fixer l'attention du Gouvernement, et il ne s'explique pas pourquoi des navires venant de certains pays sont mis en quarantaine par le fait, sans qu'aucune épidémie ait été indiquée à bord.

M. Fauvel assure que des fonds nombreux ont été affectés au Lazaret de Panillac, mais que l'importance toujours croissante de la navigation sur la Gironde l'ont rendu insuffisant. — Des plans sont dressés pour des améliorations prochaines. — L'orateur défend vivement l'administration sanitaire, et approuve la conduite du directeur du lazaret. Quant à ce qui est de la quarantaine forcée de certains navires, elle est devenue nécessaire par suite de l'extension si rapide de la fièvre jaune dans l'Amérique méridionale, qui constitue un grand danger pour la France. Le commerce n'en souffre pas plus pour cela, et les compagnies qui jettent les plus hauts cris ne sont pas celles qui réalisent les moins gros bénéfices. I. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 *octobre* 1874. — Présidence de M. Charcot

23. Thromboses multiples, chez une femme récemment accouchée. — Typhlite et pyléphlébite; par M. Ch. Petit, interne des hôpitaux.

M. Petit fait voir les viscères d'une femme morte à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Peter).

Cette malade, âgée de 22 ans, était entrée une première fois dans le service, au sixième mois de sa grossesse. On avait constaté à cette époque, l'existence d'une insuffisance aortique. Elle revint accoucher le 13 octobre. L'accouchement se fit naturellement, sans aucun accident. Le sixième jour survint sans cause connue, une légère diarrhée qui s'accrut le lendemain. Elle rendit près d'un litre de sang noirâtre, et accusa une douleur très-vive dans le flanc droit. Le surlendemain, nouvelle hémorrhagie intestinale. On constata que la région sous-hépatique était tuméfiée. Les phénomènes allèrent s'aggravant, et la mort survint le 22 octobre.

L'Autopsie pratiquée le 23 au matin, fit voir les lésions suivantes. Indépendamment d'une endocardite végétante de la valvule mitrale et des valvules sigmoïdes de l'aorte, le foie est très-volumineux, la veine porte dans tout son parcours intra-hépatique est oblitérée par des caillots en partie grisâtres, en partie cruoriques. Pareilles coagulations se voient dans la veine splénique, dans toute l'étendue de la rate qui est également fort congestionnée. Quant à la tumeur du flanc droit, elle est constituée par le cœcum, dont la muqueuse est extrêmement tuméfiée, épaissie et sanguinolente. Une partie des veines qui partent du cœcum sont également remplies de caillots. Du reste on n'observe aucune adhérence avec les anses intestinales voisines et point de traces de péritonite.

M. Rendu. Je demanderai à M. Petit, comment il comprend la succession de ces lésions anatomiques, et quel nom il donne à la maladie dont est morte cette femme. Faut il considérer ce fait comme un exemple de fièvre puerpérale avec thromboses multiples simultanées; ou bien doit-on croire à l'existence d'une pyléphlébite pure et simple? Et dans ce cas, où est le point de départ de la coagulation veineuse. Est-il dans les radicules de la veine porte, au niveau du cœcum, ou bien dans ses branches terminales? Quel rôle a pu jouer la typhlite dans le mécanisme de ces lésions?

M. Petit. L'interprétation de ce fait est difficile. Il ne semble pas que la typhlite ait été primitive; d'autre part, je ne crois pas que l'on puisse considérer ces accidents comme de la fièvre puerpérale. Il me paraît plus probable que les thromboses se sont faites simultanément.

M. Rendu. Si la pyléphlébite avait été l'accident primitif, on aurait probablement remarqué deux symptômes qui semblent avoir marqué chez la malade de M. Peter, l'ictère d'une part, et l'ascite.

M. Charcot demande si l'on a trouvé sur la muqueuse du cœcum, une ulcération capable d'être devenue le point de départ d une phlébite des radicules de la veine porte.

M. Petit répond que pareille lésion n'a pas été observée.

24. Carie syphilitique du rocher. Lésions syphilitiques de la voûte du crâne; par E. Barié, interne des hôpitaux.

Le nommé V.., âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, (service de M. Mesnet), le 24 mars 1873, pour une *suppuration intarissable de l'oreille gauche,* datant déjà de plusieurs mois. Il y a trois ans et demi environ, le malade a eu la syphilis; à son entrée dans le service, il ne présente aucun accident spécifique, et ne se plaint que de douleurs vives dans l'oreille. Au bout de six mois de séjour à l'hôpital, et malgré le traitement antisyphilitique, la suppuration augmente; les douleurs deviennent plus vives et la surdité est presque complète.

Vers la fin de juillet 1873, on constate un peu d'œdème au-dessus et en arrière du conduit auditif externe, la suppuration est très-abondante; le malade a des douleurs horribles dans l'oreille gauche, qui l'empêchent de prendre aucun sommeil. Dans le courant du mois d'août, l'œdème signalé au-dessus du conduit auditif, s'est étendu considérablement, et s'étend maintenant en haut, sur toute la surface pariétale gauche, en arrière, jusqu'à la nuque. En ces points, et surtout au niveau du pariétal, le cuir chevelu est soulevé et séparé de la boîte crânienne, par une couche de liquide épais, pâteux; la peau est lisse, tendue, alopécie complète; tandis que dans la partie droite du crâne, on constate encore quelques cheveux. — Le malade qui refuse toute intervention chirurgicale, est dans un état de cachexie profonde.

Le 20 septembre, l'œdème a dépassé la suture interpariétale et s'étend maintenant aux trois quarts de la voûte crânienne; en avant il s'avance jusque sur le frontal: en arrière, il s'étend jusqu'à la nuque.

Mort le 27 septembre. Le malade a conservé toute son intelligence jusqu'au dernier moment, et jamais n'a présenté aucun accident cérébral.

AUTOPSIE. — *Poumons*, *cœur*, *reins*, *rate*, intacts. Le *foie* est petit, rétracté, granuleux, extrêmement dur; pas de coloration amyloïde avec la teinture d'iode, c'est un type complet de *cirrhose*.

Après avoir enlevé la voûte crânienne d'un trait de scie, on trouve entre le cuir chevelu et les os, une vaste collection de pus épais, grisâtre, infect, mélangé à de petits séquestres osseux. Les muscles auriculaire, temporal, du côté gauche, ainsi que l'aponévrose épicrânienne, et une partie des muscles de la nuque, sont entièrement détruits.

Au niveau du *conduit auditif*, un grand nombre de petits séquestres se détachent; l'*apophyse mastoïde* elle-même a disparu presque entièrement; en sorte que, de ces points un stylet peut arriver jusqu'à la *dure-mère*. Celle-ci, dans les points où elle revêt, la face interne du pariétal, et le temporal, est doublée d'une fausse membrane organisée, et entre elles on trouve du pus et quelques points noirâtres hémorrhagiques; il y a là une véritable *pachyméningite*. Le *sinus pétreux supérieur* et le *sinus latéral gauche* sont oblitérés par un caillot de 0,06 centimètres de long. Quant au *cerveau*, il est absolument intact.

Après avoir fait macérer la pièce pendant quelques jours, on constate tout d'abord que la voûte crânienne est extrêmement lourde et épaisse: le frontal a une épaisseur de près de un centimètre.

On constate, en outre, sur le face convexe, ainsi que sur la concave, un grand nombre de petits pertuis, creusés dans la masse, et où la substance osseuse a disparu. Ces pertuis sont séparés par des ilots blanchâtres, très-durs, où la substance osseuse, au contraire, est épaissie, et forme des masses compactes. Il s'est formé vraisemblablement en ces points, des poussées d'*ostéite* raréfiante, par places, condensante en d'autres.

Le *rocher* est détruit en grande partie; l'*oreille moyenne* est absolument méconnaissable: on peut cependant au milieu de ces masses de putrilage et de séquestres osseux, suivre assez loin la carotide interne; elle parait d'ailleurs normale.

Réflexions.— La marche de la lésion est facile à tracer. Sous l'influence de la syphilis, *suppuration* intarissable de l'*oreille moyenne*, pendant 18 mois; destruction complète de celle-ci: envahissement du pus vers les *cellules de l'apophyse mastoïdienne*, amenant peu à peu la nécrose de ces parties. Puis la suppuration s'étend aux parties voisines, détruit les muscles et toutes les parties molles, et vient former une vaste collection entre la voûte du crâne et le cuir chevelu, ayant pour résultat, les altérations osseuses signalées plus haut.

En terminant, nous ferons remarquer que malgré le voisinage de l'encéphale et de la lésion, et malgré la grave altération de la dure-mère, jamais le malade n'a eu aucun accident cérébral (1).

7. Embolie (?) cérébrale consécutive à un accouchement; par M. COLIN.

La malade sur laquelle a été recueillie cette pièce se trouvait dans des conditions fort mauvaises au moment où l'accouchement commença: elle avait de la dyspnée, de la cyanose, et de l'œdème des jambes. L'accouchement se fit pourtant assez bien, mais cinq heures après, elle fut soudainement frappée d'une hémiplégie gauche complète, qui entraîna sa mort au bout de quelques heures.

On trouva à l'autopsie un caillot fibrineux dans la sylvienne droite: le corps strié et la circonvolution de l'insula ne présentaient encore aucune lésion. Le cœur était sain, à part quelques granulations blanchâtres situés au niveau de l'insertion de la valvule mitrale; on ne trouva aucune végétation d'endocardite. Pendant la vie, on avait entendu, à la pointe du cœur, un bruit de souffle systolique.

(1) La pièce a été déposée au musée syphilitique de l'hôpital de Lourcine.

M. CHARCOT. Je ne crois pas qu'on puisse voir dans ce cas un fait bien démonstratif d'embolie. Qu'il y ait eu oblitération vasculaire rapide, le fait n'est pas douteux; mais on peut tout aussi bien l'interpréter dans le sens de la thrombose. Un caillot a pu se développer lentement sur un point de l'artère sylvienne, jusqu'au moment où la circulation est venue à être subitement entravée, donnant lieu à des phénomènes tout à fait comparables à ceux de l'embolie. Ici, il est vrai, les artères de la base du cerveau sont saines, et ne présentent pas de plaques d'athérome, point de départ habituel des coagulations spontanées; mais le cœur et la valvule mitrale sont également sains, en sorte que dans la théorie de l'embolie, l'origine de l'embolus ne saurait être déterminée. Quant à la brusquerie du début des accidents, ce n'est pas une preuve suffisante, je l'ai déjà dit, pour faire rejeter l'idée d'une thrombose. La circonstance que le caillot est à cheval sur une bifurcation artérielle n'est pas plus démonstrative, car tous les caillots, autochthones ou emboliques, se comportent de la même manière.

Cette discussion se rattache à une question qui revient maintenant à l'ordre du jour; c'est la possibilité de thromboses périphériques, qui sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit. On a peut-être abusé de l'embolie, à cause de la facilité d'explication qu'elle fournit aux phénomènes cliniques. Le cas actuel me parait douteux à cet égard, malgré l'apparente netteté des accidents. On trouve en effet souvent, quand on les cherche, des coagulations fibrineuses dans les artères cérébrales, et l'on n'est autorisé à les considérer comme la cause immédiate de la mort, que quand on voit le caillot distendre absolument, à le rompre, le calibre du vaisseau. Ici, il est bien probable que le caillot a produit la mort, mais le mécanisme doit en être réservé. Les cas de thromboses spontanées se rencontrent surtout chez les cancéreux; mais au point de vue de la coagulabilité du sang, l'état puerpéral n'est pas sans présenter quelques analogies avec le cancer.

8. Angine syphilitique ou scrofuleuse ancienne; — Ulcération de la carotide interne; par M. LANDRIEUX, chef de clinique.

Cette pièce a été recueillie dans le service de clinique de M. Lasègue, sur un homme atteint d'angine pharyngée ulcéreuse depuis 2 ans. Cette angine avait fini par amener l'hypertrophie et l'induration chronique de toute la gorge et du larynx: les piliers de l'isthme du gosier étaient remplacés par deux excroissances charnues. Dans le cours de son affection, il était survenu aux jambes des tumeurs gommeuses qui avaient cédé à l'emploi de l'iodure de potassium; mais la lésion pharyngée résista à tout traitement. Il y a huit jours, sans cause appréciable, il eut une hémoptysie très-considérable; celle-ci se reproduisit deux jours plus tard, et amena la mort en quelques instants.

A l'AUTOPSIE, on ne trouve aucune lésion gommeuse dans le foie, les reins et les autres viscères. Les gommes des membres ont disparu sans laisser des traces. Localement, il existe sur la gorge de l'angine hypertrophique, de la pharyngite chronique ulcéreuse avec périostite et érosions de la face antérieure des corps vertébraux. — Latéralement, on voit du côté gauche une ulcération linéaire, faisant communiquer le tronc de la carotide interne avec le pharynx. Cette fissure a été l'origine de l'hémoptysie foudroyante.

9. Section d'une artère par un os fracturé; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

M. MOUTARD-MARTIN fait voir une artère de la jambe qui a été sectionnée comme avec un instrument tranchant par un fragment d'os fracturé. Un pareil exemple de section est rare; le plus habituellement la déchirure est mâchée, ou bien il s'agit d'une ulcération produite par le frottement de l'arête osseuse sur les tuniques vasculaires.

10. Tumeur du testicule.

M. MOUTARD-MARTIN montre également une volumineuse tumeur du testicule remontant à un an, qui a été enlevée par M. B. Anger. Malgré son volume, elle n'a donné lieu à aucune ulcération de la peau, et le cordon spermatique ainsi que

bourses ne sont pas envahis. — C'est ce qui a décidé à tenter l'opération malgré le grand âge du malade (76 ans.) D'après l'apparence extérieure et l'état lardacé de la tumeur, il est probable qu'il s'agit cependant d'une production maligne, sarcome ou carcinome. L'examen histologique n'a point été fait.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 *décembre 1874.* — Présidence de M. Perrin.

La société procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1875. Au premier tour de scrutin, M. *Le Fort* est élu président par 17 voix sur 25 votants; M. *Houel* est porté à la vice-présidence par 15 votes; enfin MM. *Marc Sée et Paulet* sont nommés secrétaires annuels par 25 suffrages.

M. Guérin lit le rapport d'une commission chargée d'examiner une observation d'anus contre nature à la suite de hernie étranglée, observation lue à la tribune de la Société de Chirurgie par M. Surmay (de Ham). Cette observation a été déjà analysée à cette place, nous n'y reviendrons pas. M. Guérin reconnaît l'importance de la communication de M. Surmay, et propose de lui adresser des remerciments ainsi que l'insertion de cette note au compte-rendu. Seulement il n'admet pas avec cet auteur la nécessité de détruire les adhérences intestinales avec les deux feuillets du péritoine.

M. Tillaux pense que dans certains cas, ce débridement est nécessaire pour faciliter la sortie des matières fécales qui est souvent gênée par ces adhérences.

M. Lannelongue trouve qu'il faut avant tout considérer l'ouverture préexistante : plus la blessure sera de peu d'étendue, plus la guérison sera rapide.

M. Desprès, ayant eu à pratiquer un anus contre nature dans un cas de hernie très-petite, n'a pu manœuvrer que difficilement; aussi a-t-il débridé et il croit qu'on doit agir ainsi dans des cas semblables.

M. Guérin considère le débridement comme nuisible dans la hernie inguinale ; il peut faciliter la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale, ce qui est très-nuisible. Il admet la manière de voir contraire quand il s'agit de hernie crurale.

M. Duhou fait à la société une communication longue, et détaillée, sur les appareils qu'il a vus employer à New-York pour les fractures et les plaies. Il met sous les yeux des membres, des spécimens de ces appareils, et des photographies représentant leur emploi.

M. Demarquay présente une tumeur qu'il a enlevée du creux axillaire d'un jeune homme de 24 ans. Ce malade ressentait depuis 6 mois des douleurs intolérables en ce point ; depuis 4 mois une tumeur a pu être sentie, extrêmement douloureuse au toucher. Le diagnostic a été *névrôme*, mais le siége resta incertain. La tumeur a été facilement énucléée. Elle n'intéressait que le nerf musculo-cutané. Le malade va beaucoup mieux. La tumeur est de la grosseur d'une pomme d'api. L'examen histologique a indiqué un *sarcome* à marche rapide.

I. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE.

I. Notes sur l'hygiène oculaire dans les écoles et dans la ville de Lyon; par le docteur J. Gayat.

II. L'art de conserver la vue ; traité d'hygiène oculaire ; par A. Chevalier, opticien docteur de Rostook. — A. Delahaye, éditeur.

III. Le grossissement des images ophthalmoscopiques; par H. Landolt, docteur des universités de Zurich et de Paris.

I. Continuant des recherches entreprises à Breslau par Cohn, à Saint-Pétersbourg par Erismann, à l'Ecole polytechnique et à l'Ecole de Médecine militaire en France par MM. Perrin et Fuzier, M. Gayat a recherché, non sans quelques formalités administratives à surmonter, les cas d'amétropie qui dépassaient 1/48. Ses études ont dû être faites sans atropine, condition assurément fâcheuse pour l'hypermétropie du jeune âge.

1,588 enfants de 6 à 14 ans ont donné 160 cas d'amétropie.
1,105 garçons donnent 44 M et 80 H, soit 3 0/0.
[illegible] filles donnent 8 M et 28 H, [illegible]
Sur 52 M, [illegible]
[illegible] — 1/8.
[illegible] — au-dessus.
Sur 108 H, [illegible]
[illegible] moyennes.
[illegible]

Pas de daltonisme. L'auteur ne signale aucune réforme particulière qui n'ait été déjà indiquée par Liebreich et Cohn. Dans sa pratique particulière à Lyon, M. Gayat a observé sur 1,000 malades 231 amétropes, dont 149 M, degré moyen 1/15, et 82 H, degré moyen 1/24, de 20 à 35 ans. Ces malades appartiennent en moyenne partie à l'industrie de la soierie, pour toutes ses branches de fabrication. Les conjonctivites granuleuses s'élèvent au chiffre de 173.

M. Gayat préconise avec raison l'usage de lunettes bien choisies et en permanence. Les malades, dit-il, n'acceptent pas volontiers cette thérapeutique embarrassante, mais c'est assurément, comme l'ont démontré Giraud-Teulon et Donders, le seul moyen d'éviter ces myopies progressives si fréquentes chez nous, si rares en Allemagne où elles sont prises au début. Ce travail d'un de nos jeunes ophthalmologistes les plus distingués de l'Ecole française est assurément le premier d'une série qui pourrait être longue dans cette étude des maladies oculaires chez les ouvriers de Lyon. Nous signalerons à notre confrère l'examen de la sensibilité aux couleurs; nul mieux que lui n'est placé pour bien observer cette partie de la physiologie rétinienne. Nous désirerions alors qu'il nous donnât, non plus comme dans une de ses observations, des conclusions basées sur le « développement exagéré d'un sens par l'habitude, » mais de bonnes raisons anatomiques, qui existent déjà pour le cas particulier.

II. Depuis 1860, M. Chevalier n'a pas fourni moins de 14 publications, toutes analogues à celle-ci, sur différents points d'optique ; cependant ce petit livre ne nous paraît pas en rapport avec les idées aujourd'hui acceptées en ophthalmologie. S'il est destiné aux médecins, nous le trouvons insuffisant ; s'il s'adresse aux gens du monde, il est trop complet, et dans les deux cas, il contient des erreurs anatomiques, et même des contre-sens optiques.

L'auteur n'a pas jugé à propos de traiter séparément la presbytie et l'hypermétropie ; il s'oppose à l'usage des lunettes chez les myopes ; il ne nous dit pas un mot des dangers de la vision trop rapprochée ; bref comme *Traité d'hygiène oculaire,* nous ne pouvons le recommander au lecteur.

III. M. Landolt qui nous était déjà connu par plusieurs travaux remarquables d'anatomie pathologique et d'optométrie, a présenté à la faculté de Paris pour sa thèse inaugurale française, l'extrait d'une œuvre plus importante placée dans l'encyclopédie de Grœfe et de Sœmisch.

Etablissant les valeurs principales de l'œil, il expose comment se forment les images rétiniennes ophthalmoscopiques chez les amétropes et définit le grossissement : le rapport de l'image rétinienne d'un objet vu à l'œil nu et de l'image rétinienne de ce même objet vu avec une lentille, la distance étant la même. La double vue, la chambre claire, le micromètre servent à estimer le grossissement des lunettes et du microscope, mais il n'en est pas de même pour la loupe. On sait, en effet, que le grossissement est dans ce cas simplement exprimé par le rapport de la distance de projection et de la distance focale de la loupe. — Cette dernière démonstration très-simple, nous conduit à l'étude de l'image ophthalmoscopique droite, sans lentille, chez l'emmétrope. La distance de l'image étant de 25 c., et celle du point nodal de l'œil à la rétine, etant de 15 millim., le grossissement (G) = 16 et même 20 si l'image est reculée à 30 c.

Chez l'hypermétrope (H), 1/5 par exemple,
on aura dans l'H axile. . . . . G = 19.4.
dans l'H de courbure G = 17,4.
Chez le myope 1/5 dans la Ma. . G = 23.8.
dans la Mc. G = 27.

Le grossissement à l'image droite qui atteint 20 pour l'œil emmétrope diminue donc pour l'H, et augmente pour l'M. Il est plus grand dans l'H axile que dans l'H de courbure et au con-

traire plus grand dans la M de courbure que dans la M axile.

L'image droite est moins généralement utilisée que l'image renversée parce qu'elle exige des efforts d'accommodation ou l'emploi de lentilles bien choisies, détails qui disparaissent avec la lentille biconvexe; de plus l'image renversée étant réelle, susceptible d'être reçue sur un écran au besoin, il suffira de comparer sa grandeur au point de projection avec l'image formée sur la rétine même de l'œil observé.

Dans ces conditions, on peut considérer l'œil examiné et la lentille biconvexe de l'ophthalmoscope comme un ensemble où nous connaissons le foyer de la lentille et les deux autres membres de l'équation 1[p + 1[p'; représentés par les degrés de H ou de M et la constante 15 (distance du point nodal à la rétine). La comparaison d'un côté de 2 triangles semblables donne le grossissement de l'image.

Pour l'œil E, avec une lentille de + 2".	G = 3,61
Pour l'H axile de 1/5	G = 4.1
l'H de courbure	G = 3.6
M^a 1/5	G = 3.1
M^c 1/5	G = 3.5

Les 2 images droites et renversées sont donc dans les rapports suivants:

Image renversée,			Image droite,
E =	1	:	5,5
M =	1	:	4,7
M =	1	:	7,7

Helmoltz avait posé le problème d'une façon plus générale en plaçant le punctum remotum à une distance quelconque, et en négligeant certaines quantités: de cette façon sa formule pouvait s'appliquer à tous les états de réfraction. — M. Landolt a cherché encore à déduire les dimensions réelles des images rétiniennes de la grandeur de ces images projetées. Mais la dimension de cette dernière donnée n'est pas facile à préciser, surtout pour les images droites. Donders avait imaginé un instrument pour mesurer ces images. C'est une boîte obscure où grâce, à un miroir incliné à 45°, l'observateur voit 2 vis micrométriques se rapprocher à volonté et faire leur image sur la rétine observée. On peut ainsi mesurer la papille, etc.

M. Landolt a prouvé ce qu'il voulait démontrer: la possibilité de trouver le grossissement des images ophthalmoscopiques; et cela en termes très-simples et précis, mais qui ne seront pas sans effrayer quelque peu le clinicien, car l'algèbre est en général assez négligée des disciples d'Hippocrate. Quoiqu'il en soit, nous félicitons notre confrère suisse de s'engager à Paris dans une voie déjà parcourue avec éclat par Giraud-Teulon. Muni du flambeau de l'histologie et des mathématiques, M. Landolt, au début de sa carrière, ne peut manquer d'éclairer plusieurs problèmes obscurs de dioptrique et d'ophthalmoscopie.

Qu'il nous laisse lui demander cependant de ne point dépasser le domaine des mathématiques élémentaires, s'il veut vulgariser ses études et conserver à ses travaux la notoriété qu'il a su déjà leur acquérir. PONCET (de Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse, par H. RENDU, ancien interne lauréat des hôpitaux. — Br. in-8° de 1?0 pages. Ad. Delahaye.

L'existence de paralysies, dans le cours de la méningite tuberculeuse a été signalée de tout temps; et cependant, il faut bien l'avouer, leur histoire avait été jusqu'ici fort peu explorée. M. Rendu a eu l'heureuse idée de faire des recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur ces paralysies; il a même tenté d'en localiser le siège dans un point des centres nerveux. C'est là l'idée-mère qui a présidé à son travail, entrepris en 1872. Il connaissait déjà les études si remarquables de M. Duret sur la *circulation cérébrale*. Il emprunte à cet auteur plusieurs points anatomiques qui ont été signalé brièvement dans le *Progrès Médical*, et explique ainsi avec une grande précision les lésions observées.

La première partie de la brochure de M. Rendu est consacrée à l'étude clinique; la question y est traitée avec une rare sagacité et un talent sérieux d'observation. De cette étude, il ressort que les paralysies, dans le cours de la méningite, constituent un accident assez fréquent, mais souvent d'une observation difficile; elles surviennent presque toujours à la deuxième période et souvent au moment des complications ultimes. On peut les diviser en paralysies passagères et en paralysies permanentes; les premières, presque toujours précédées de convulsions fortes, ne suivent aucune marche précise; les secondes, au contraire, surviennent tantôt à la suite de petites secousses convulsives, tantôt graduellement. Elles siégent de préférence d'un côté du corps, et peuvent envahir plusieurs nerfs crâniens. Souvent la sensibilité est simultanément atteinte, rarement sous forme d'hyperesthésie, ordinairement sous forme d'une anesthésie plus ou moins absolue; mais les altérations de la sensibilité ne correspondent pas exactement à celles du mouvement, et la sensibilité réflexe est très-peu modifiée.

La durée de la paralysie est toujours assez courte; cet accident, en effet, arrive presque toujours de deux à 5 jours avant la mort. On cite cependant des cas où la paralysie a duré beaucoup plus longtemps; un malade observé par M. Rendu vécut 12 jours; un autre de M. Hayem vécut 16 jours; dans une autre observation, les accidents durèrent jusqu'au 22e jour, mais ce sont là des exceptions.

La partie anatomo-pathologique est particulièrement intéressante. L'auteur prouve que ni les granulations, ni un épanchement dans les ventricules ne peuvent déterminer la paralysie; les observations démontrent qu'il y a, au contraire, une relation constante entre la paralysie et l'abondance des exsudats qui siègent à la base de l'encéphale, surtout vers l'origine de la scissure de Sylvius; mais à eux seuls ils ne sauraient la provoquer directement. On trouve presque toujours dans les centres nerveux des sujets paralytiques, soit des foyers de ramollissement et d'apoplexie capillaire, soit des tubercules cérébraux. Ces lésions ne siégent pas indifféremment dans toutes les régions de l'encéphale, mais elles se groupent particulièrement au niveau des corps striés, des couches optiques et des pédoncules cérébraux.

Les foyers de ramollissement observés dans les cas qui nous occupent sont eux-mêmes la conséquence de l'oblitération des vaisseaux artériels par les exsudats fibrineux. Ils présentent plutôt les caractères de la nécrobriose que ceux de l'encéphalite; ils semblent donc se rapprocher des foyers de ramollissement blanc consécutifs à l'athérome artériel.

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à lire en entier cet excellent travail dont nous n'avons pu donner qu'une esquisse imparfaite; ils y trouveront une description nette et concise d'un accident jusqu'ici peu étudié; ils verront à quels résultats précis peuvent conduire une observation rigoureuse du malade, une analyse patiente des faits, une appréciation raisonnée des altérations pathologiques.

G. PELTIER.

VARIA

Recherches chimiques sur le cerveau, par GOBLEY.

Voici les conclusions d'un long travail que l'auteur vient de publier sur la question : 1° Que la substance cérébrale de l'homme renferme environ 80 p. 100 d'eau; — 2° Qu'elle contient deux matières albuminoïdes, l'une soluble dans l'eau, qui ne diffère pas de l'albumine, l'autre qui est insoluble dans ce liquide et pour laquelle il a proposé le nom de céphaline; — 3° Que la matière grasse du cerveau est formée principalement de cholestérine, de lécithine et de cérébrine; qu'elle renferme, en outre, des traces d'oléine et de margarine; — 4° Que le cerveau renferme les sels ordinaires de l'économie et des matières extractives dont les unes sont solubles dans l'eau et dans l'alcool, et les autres solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool; — 5° Que pendant la putréfaction, la pulpe cérébrale fournit des produits acides, parmi lesquels on trouve les acides oleique, margarique, phosphoglycerique et phosphorique; — 6° Que la composition du cer-

veau peutêtre considérée comme représentée en moyenne pour 100 parties par :

Eau	80.00
Albumine	1.00
Céphaline	7.00
Cholestérine	1.00
Cérébrine	3.00
Lécithine	5.50
Oléine, margarine, créatine, etc	1.50
Chlorures et phosphates alcalins et terreux	1.00
	100.00

(*Gaz. méd. de Bordeaux*).

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT ne fera pas de leçon le dimanche 3 janvier. Il reprendra son cours le 10.

Hôtel-Dieu. — M. A. GUÉRIN : Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus le lundi de chaque semaine.

M. CUSCO : maladies des yeux, le jeudi à 9 heures.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. DESNOS. Salle Sainte-Marthe : 6, mal de Bright ; 13, tumeur cérébrale; 23, paralysie agitante. — Salle Sainte-Geneviève : 8, sclérose en plaques; 32, abcès des téguments larges; 40, broncho-pneumonie.

Service de M. LABBÉ. Salle Saint-Gabriel : 1, entorse suivie d'arthrite et abcès périarticulaire; 5, épi-padias; 11, kérato-conjonctivite scrofuleuse: 19, fracture de la jambe. — Salle Saint-Jean (femmes) : 7, abcès du sein; 13, brûlures multiples; 13, cataracte traumatique; 20, fracture du col du fémur (?)

Service de M. VULPIAN. Salle Sainte-Claire : 1, encéphalite; 2, pachyméningite hémorrhagique: 4, cancer de l'estomac. — Salle Saint-Raphaël ; 40, cachexie; 20. atrophie musculaire progressive; 17, pachyméningite cervicale. — Salle Saint-Benjamin : 4. pleurésie purulente; 15, cirrhose hépatique. — Salle Sainte-Eugénie : 16, maladie de Bright; 21, pneumonie chronique; 32, rétrécissement aortique.

Service de M. GALLARD. Salle St-Anathase (H). — N° 3, hydropneumothorax ; 5, sciatique ; 8, tumeur cérébrale ; 15, paralysie générale ; intoxication saturnine ; 17, ulcère simple de l'estomac ; 21, ataxie locomotrice ; 43, pleurésie ; 35, dothiénenterie ; 37, hémorrhagie cérébrale ; 49, paraplégie ; 55, myélite chronique.

Salle du Rosaire (F). — 1, métrite ; 4, phlegmon péri-utérin ; 7, hystérie ; 14, pneumonie ; 18, hystérome ; 22, palpitations nerveuses, 28, syphilis ; 37, paralysie.

Hôpital Lariboisière. — M. ISAMBERT : leçons de laryngoscopie le vendredi à 9 heures.

Hôpital de la Charité. — M. TRÉLAT : leçons de clinique chirurgicale le mercredi.

M. BERNUTZ : Leçons cliniques sur les maladies des femmes, le vendredi à 9 h.

Hôpital Sainte-Eugénie. M. CADET DE GASSICOURT : Conférences cliniques le mercredi à 8 h. 1/2.

Enseignement médical libre.

Anatomie — M. LASKOWSKI recommence une seconde série de leçons le lundi 4 janvier, à midi 1/2 dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Ce cours sera terminé à la fin de mars.

Maladies des yeux. — M. DESMARES commencera son cours public et gratuit le mercredi 13 janvier à 1 h. 1/2 (mercredi et vendredi), à sa clinique rue Hautefeuille, 8.

1° Pilules d'iodure de Potassium (*Dorvault*).

Iodure de potassium	0 gr. 50
Guimauve pulvérisée	0 gr. 50
Sirop	Q. S.

Pour 100 pil. à dragéfier.

2° Vesicatoire perpétuel de Janin.

Mastic	90 gr.
Cantharides pulvérisées	50 gr.
Térébenthine	90 gr.
Euphorbe pulvérisée	15 gr.

La suppuration se fait au-dessous de l'emplâtre qu'on laisse appliqué pendant 5 ou 6 jours.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 25 décembre, on a constaté 813 décès, savoir : Variole, 1; rougeole, 7; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 17; érysipèle, 10; bronchite aigue, 42 ; pneumonie, 78 ; dyssenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4 ; — choléra nostras, 1 ; — angine couenneuse, 1 ; — croup, 6; — affections puerpérales, 9 ; — autres affections aiguës, 209 ; — affections chroniques, 3.., dont 134 dues à la phthisie pulmonaire — affections chirurgicales, 19 ; — causes accidentelles, 18.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1874, a eu lieu le samedi 26 décembre 1874 à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance a eu lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1874.

Internes titulaires : 1 Cossy. 2 Carrié, 3 Richet, 4 Goslay, 5 Amodru, 6 Richerand, 7 Berdinel, 8 Dreyfous, 9 Loriot, 10 de Beurmann, 11 Marchant, 12 Marot, 13 Audouard, 14 Mary, 15 Delaunay, 16 Magnant, 17 Decaisne, 18 Garsaux, 19, Dejerine, 20 Letulle, 21, Petrel, 22 Jean, 23 Jarjavay, 24 Colson, 25 Regnard, 26 Redard, 27 Drouin, 28 Clozel de Boyer, 29 Bulteau, 30 Champtier de Ribes, 31 Davaine, 32 Hugonneau, 33 Guillemet, 34 Avezon.

Internes provisoires : 1 Borand, 2 Devillers, 3 Bide, 4, Langlebert, 5 Noel, 6 Cruet, 7 Goetz, 8 Pachot, 9 Foucart, 10 Lataste, 11 Regnier, 12 Courton, 13 Baraduc, 14 Gipoulon, 15 Wertheimer, 16 Bouchard, 17 Ramonède, 18 Levrat, 19 Bellonard, 20 Doléris, 21 Tremblez, 22 Roussi. 23 Deschamps, 24 Artus, 25 Lespine, 26 Dupau, 27 Monod (Eugène), 28 Béringier, 29 Robin, 30 Daremberg. 31 Clément, 32 Charreyron.

MUTATIONS DANS LES HOPITAUX. — Par suite de la retraite de M. Henri Roger, M. Blachez passe de Saint-Antoine aux Enfants-Malades ; — M. Molland passe de l'hospice Larochefoucault à Saint-Antoine; — M. Ball, médecin du bureau central, est nommé médecin de l'hospice de Larochefoucauld.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — L'Ecole de médecine est fermée du 30 décembre au soir au 3 janvier (matin). Les inscriptions seront reçues du 4 au 20 janvier les lundi, mardi, mercredi et jeudi, de midi à 3 heures. Il faut déposer la feuille la veille aux bureaux. On ne recevra que 350 feuilles par jour. — Les consignations seront reçues pour les examens le vendredi et le samedi de 1 h. à 4 h.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr AUBERT-ROCHE est mort mercredi dernier. Il était né à Vitry-le-Français le 25 novembre 1810. «Obligé de s'expatrier, dans les premières années du règne de Louis-Philippe, dit l'*Union médicale*, Aubert se dirigea vers l'Egypte. Là, son esprit intelligent et actif ne lui permit pas de se borner à la vie d'un simple touriste. Dans son excursion en Abyssinie, il se lia d'amitié avec le roi Ouli, et prépara un traité de commerce entre ce roi et la France. ..... Aubert devint médecin de l'hôpital d'Alexandrie. » Il fit preuve d'un grand dévouement lorsqu'éclata la peste qui ravagea ces pays. C'est alors qu'il se lia avec Ferdinand de Lesseps. Aubert, rentré en France (1838), épousa la fille du Dr Roche et se fit, depuis, appeler du nom qu'il a rendu célèbre. Il publia des travaux sur la peste, les quarantaines, contribua à la formation du congrès médical de 1845, idée déjà mise en avant, si nous ne nous trompons, par M. Delosiauve. Il fut l'un des trois fondateurs de l'*Union médicale*. Aubert-Roche a rempli les fonctions de médecin en chef de la Compagnie du Canal de Suez de 1857 à 1869. Depuis lors il habitait Paris.

— *Le Libéral de Seine-et-Oise* annonce la mort de M. le Dr Dupuy, médecin à l'Isle-Adam.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Le bureau de cette société est ainsi composé pour l'année 1875 : Président perpétuel, Cl. Bernard ; — Vice-présidents, Cornil et Magnan; — Secrétaire général, Dumontpallier; — Secrétaires, Bourneville, Hallopean, Hénocque et Pierrot; — Trésorier, Carville; — Archiviste, Hardy.

SOCIÉTÉ MÉDICO PRATIQUE DE PARIS. — Séance du 23 décembre 1874. Composition du bureau pour l'année 1875 :

Président, M. de Ranse; — Vice-Président, M. Gimelle; — Secrétaire-général. M. Collineau; — Secrétaires particuliers, MM. Edouard Michel et C...eau; — Trésorier, M. Julliard; — Archiviste, M. Eugène Aubrun; référendaires, MM. Trèves et Labarraque; — Comité de publication : MM. Rehquet, Lemoine, Rougau, Collineau, secrétaire-général, et de Ranse, président.

ERRATUM. — Dans le n° du 26 décembre, article *Académie des sciences*, ligne 22, au lieu de 20 *à* 30 *gouttes suffisent*, lisez 2 *ou* 3 *gouttes*, etc.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

LANDOWSKI. — Du Koumys et de son rôle thérapeutique. In-8° de 44 pages.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, r. de l'École-de-Médecine.

GUILLAUD. De l'efficacité des eaux minérales contre la syphilis. In-8, de 8 pages.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 2 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 9 JANVIER 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

De l'athrepsie (1).

Ve LEÇON (*suite*) : — *Endurcissement du tissu cellulaire.*

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Andry, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés, de Paris, ayant eu connaissance des recherches d'Underwood, sur l'endurcissement du tissu cellulaire, se mit à étudier très-attentivement une affection fort commune dans l'établissement où il observait, mais que l'on avait négligée jusque-là, parce qu'on la croyait incurable. Il la considéra comme identique à celle de l'auteur anglais, et la décrivit sous le même nom (2). Voici quels étaient ses caractères principaux : les extrémités et surtout les jambes sont très-augmentées de volume, et leur tissu cellulaire est le siége d'une infiltration très-prononcée. La plante des pieds et la région pubienne sont particulièrement tuméfiées, rouges et dures.

Les parties affectées sont très-froides ; dans un cas, pourtant, elles avaient une chaleur extraordinaire. La suppuration s'y forme très-rarement, mais plus souvent, la mortification s'en empare. Un mauvais régime de la mère et de l'enfant, ou bien l'exposition de ce dernier à un froid très-vif immédiatement après sa naissance, sont les causes du mal.

A l'autopsie, on a toujours rencontré un épanchement séreux dans le tissu cellulaire. La matière épanchée était d'un jaune foncé, liquide, mais coagulable par l'action du feu ; la graisse présentait une densité remarquable.... Le foie était d'un volume extraordinaire.... et les poumons étaient gorgés de sang.

Le rapprochement des deux descriptions précédentes, démontre de la manière la plus évidente, qu'Underwood et Andry ont observé des affections, non-seulement différentes, mais si l'on peut ainsi dire, diamétralement opposées. — A Londres, le caractère essentiel du mal, est la résistance et la dureté des parties molles périphériques, qui deviennent de plus en plus rigides et dures et dans lesquelles l'autopsie ne révèle la présence d'aucune sorte de liquide. — A Paris, les extrémités et les membres sont rouges et tuméfiés, considérablement augmentés de volume, infiltrés, peuvent suppurer, et même se mortifier ; et à l'autopsie, on trouve les mailles du tissu cellulaire remplies d'une sérosité que la chaleur coagule.

Cela n'est pas douteux ; le clinicien Anglais a vu et décrit l'endurcissement vrai des parties charnues, tel que je vous l'ai présenté ; tandis que le médecin Français a eu sous les yeux, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire périphérique, connue sous le nom d'*œdème des nouveau-nés*.

Et pourtant les deux auteurs crurent avoir observé le même mal ; car Underwood, frappé des traits si différents qui séparaient sa description de celle d'Andry (3), les mit sur le compte, non d'une erreur clinique, mais de la différence des climats et des milieux.

(1) Voir les nos 43 à 49, 51 et 52 du *Progrès médical* 1874 et le n° 1 de 1875.
(2) *Mémoires de la Société royale de médecine* de 1781 à 1785, p. 207.
(3) Peu de temps après leur apparition, les recherches d'Andry reçurent une consécration académique. Elles furent couronnées dans le mémoire d'Auvity auquel elles avaient servi de base. (*Mémoires de la Société royale de médecine* de 1785 à 1788 p. 324)

Telle fut l'origine de la confusion, que je vous ai signalée ; et j'espère vous en avoir fait saisir toute l'importance. Elle remonte à la fin du siècle dernier, n'a pas cessé depuis, et vous la trouvez dans la plupart des ouvrages de notre époque. Les preuves abondent ; en voici quelques-unes.

Chambon (1) et Capuron (2), à l'exemple d'Andry, qu'ils suivent complétement, décrivent l'*œdème* sous le nom d'*endurcissement du tissu cellulaire* ; et ce dernier, convaincu qu'il a affaire à l'affection décrite par Underwood, lui reproche d'avoir adopté une étiologie peu rationnelle, parce qu'elle ne s'adapte pas aux faits observés en France, où le froid et la faiblesse congénitale sont les principales causes du mal.

Denis (3) a entrevu la faute de ses devanciers, puisqu'il subdivise l'*endurcissement du tissu cellulaire* (4), *en séreux ou œdémateux, et adipeux ou concret* (5), mais après avoir établi cette distinction, il ne s'y arrête pas. Il trouve que les deux variétés présentent la plus grande analogie, au point de vue des symptômes, de la marche et des terminaisons ; ne différant que par la couleur de la peau, la consistance des chairs et le mode d'altération du tissu cellulaire, qui dans l'une est infiltré de sérosité et dans l'autre, est chargé de graisse. Il ajoute même que souvent elles sont réunies sur le même sujet. Est-il besoin de vous faire remarquer qu'en tout cela, il n'y a que confusion. On voit bien que Denis ignorait absolument la genèse du mal et sa cause.

Billard (6), lui aussi, admet deux variétés d'endurcissement et il consacre presque tout son chapitre à la première qui est l'œdème. De la seconde, qui est l'endurcissement du tissu adipeux (7), il ne dit que quelques mots, parmi lesquels nous relevons une erreur semblable à celle commise par Denis. Il peut, dit-il, se présenter avec ou sans infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané. Il semble, d'ailleurs, qu'il voie là un phénomène cadavérique ou des derniers instants de l'agonie.

(1) *Maladies des enfants*, Paris an VII, T. I, p. 292.
(2) *Loc. cit.* p. 381. — (3) *Loc. cit.* p. 145.
(4) On trouve dans ce chapitre important, une synonymie, une bibliographie et un historique très-soignés.
(5) Voici la description que Denis donne de cette forme. (P. 162). — « Les parties du corps endurcies ne sont ni élastiques ni empâtées, elles ont acquis par l'effet de la maladie, la fermeté du suif. La peau d'un blanc jaunâtre offre l'aspect de la cire ; elle ne peut glisser sur les muscles sous-jacents, et l'on sent au-dessous, de place en place, les masses très-consistantes.

Quand le sujet est au 3me degré d'endurcissement, on croirait qu'il a subi les effets de la congélation ; les membres percutés, font entendre parfois alors le son que rend le bois. Le froid est très vif, les mouvements difficiles ; le trismus et les autres phénomènes nerveux sont moins fréquents que dans la variété œdémateuse ; la respiration, la circulation et la digestion y sont aussi moins entravées. Tous ces phénomènes sont attribués à l'accumulation de la graisse cellulaire dans les vésicules et à l'augmentation de sa densité.
(6) *Loc. cit.*, p. 179.
(7) Voici d'ailleurs le passage de Billard (p. 181). L'endurcissement du tissu adipeux se présente avec ou sans infiltration du tissu cellulaire sous-cutané ; les joues, les fesses, les mollets, le dos en sont le siége le plus habituel ; on l'observe avec ou sans trouble de la circulation et de la respiration. C'est ordinairement à l'instant de l'agonie des enfants qu'il survient ; je l'ai vu se développer après la mort, sur le cadavre d'enfants rapidement moissonnés. Si l'on dissèque alors le tissu adipeux, ou le trouve ferme, dur comme du suif, et véritablement figé : il offre en un mot la consistance de la graisse des animaux immolés dans nos boucheries. On conçoit que le tissu adipeux peut bien, dans certaines circonstances, se figer de la sorte, même pendant la vie, si, par une cause quelconque, la chaleur animale vient à l'abandonner.

Dans son chapitre de l'œdème des nouveau-nés, Valleix (1) parle de *l'endurcissement adipeux* (2) qui, suivant lui, diffère absolument de l'œdème ; mais avec Billard, il le considère comme cadavérique. Si, dit-il, on ne le cherche que sur le vivant, on peut le considérer comme rare; mais si l'on examine les enfants qui ont passé la nuit sur la pierre de l'amphithéâtre, surtout pendant les froids vifs de l'hiver, on en trouvera bientôt un grand nombre qui présenteront tous les caractères assignés à ce genre d'induration.

Plus près de nous, la confusion s'aggrave. Les observations précédemment citées, ne l'avaient commise qu'entre deux affections : l'œdème et l'endurcissement vrai ; et voici que dans un ouvrage récent, celui de M. Bouchut, elle s'étend à la sclérodermie. L'importance du livre que je vous signale et la notoriété de son auteur, m'obligent à vous dire comment il a compris la question qui nous occupe ; et bien que je ne veuille pas empiéter sur l'histoire de l'œdème, il me faut analyser brièvement l'article qu'il consacre à cette affection, sous le titre de *sclérème ou endurcissement de la peau des nouveau-nés* (3).

On y voit que le sclérème est constitué par le refroidissement et la dureté de la peau, accompagnés d'un abaissement de la température profonde ; qu'il en existe deux variétés : le *simple* et l'*œdémateux*; mais qu'il est inutile de les décrire à part, et que les médecins en le faisant ont eu tort, l'œdème n'étant en quelque sorte qu'une conséquence de l'endurcissement qui est la lésion première et essentielle; qu'il n'est pas possible de le confondre avec l'endurcissement adipeux, maladie essentiellement agonique ; enfin, que tout en étant exclusif aux nouveau-nés, on le rencontre chez les enfants plus âgés et même chez les adultes.

Ainsi, pour M. Bouchut, le sclérème existe par lui-même, et il ne dépend pas plus de l'œdème qu'une maladie du cœur n'est constituée par l'anasarque qu'elle peut engendrer. On s'attend donc à ce qu'il s'attache surtout à la description du phénomène primordial, l'endurcissement ; mais il n'en est rien, et l'article entier est consacré à l'œdème. — Mais ce n'est pas tout, et l'auteur, bien qu'il ne se soit pas expliqué sur cet endurcissement, exclusif, suivant lui, aux nouveau-nés, admet qu'on le rencontre parfois chez les adultes, où il constitue la maladie locale appelée *sclérodermie*.

Tout cela est inconciliable, et l'on chercherait en vain un type morbide auquel puisse être rapporté ce chapitre du livre de M. Bouchut.

Enfin, dans une leçon récemment faite à la faculté de médecine, (4) M. Charles Robin, dit en parlant du sclérème des nouveaux-nés : chez ceux d'une faible constitution et particulièrement chez ceux nés avant terme, on observe parfois un endurcissement du tissu lamineux, tantôt limité aux mains et aux pieds, qui sont gonflés, froids et violacés, tantôt étendu à tout le corps : d'où le nom de sclérème (σκληρος, dur). Le tissu lamineux est devenu dur, résistant, souvent plus épais. L'examen microscopique fait reconnaître entre les fibres lamineuses, une substance amorphe, finement granuleuse, demi solide ; le tissu cellulaire a acquis la consistance du carton-pâte. La circulation a dû éprouver des modifications importantes, car les capillaires sont revenus sur eux-mêmes et le tissu est exsangue.

Qu'a voulu décrire M. Robin ? est-ce l'œdème ? on pourrait le croire, d'après l'emploi qu'il fait du terme sclerème, sous lequel, bien qu'à tort, on le désigne généralement aujourd'hui, mais surtout d'après ce qu'il dit de son développement chez les avortons, et de la tuméfaction, avec teinte violacée des extrémités ; et d'un autre côté, il semble que l'on doive songer à une autre affection, à cause de cette dureté et de cette résistance du tissu lamineux, qui le font ressembler à du carton pâte, et aussi, par le silence de l'auteur sur la sérosité. — Ici donc encore, même confusion.

Après cette analyse longue, je l'avoue, mais indispensable selon moi, à votre édification sur ce point de pathologie, je dois me résumer, et je vous dis : dans les derniers jours de l'athrepsie, les parties molles de la périphérie, s'amoindrissent, se sèchent et durcissent ; la peau se tend et prend une teinte livide ; le corps entier devient rigide, immobile, et semble momifié. Cet état si caractéristique, je vous l'ai fait connaître et je le désignerai sous le nom d'*endurcissement athrepsique des nouveau-nés*, parce qu'on ne l'observe que dans l'athrepsie. Deux auteurs seulement, du moins à ma connaissance, l'ont avant moi, rapporté à sa véritable cause et en ont donné une bonne description. Ce sont les deux premiers qui l'aient étudié : Denmann et Underwood. Depuis, il a été méconnu ou confondu soit avec l'endurcissement cadavérique du tissu adipeux sous-cutané, soit avec l'œdème des nouveau-nés. Sans parler de la graisse figée par la mort, que la clinique doit laisser de côté, on s'imagine malaisement que l'on puisse confondre les nouveau-nés réduits et momifiés par l'athrepsie, avec ces avortons que l'anasarque rend turgides, et auquels il semble donner une exubérance de chairs. Et pourtant, cette confusion, tous les auteurs l'ont faite ; aussi bien les plus récents, que ceux qui ont écrit il y a déjà de nombreuses années. — Comment cela s'est-il fait ? A mon avis le voici ; Un travail est fait à Londres sur l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés ; il est lu à Paris par un observateur qui ayant sous les yeux des cas d'œdème, pense que la consistance de leurs tissus est ce qui a frappé l'auteur anglais, et qui décrit sous la même dénomination que ce dernier une affection en réalité très-différente. — A partir de ce moment le mal était fait, et la confusion d'Andry fut partagée par tous ceux qui écrivirent après lui.

Après vous avoir fait connaître la faute dont j'accuse les cliniciens, je dois, en leur faveur, présenter une circonstance atténuante ; placée à la fin de ce chapitre, son importance ne pourra vous échapper. — Il est des cas, rares il est vrai, mais incontestables, où l'on trouve sur le même sujet, mais non dans les mêmes régions, et cela est essentiel, de l'œdème et de l'endurcissement athrepsique. Voici comment. — Un nouveau-né est pris d'un œdème modéré, ordinaire, partiel ; d'abord il y résiste, mais il ne tarde pas à subir la fâcheuse influence de l'athrepsie. Alors il maigrit, la sérosité se résorbe partiellement et l'endurcissement apparaît dans ses points d'élection. C'est ainsi que la partie postérieure des membres pelviens et du tronc, s'indurent tandis que les membres supérieurs restent partiellement infiltrés. Et j'appelle toute votre attention sur cette particularité, car rien ne prouve mieux l'incompatibilité des deux affections dans le même lieu. On connaît, en effet, la prédilection de l'œdème pour les parties déclives ; et à ce titre, il est surtout marqué aux membres inférieurs et aux lombes. Or chez les malades dont je vous parle, c'est de ces régions qu'on le voit d'abord disparaître. Comment cela se ferait-il si l'endurcissement, qui vient s'emparer de ces parties qu'il affectionne, ne commençait par déterminer l'expulsion de la sérosité, avec laquelle il ne peut coexister ?

(*A suivre.*)

(1) *Loc. cit.*, p. 6[illegible]1.
(2) P. 641. — (3) *Loc. cit.*, p. 829.
(4) *L'École de Médecine*, 1874, page 69.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur la glossite *à frigore;*

Par le Dr **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux de Paris.

L'inflammation aiguë de la langue que l'on rencontre de temps en temps dans la pratique, est ordinairement d'origine traumatique ou symptomatique d'une maladie générale, telles que la variole, la fièvre typhoïde, etc. Les exemples de glossite aiguë, parenchymateuse, produite par le froid sont loin d'être communs, et les auteurs en font à peine mention. Marjolin, dans le Dictionnaire en 30 volumes, les passe sous silence ; les auteurs du *Compendium*, cependant y consacrent quelques lignes. « La glossite,

écrivent-ils, peut être spontanée ou de cause inconnue. On l'a, par exemple, expliquée quelquefois par un refroidissement brusque, quand elle survient chez des sujets en pleine santé, comme dans le fait de M. Enright, publié en 1840 par *The Dublin med. Press.* et reproduit par les *Archives générales de médecine*, 3e série, t. VIII. »

Dans le n° du 10 octobre 1874, la *Gazette des hôpitaux* rapporte un cas de glossite *à frigore*, observé dans le service de M. Ball; nous-même, dernièrement, nous avons été témoin d'un cas de ce genre que nous relaterons, après avoir d'abord donné place à l'observation que nous venons de signaler.

OBS. I. — *Glossite aiguë* A FRIGORE. — *Tuméfaction considérable de la langue.* — *Résolution rapide et spontanée.* — X... 27 ans, garçon de salle, homme vigoureux, mais d'apparence un peu strumeuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 18 (service de M. le professeur Béhier, suppléé par M. Ball), le 25 septembre 1874.

L'avant-veille, étant en parfaite santé, à la suite d'un refroidissement, le malade sentit sa langue se tuméfier très-rapidement, au point de rendre bientôt tout mouvement de cet organe impossible. Le malade est examiné 36 heures après le début des accidents, et on le trouve dans l'état suivant : Les lèvres sont entr'ouvertes ; il s'en échappe continuellement un filet de salive. La bouche s'ouvre facilement ; la langue la remplit presque en totalité ; ce qui frappe d'abord, c'est l'extrême tuméfaction de cet organe ; la bouche est trop petite pour la contenir et elle déborde un peu l'arcade dentaire. La forme aplatie et étalée de la langue a fait place à un aspect cylindroïde ou conique ; les dimensions verticales de l'organe égalent au moins son diamètre transversal. Les mouvements de la langue sont à peu près impossibles et très-douloureux ; la phonation presque entièrement abolie et inintelligible ; la déglutition, même des liquides, complétement entravée ; depuis la veille, le malade n'a rien mangé ni bu ; la salive même ne peut être avalée et inonde constamment son oreiller. Si l'on commande au malade d'élever la pointe de la langue vers la voûte palatine, il est impuissant à exécuter ce mouvement, qui est indispensable au premier temps de la déglutition.

Le dos de la langue est recouvert d'un enduit muqueux, saburral ; la muqueuse n'est, du reste, le siége d'aucune rougeur inflammatoire. La pression, exercée par la spatule ou avec les doigts sur le corps charnu de la langue, est douloureusement ressentie par le malade, et permet de constater une certaine résistance. La face postérieure du pharynx, les amygdales, les gencives sont parfaitement sains, et ne présentent aucune trace d'inflammation et d'hypérémie. — Légère tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ; aucune gêne respiratoire : pouls lent, température normale.

En l'absence de tout phénomène inquiétant, M. Ball s'abstient de toute intervention thérapeutique. Dès le lendemain, 26, le troisième jour, à partir du début des accidents, on constate une amélioration aussi profonde que rapide. Le volume de la langue s'est réduit de près de deux tiers ; l'organe a repris sa forme étalée et aplatie ; il joue librement dans la cavité buccale. Le lendemain, 27 septembre, la langue a récupéré la liberté de tous ses mouvements.

Cette observation offre quelques particularités intéressantes à relever. C'est un exemple de glossite franche *à frigore*, remarquable par la bénignité et la rapidité de son évolution sans lésion aucune du pharynx ou des tonsilles.

Voici maintenant le cas que nous avons observé, et qui nous avait vivement frappé.

OBS. II. — *Glossite aiguë* A FRIGORE. — *Tuméfaction considérable de la langue.* — *Gêne considérable de la respiration.* — *Saignée locale.* — *Résolution rapide.* — Le 14 août, nous fûmes appelé en toute hâte auprès de M. Mic.. qui avait un gonflement considérable de la langue avec une gêne considérable de la respiration et menace d'asphyxie. Voici comment le fait s'est produit.

Mich..., âgé de 65 ans, est un homme encore fort et vigoureux, d'un tempérament sanguin. La veille, 13 août, il avait passé une partie de l'après-midi à pêcher à la ligne sans éprouver le moindre malaise. Rentré chez lui, il dîna comme d'habitude, et se coucha bien portant. Dans la nuit, il commença à se plaindre de gêne dans la bouche, de gonflement de la langue assez considérable pour l'empêcher de dormir. Il se borna à se gargariser avec de l'eau de guimauve miellée, mais les symptômes s'aggravèrent promptement et, à midi, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Mich... est assis sur son lit, la face violacée, s'agitant à chaque instant ; la respiration est gênée, difficile ; la salive découle aux angles de la bouche. La langue est considérablement tuméfiée ; elle ne peut plus tenir dans la bouche et sort entre les arcades dentaires. La mastication est impossible, ainsi que la prononciation des sons ; le malade ne peut plus se gargariser, ni avaler le moindre liquide. Le palais et le pharynx sont inaccessibles aux yeux, parce que la face supérieure de la langue touche le palais. Pas de ganglions sous-maxillaires enflammés. Le pouls est petit, fréquent, battant 124 à la minute.

Je proposai de suite de faire des scarifications sur la langue ; mais le malade, très-craintif et s'agitant continuellement, ne me permet de pratiquer que quelques scarifications insuffisantes. Je conseille alors trois sangsues à mettre sur les côtés du frein de la langue.

Le *soir* je revois le malade qui est beaucoup plus calme ; les sangsues ont saigné pendant plusieurs heures ; la langue est encore très-tuméfiée, mais la menace d'asphyxie a disparu. P. 100.

Le lendemain, je revois le malade qui a passé une nuit assez calme ; la langue, beaucoup moins volumineuse, est rentrée dans la cavité buccale ; le malade peut prendre du bouillon. Le surlendemain tout gonflement a disparu, et l'on peut constater la parfaite intégrité des gencives, du palais et des amygdales. Le malade se lève et peut prendre des aliments solides.

C'est là encore, selon nous, un exemple non douteux de glossite *à frigore*, remarquable par la rapidité de l'évolution et par la gravité des symptômes qui ont cédé rapidement après une saignée locale. Est-ce à ce mode de traitement qu'il faut attribuer cette résolution rapide? Il est permis de croire que la saignée a eu pour effet de contribuer à ce dégorgement si prompt ; en tout cas, la menace d'asphyxie commandait d'intervenir, et ne permettait pas l'expectation.

Note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de certains cas de gangrène spontanée ;

Par **A. PITRES**, interne des hôpitaux (1).

OBS. III. *Gangrène spontanée des 2 membres inférieurs.* — *Mort.* — *Autopsie.* — Barrucau Marie 89 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, service de M. CHARCOT, le 27 juin 1874, (salle Saint-Jacques n° 15.) — Cette malade est très-agitée : elle gémit et pousse des cris plaintifs incessants. Il est impossible d'obtenir d'elle aucune réponse. On raconte que depuis deux jours elle se plaint de douleurs vives dans les reins dans le ventre et le pied droit, et qu'elle délire depuis 36 heures. La face est rouge, les pupilles, égales, sont contractées. Pouls petit, rapide, irrégulier.

30 juin, matin. Même état, gémissements continuels.

La pression sur la partie inférieure du ventre paraît être douloureuse, car les gémissements redoublent lorsqu'on palpe cette région. La malade est gâteuse. Incontinence d'urines. On la sonde et on retire une petite quantité d'urine trouble qui ne contient ni sucre ni albumine, T. R. 37° 1. — *Soir.* 38°.

1er juillet. On examine les membres inférieurs. La jambe et le pied droits présentent des marbrures violacées qui s'étendent depuis les orteils jusqu'au genou. Il existe surtout à la partie antéro-externe de la région moyenne de la jambe une grande plaque plus foncée que le reste des marbrures, longue de 20 cent. sur 12 de large. La couleur violacée des marbrures disparaît sous la pression du doigt et revient ensuite lentement. Il en est de même sur les bords de la grande plaque de la jambe, mais la pression ne modifie pas les couleurs du centre de cette plaque. La peau est molle, flasque; quand on y fait un pli par pincement, il persiste fort longtemps. Les veines superficielles sont gorgées de sang : si après en avoir vidé un segment en le pressant de bas en haut, on empêche le sang de refluer par en haut on voit le bout inférieur de la veine se gonfler de nouveau lentement.

Le membre est d'une froideur cadavérique jusqu'au genou, à partir de ce niveau, sa température s'élève peu à peu et au pli de l'aine elle est normale. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont complétement insensibles. On peut y enfoncer profondément des épingles sans augmenter les gémissements de la malade. A partir d'une ligne qui passerait à trois travers de doigt au-dessous du genou la sensibilité paraît revenir, car si à ce niveau on enfonce une épingle dans la peau les cris de la malade redoublent aussitôt. La pression dans le creux poplité est douloureuse. On ne sent les battements, ni de la pédieuse, ni de la poplitée, ni de la fémorale. On sent très-bien à travers la paroi abdominale les battements de l'aorte, mais à partir de la fosse iliaque on ne sent plus aucune pulsation.

(1) V. le n° 1. — Les pièces ont été communiquées à la *Société anatomique.*

Du côté gauche la jambe et le pied ont une teinte légèrement violacée, due à de petites marbrures violettes qui sont disséminées sur la peau principalement au niveau du dos des pieds et du genou. Le membre est froid jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Il y a de l'anesthésie jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous des malléoles. Plus haut la sensibilité reparaît.

Nulle part on ne sent battre les artères de ce membre. on ne sent pas non plus dans la fosse iliaque les pulsations de l'iliaque interne. Dans le triangle de Scarpa, on sent l'artère fémorale sous la forme d'un cordon, dur, roulant sous le doigt, mais absolument privé de pulsations.

Les veines de la jambe sont gonflées. Pouls petit, irrégulier, 100. Battements de cœur faibles, irréguliers, mal claqués, mais sans bruits anormaux. Pas d'hypertrophie du cœur.

Poumons : Aucune altération à l'auscultation ni à la percussion. Soif vive, langue sèche, noirâtre. L'urine extraite par la sonde (la malade gâte) présente une notable proportion d'albumine révélée par la chaleur et l'acide nitrique. Pas de pus, pas de sucre. Temp. le soir, 38°. La pression sur le bas-ventre détermine toujours une vive douleur.

2 *juillet*, matin. T. 38°, 2. La teinte violette des membres inférieurs est plus marquée. La jambe droite est d'une couleur noirâtre presque uniforme jusqu'à 6 travers de doigt au-dessous du genou. Au-dessus de ce point jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse il y a des marbrures violacées, irrégulièrement disséminées.

L'insensibilité existe jusqu'au genou. Au-dessus la sensibilité reparaît et la température s'élève progressivement jusqu'à la moitié de la cuisse où elle est égale à celle des autres parties du corps.

Le membre inférieur gauche est moins violacé que le droit; la sensibilité reparaît seulement vers la partie moyenne de la cuisse et au point où elle reparaît la température commence à s'élever. Pas de contractions fibrillaires des muscles. Il y a un peu de raideur musculaire surtout dans le pied droit; on éprouve une certaine difficulté à le mettre dans la flexion, et cette difficulté vaincue une première fois ne reparaît plus (raideur cadavérique). Les masses musculaires des mollets et de la partie inférieure des cuisses ne sont pas contracturées cependant elles n'ont pas la flaccidité des muscles paralysés.

Le chatouillement de la plante du pied, la piqûre de la jambe etc., paraissent ne pas être perçus et ne déterminent aucun phénomène réflexe.

Les deux jambes sont le siége d'une desquammation épithéliale furfuracée assez active surtout au niveau des plaques violettes. Les veines superficielles sont pleines de sang.

L'urine est trouble, foncée. L'acide nitrique y détermine une notable effervescence et lui donne une teinte rosée. L'ammoniaque ne la fait pas prendre en gelée. La chaleur et l'acide nitrique y déterminent un précipité à peine appréciable. Enfin la liqueur de Bareswill est fortement réduite. *Soir*, T. 39°8. Pouls précipité, petit, très-irrégulier, langue sèche, noire. Etat général très-grave. Même état local que le matin, avec cette différence que les membres sont d'une teinte plus foncée.

Mort, le 3 juillet à 1 heure du matin; température 1/4 d'heure après la mort, 41°.

AUTOPSIE le 5 juillet. *Cerveau*. Les artères de la base sont peu altérées : le tronc basilaire, la terminaison des vertébrales, etc., ne présentent pas d'athérome. Il existe un peu de sclérose artérielle au niveau de la terminaison des carotides. Les sylviennes, les cérébelleuses ne sont pas épaissies.

Les méninges sont saines. Le cerveau est très-anémié, mou. La substance grise des circonvolutions est amincie. Pas de lésions en foyer.

Poumons. — Il existe autour de 2 petits tubercules enkystés un foyer de pneumonie fibreuse, située au sommet du poumon droit. — A part cela les poumons sont très-sains.

Les *reins* sont tout à fait *séniles*, — petits, — mamelonnés, — rougeâtres, — légèrement granuleux. Ils se décortiquent sans difficultés. Ils pèsent chacun seulement 70 grammes.

La *rate* est extrêmement petite. — Poids 42 grammes. — Il y a quelques plaques laiteuses sur sa capsule. Le *foie* est très-atrophié ; 300 gr. ; son tissu paraît sain; — pas de calculs biliaires. — Le *cœur* est mou. flasque, d'une coloration feuille morte. — Vide de caillots, il pèse 220 grammes. — Les valvules sont très-saines, aussi bien les valvules artérielles que les valvules auriculo-ventriculaires. — Nulle végétation dans les cavités, ni dans les auricules.

L'aorte est saine. Il n'y a pas d'athérome. C'est à peine si au niveau de la crosse, il y a un petit semis blanchâtre d'artério-sclérose. — L'éperon des artères iliaques internes est un peu induré.

Artères des membres du côté droit. — *Iliaque interne.* — Elle contient un coagulum fibrineux pariétal, en bec de flûte, qui commence à l'orifice de l'hypogastrique oblitérée et s'élève en s'amincissant à une hauteur de 3 cent. De couleur grisâtre, formé de couches stratifiées, assez peu résistant, il se détache avec facilité des parois artérielles. L'*hypogastrique* est complétement oblitérée par un caillot cruorique noir, et récent. L'*iliaque externe* contient des caillots cruoriques noirs peu denses, sans adhérences.

La *fémorale* est remplie uniformément par un caillot cruorique qui l'oblitère complétement. A sa partie inférieure, juste au-dessus de l'anneau existe un rétrécissement en croissant, occupant environ la moitié du calibre de l'artère. — *Fémorale profonde.* — Très-rouge à son origine dans une longueur de 3 à 4 cent., tout son tronc est oblitéré par un caillot cruorique. A 8 cent. de son origine, elle se divise en plusieurs petites branches et à ce niveau le caillot cesse et les branches sont vides de sang et de caillots.

La *poplitée* est pleine de caillots noirs peu adhérents. Dans 3 points de son étendue, cette artère présente des rétrécissements partiels, dus à des îlots d'artério-sclérose. Ces rétrécissements n'oblitèrent pas complétement le calibre de l'artère, mais ils le réduisent au moins de moitié et même des deux tiers.

Les *artères de la jambe* contiennent également des caillots noirs; de loin en loin elles présentent des îlots annulaires d'endartérite scléreuse qui en diminuent considérablement le calibre. Dans l'intervalle de ces îlots les tuniques artérielles paraissent saines.

Partout la tunique externe des artères du membre est rouge et présente d'élégantes arborisations vasculaires. Le tissu cellulaire qui les environne est dense, serré, difficile à détacher des artères.

Artères du côté gauche. — *Iliaque interne.* — Immédiatement au-dessous de l'éperon, il y a un épaississement pariétal en forme de croissant, long de 2 centimètres et faisant dans le canal de l'artère une saillie de 3 millimètres. L'artère est remplie uniformément d'un caillot noir récent.

Hypogastrique. — Au point où elle se sépare de l'iliaque interne, elle présente un îlot scléreux qui diminue son calibre d'un bon tiers. Au moment où elle va se diviser, il y a également un épaississement scléreux. Entre ces deux points, les tuniques de l'artère paraissent saines et sa cavité est occupée par un bouchon cruorique noir et assez peu résistant.

L'*iliaque externe* est occupée par un caillot noir uniforme. La *fémorale* est remplie par un caillot récent, noir et uniforme. *Fémorale profonde.* Même altération que du côté droit.

Poplitée. — Vers le milieu de l'étendue de la poplitée on trouve un îlot d'endartérite, long de 3 cent., diminuant des deux tiers le calibre de l'artère. A ce point, la lumière du vaisseau est occupée par un caillot oblitérant noir et paraissant cruorique et récent. Plus bas, au moment où l'artère va se diviser en tronc tibio-péronier et tibiale antérieure, l'artère poplitée est diminuée de volume. Sur la coupe, on voit alors qu'elle renferme une substance rosée très-adhérente, qui bouche parfaitement toute sa cavité. En ce point, les tuniques ne présentent pas d'athérôme — Le tissu oblitérant est moins noir, moins humide, moins brillant, que le reste des caillots. Il se laisse couper au rasoir plus facilement. — L'examen microscopique à l'état frais de ce tissu a appris qu'il était composé presque uniquement de grandes cellules plates à gros noyaux, ressemblant beaucoup aux cellules plates du tissu conjonctif ordinaire.

Les artères de la jambe présentent les mêmes altérations que du côté opposé. Il en est de même du tissu cellulaire qui

entoure les artères de tout le membre et de la vascularisation anormale de la tunique externe. Les veines des deux membres inférieurs sont remplies par une coagulation cruorique noire, non adhérente, de formation récente, qui se termine dans l'iliaque externe. La veine cave inférieure est parfaitement saine.

Réflexions. — Les observations, dont nous venons de rapporter les détails, présentent entre elles de frappantes analogies. Dans les trois, nous avons trouvé le myocarde extrêmement altéré, mou, flasque, jaunâtre. Les vaisseaux des membres gangrénés étaient le siége de lésions très-graves. Les artères et les veines renfermaient dans une grande partie de leur étendue un caillot noir, cruorique, humide, de formation récente, et qui était très-probablement l'effet et non la cause de la gangrène. Mais il existait, en outre, d'autres lésions vasculaires dont le développement était ancien et certainement antérieur à l'apparition des premiers symptômes de la gangrène. Dans le premier cas, un caillot ayant déjà subi complétement la transformation fibreuse oblitérait l'artère poplitée, et en certains points, les artères de la jambe.

Dans le second un caillot, formé par de la fibrine amorphe, obturait presque complétement l'artère poplitée. Ce caillot, situé au niveau de l'origine de la tibiale antérieure, empêchait l'entrée du sang dans cette artère qui était réduite à un volume extrêmement grêle; de plus, des ilots d'endartérite noueuse siégeant dans la tibiale postérieure et dans la péronière avaient, en plusieurs points, presque totalement oblitéré ces vaisseaux.

Enfin, dans le troisième cas, nous avons rencontré à gauche un caillot organisé, oblitérant la poplitée, et à droite des rétrécissements annulaires superposés, dans la poplitée et dans les artères de la jambe. — Toutes ces lésions, différentes par leur nature et peut-être aussi par les conditions anatomiques qui leur avaient donné naissance, avaient cependant pour effet commun de gêner la circulation dans les extrémités correspondantes et de diminuer la quantité de sang qui leur parvenait. Cela est évident pour les cas d'oblitération complète des artères. Le résultat devait être le même dans les cas où existaient des ilots superposés d'endartérite annulaire car dans des artères ainsi déformées, la circulation est nécessairement ralentie et languissante.

En effet, au niveau du premier ilot, l'artère rétrécie ne laisse passer à chaque systole cardiaque, qu'une partie du sang auquel elle devrait livrer passage si son calibre était conservé; donc la tension artérielle est abaissée. Le même phénomène se reproduisant au niveau de chaque obstacle, on comprend facilement combien l'endartérite noueuse doit gêner la circulation, et combien elle doit diminuer l'apport du sang dans les départements vasculaires dépendant de l'artère lésée. Or, cette diminution de l'apport du sang, dans les extrémités des membres, est précisément la condition pathogénique primordiale d'un groupe nombreux de gangrènes spontanées, doublement intéressantes au point de vue anatomique et au point de vue clinique.

Au point de vue anatomique, voici comment se passent les choses. Dans un premier temps, une des artères principales du membre qui sera plus tard frappé de gangrène, est oblitérée par un caillot cruorique ou fibrineux, ou elle devient le siége d'endartérite noueuse. Alors, les voies collatérales se développent et se chargent seules ou presque seules de fournir au membre le sang nécessaire à sa nutrition. Il s'établit ainsi entre l'apport du sang et les besoins de la nutrition une sorte d'équilibre qui suffit tant bien que mal, à la vie du membre. Mais le moindre accident peut troubler cet équilibre. Que, par exemple, la lésion qui a déjà atteint l'artère principale continue ses progrès, et qu'elle vienne à frapper les voies collatérales elles-mêmes, aussitôt, la circulation est complétement interrompue dans un département vasculaire et la gangrène se manifeste. Nous avons eu l'occasion d'observer ce processus d'oblitération successive des artères d'une partie du corps, dans un cas très-instructif, dont tout le monde saisira les rapports avec les cas de gangrène spontanée. Il s'agit d'une malade âgée de 74 ans, qui eut, en 1870, une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie du côté droit. Dans le courant de février 1874, ses membres du côté gauche furent à leur tour frappés de paralysie. La malade tomba en même temps dans le coma et mourut rapidement. A l'autopsie, on trouva la carotide interne du côté gauche, réduite à l'état d'un cordon dur et grêle, et sur des coupes microscopiques on reconnut qu'elle était complétement oblitérée par un caillot devenu fibreux. — Du côté opposé, la carotide primitive, à son origine, était le siége d'un rétrécissement annulaire produit par un ilot d'endartérite noueuse assez considérable pour oblitérer presque tout à fait le calibre de l'artère. Il y avait pourtant un petit pertuis qui était obturé sur les coupes par un caillot cruorique, non décoloré, et de date toute récente (1).

Quand l'abord du sang est très-diminué, il n'est même pas besoin que les voies collatérales deviennent imperméables pour que la gangrène éclate. Il suffit d'une modification en apparence légère dans les conditions de la circulation, et Virchow a signalé depuis déjà longtemps l'influence de la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres du cœur sur le développement de la gangrène sénile. Cet état du cœur existait chez nos trois malades et l'importance de son rôle ne saurait être contestée, quoique le fait primordial soit toujours la lésion vasculaire (1).

Au point de vue clinique, les cas dont nous nous occupons s'annoncent souvent par un ensemble de symptômes qui précédent de longtemps les premiers signes de la gangrène et peuvent en faire prévoir l'explosion. Quelquefois les malades éprouvent dans le membre menacé des fourmillements, des engourdissements, des crampes douloureuses. Ce membre est froid et dans certains cas on a observé des accidents analogues à ceux de la claudication intermittente. Ainsi dans une des observations du mémoire de Victor François (2) il est question d'un malade qui eut en 1826 une gangrène spontanée des orteils du côté gauche, et qui avait remarqué depuis l'année 1824 que *lorsqu'il faisait une marche forcée sa jambe gauche trainait et refusait le service.* Ce malade mourut et à son autopsie on trouva la poplitée remplie « par une substance charnue ou mieux spongieuse à mailles serrées qui obstruait le canal. » D'autres fois l'oblitération de l'artère principale du membre et les troubles circulatoires qui en sont la conséquence s'annoncent par une sorte d'ébauche de la gangrène. Le membre devient froid, bleuâtre, insensible; la gangrène est imminente : mais une circulation collatérale suffisante s'établit et les accidents se dissipent.

Jusqu'à présent tous les cas de gangrène spontanée préparés par des oblitérations artérielles dont nous avons eu connaissance étaient des cas de gangrene sèche. Il y a probablement là une relation de cause à effet.

(1) Le cerveau de cette malade a été présenté à la Société anatomique par mon collègue M. Pierret, dans la séance du 5 mars 1874. Son observation est consignée dans les Bulletins de la Société.

(2) Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que dans les cas où la gangrène sénile est préparée par des oblitérations artérielles anciennes, celles-ci peuvent siéger bien au-dessus des limites supérieures de la gangrène. Dans les cas de gangrène des orteils et du pied, les lésions artérielles ont pour siége habituel la poplitée; dans les cas de gangrène des doigts et de la main, c'est au niveau de la partie inférieure de l'humérale que se rencontrent ordinairement les oblitérations.

(3) *Essai sur les gangrènes spontanées*, par Victor François. Paris, 1832, page 11.

3° Pilules antigastralgiques (*H. Green*).

Extrait de belladone........................	50 centigr.
Sulfate de quinine........................	4 grammes.

F. s. a. 20 pilules.

Trois par jour, dans le traitement de la gastralgie. (Douze cents formules, etc.)

4° Pilules d'aconit (*Devergie*).

Extrait hydro-alcoolique d'aconit........................	50 centigr.
Conserves de roses........................	q. s.

F. s. a. 20 pilules.

Une à deux, matin et soir, contre les douleurs ostéocopes de la syphilis constitutionnelle. Prescrire en outre le traitement de la syphilis tertiaire. (*Id.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du système lymphatique: Opinion de M. Sappey.

M. Sappey, nos lecteurs le savent, vient de faire trois leçons sur l'appareil lymphatique. Ces leçons, comme l'a dit le professeur en terminant, étaient d'actualité, le sujet venant d'être traité par les candidats à l'agrégation en médecine.

Dans notre conviction, M. Sappey n'a pas compris ces derniers; son exposition en témoigne; il a attribué à l'École allemande une idée qui appartient essentiellement à l'École française, et qui renverse totalement la théorie édifiée de l'autre côté du Rhin; en second lieu, la partie principale de la doctrine de M. Sappey, relative à l'origine des vaisseaux lymphatiques, repose sur une erreur d'interprétation et peut-être de méthode, nous disons peut-être, car nous avons attendu vainement l'exposé de cette méthode; elle reste le secret du savant professeur; nous ne pouvons donc la juger en elle-même; nous ne pouvons l'apprécier que sur les résultats et sur les très beaux dessins exposés dans l'amphithéâtre de la Faculté, pour le besoin du cours.

Tout le monde connaît l'expérience fondamentale, qui est le point de départ de la théorie nouvelle; un lapin est disposé de telle façon que son diaphragme, recouvert du péritoine, est mis à nu; d'ailleurs la cavité thoracique est intacte, et la vie fonctionnelle est entretenue par la respiration artificielle. Le lapin étant placé la tête en bas, on dépose sur son diaphragme, une couche de quelques millimètres d'une solution de bleu de Prusse; on attend deux ou trois heures; il n'y a eu ni pression, ni force employées. Au bout de ce temps, le lapin est sacrifié; or, après lavage des pièces, voici ce que l'on constate: l'injection par le bleu de Prusse, des vaisseaux lymphatiques de la face pleurale du diaphragme et de ceux de la plèvre.

Comment s'est opérée cette injection; elle n'a pu évidemment se faire que parce qu'à la surface libre du péritoine abdominal, il y a un système de canaux le mettant en communication avec les lymphatiques de la plèvre: en effet, il n'y a eu, comme il a été dit plus haut, nulle force employée, la pression ne compte pas; elle est seulement représentée par le poids insignifiant de la couche de la solution de bleu de Prusse; ce n'est pas un phénomène de simple imbibition, car la coloration bleue serait alors distribuée au hasard, et il n'y a que les lymphatiques d'injectés; donc il y un système particulier mettant en communication les lymphatiques et la face libre du péritoine. Ce système quel est-il?

On examine avec attention, la disposition du péritoine, sa structure intime, et celle du diaphragme. L'imprégnation au nitrate d'argent montre un endothélium spécial, à grandes cellules, un peu irrégulières. — Sous cet endothélium le feutrage des fibres conjonctives, composé par des faisceaux dirigés longitudinalement; ces faisceaux laissent entre eux des fentes, sorte de puits parfaitement évidents, qu'on aperçoit aisément quand on a réussi à chasser l'endothélium. — Même disposition pour les tendons du centre aponévrotique du diaphragme.

Or, ces fentes sont disposées régulièrement; de plus, et c'est là l'opinion allemande, celle de Recklinghausen, elles sont bordées par les cellules de l'endothélium, qui les circonscriraient; Recklinghausen a vu, et depuis, tous les histologistes ont fait la même remarque, les cellules de l'endothélium dessinant une sorte de jeu de patience; ce fut là ce qui le conduisit à admettre que ces fentes arrivaient librement à la surface du péritoine. Par elles seulement, et cela est facile à comprendre, peut passer le bleu de Prusse; or, puisqu'il en résulte l'injection des lymphatiques, les fentes correspondent donc à ces vaisseaux; elles en sont l'origine.

L'idée allemande n'est pas autre; c'est celle donnée avec moins de détails par M. Sappey, qui se borne presque à dire: « Ces fentes, ces lymphatiques, s'ils existaient, je les aurais vus, et je ne les ai jamais rencontrés! »

Que M. Sappey veuille bien se donner la peine d'aller jusqu'au Collège de France, et il pourra se rendre compte, sur les préparations, de l'évidence de ces détails.

Mais, et ici intervient l'École française, la disposition exacte n'est pas celle-ci, et c'est cette disposition qu'ont eu en vue les candidats à l'agrégation; qu'ils ont indiquée tout au long dans leurs copies.

Pour M. Ranvier, les fentes ne sont que virtuelles; à leur surface, comme dans les autres points, il y a un revêtement endothélial continu; c'est la disposition en zigzag qui a induit en erreur Recklinghausen; seulement au niveau des fentes, on voit facilement un amas de granulations petites, pressées les unes contre les autres; ces granulations sont des granulations lymphatiques, et la solution de bleu de Prusse passe là par un phénomène d'osmose, et là seulement parce qu'il n'y a simplement que l'endothélium qui les sépare de la fente, origine des vaisseaux lymphatiques.

Les vaisseaux lymphatiques ont donc pour point de départ les espaces que circonscrivent les faisceaux du tissu conjonctif, espaces recouverts par les cellules endothéliales.

Et s'il en est ainsi, étant donnée la constitution histologique du tissu conjonctif, connue seulement par les travaux de M. Ranvier (car on sait aujourd'hui ce qu'il faut penser des fameuses cellules plasmatiques sur l'existence desquelles la pathologie cellulaire a été édifiée; elles ne sont que les surfaces de rapports de faisceaux sectionnés du tissu conjonctif, et colorés plus fortement par le carmin), il en résulte les données nouvelles suivantes, d'une extrême importance, par leur caractère de généralisation, en physiologie et en pathologie: 1° que les séreuses sont de vastes sacs lymphatiques; 2° que le tissu conjonctif est composé d'une série d'espaces lymphatiques. Et comme il existe dans tous les organes, autour de tous leurs éléments constituants, ces éléments sont partout entourés et baignés par la lymphe.

Ainsi, autour des tubes nerveux, dans la moelle, dans le tissu conjonctif du névrilème, existent des granulations lymphatiques faciles à mettre en évidence. Telle est l'idée française.

Examinons maintenant la doctrine de M. Sappey. « Je m'inscris en faux, dit-il, contre les idées qu'on défend aujourd'hui, et je viens soutenir devant vous: 1° qu'il n'y a point de vaisseaux lymphatiques dans le tissu conjonctif; 2° que ces vaisseaux forment un système particulier de lacs, capillicules, etc.; 3° qu'il y a communication des capillicules avec les capillaires sanguins. » Jamais personne, M. Sappey, n'a admis de vaisseaux lymphatiques dans le tissu conjonctif, dans le sens où vous l'entendez; que le lecteur veuille bien se reporter aux développements

donnés plus haut. Ceci montré, voyons le système des lacs lymphatiques, des capillicules, etc.

Nous ferons d'abord remarquer que Julius Arnold, dans les Archives de Virchow (mars1874), a soutenu les mêmes idées que M. Sappey, et dans le numéro de décembre, les planches données à l'appui des opinions de l'auteur, sont absolument les mêmes que celles de M. Sappey. Il est vrai que M. Sappey ne lit pas les auteurs allemands.

Nous ne parlerons pas des faits trouvés par M. Sappey chez les poissons membraneux, la raie par exemple ; la disposition des vaisseaux lymphatiques de la couche sous-muqueuse n'éclaire pas d'un jour nouveau l'origine de ces vaisseaux. Le savant professeur d'anatomie de l'Ecole de Paris a principalement étudié chez tous les animaux et chez l'homme, la distribution des lymphatiques dans les papilles, soit dans celle du derme, soit dans celles des muqueuses ; du reste, quelle que soit leur provenance, la disposition est la même.

Voici, d'après lui, ce que l'on aperçoit : il existerait çà et là, principalement à la périphérie de la papille, des espaces qu'il nomme lacs lymphatiques ; de ces lacs partiraient des canaux, extrêmement déliés, d'un calibre tel qu'ils ne peuvent transporter les globules blancs , ces canaux, il les nomme capillicules lymphatiques; les lacs et les capillicules contiendraient des granulations lymphatiques et rien que cela. L'ensemble des capillicules en se réunissant et en s'anastomosant dessinent des figures polygonales à 3, 4, 5 et 6 côtés, etc. Les capillicules lymphatiques donneraient naissance aux troncs lymphatiques, et ceux-ci aux vaisseaux lymphatiques ; dans cet ordre de vaisseaux seulement circulerait la lymphe complète, avec son plasma et ses globules.

Nous rappellerons, en premier lieu, à M. Sappey que toujours, quand on fait des injections, on obtient des figures semblables à celles de ses dessins, témoin les planches de Julius Arnold. (*Arch. de Virchov.* n^{os} de mars et décembre 1874). Ensuite, quoique nous ne connaissions pas la méthode employée par l'auteur, est-il bien sûr que ces fameux capillicules. ces épines détachées des vaisseaux lymphatiques, comme il le dit, et qui iraient aux lacs lymphatiques, ne soient pas simplement un artifice de préparation ; ils ressemblent bien, ces capillicules, et les figures polygonales qui résultent de leur union, aux anciens canaux plasmatiques, aux cellules plasmatiques, et nous savons bien aujourd'hui ce que cela est.

M. Sappey y a constaté des granulations lymphatiques ; il y a, par sa méthode, surpris, en la coagulant, la lymphe; mais ces capillicules, il faut les montrer ; un conduit est, existe, quand il a des parois, et quand la structure de ces parois est indiquée.

M. Sappey a dit, à propos de cela : « personne ne songe à nier l'existence du lymphatique central de la villosité ». Si vraiment, et M. Debove semble bien avoir prouvé que ce lymphatique n'existe pas avec les attributs qu'on lui a donnés jusqu'à présent.

Et puis, en supposant la réalité des faits avancés par M. Sappey, en quoi changerait-elle la valeur des faits et des interprétations donnés par Recklinghausen et Ranvier ?

Quel rapport y a-t-il entre l'une et l'autre démonstrations? aucun ; seulement, entre les deux, il y a cette différence que l'une repose sur des faits démontrés, et l'autre sur des preuves à fournir. Nous pourrions nous arrêter là ; nous avons prouvé, à l'évidence, que M. Sappey n'avait pas compris l'idée défendue de nos jours, et que son appréciation particulière reposait très-vraisemblablement sur une erreur d'interprétation. Mais M. Sappey a encore émis une autre grave proposition, à savoir que ses capillicules étaient en communication avec les capillaires sanguins.

Cette proposition est étayée des preuves suivantes :

1° Preuves physiologiques : Identité de composition du plasma sanguin et de la lymphe ; vitesse de circulation égale à celui du sang veineux. Les lymphatiques ont les mêmes rapports, traversent les mêmes parties, présentent une disposition semblable, se déversent dans le système veineux ; quoi d'étonnant que, composition chimique et mode de fonctionnement physiologique, soient à peu près identiques.

2° Preuves anatomo-pathologiques : M. Sappey aurait vu, dans la peau de deux scrotum, dans le derme de la peau du visage, à la suite de piqûres de tumeurs lymphatiques de l'aise, parce que le sang s'écoula, la communication entre les capillaires sanguins et les lymphathiques ; il aurait même aperçu, dans les lymphatiques des papilles de la main, malades à la suite d'un panaris, dans certains cas d'érysipèle, un développement exagéré des capillicules lymphatiques, et la cause de ce développement ; les globules blancs, grossis, tuméfiés, seraient cet agent, et sans nier absolument la théorie de Cohnheim, si bien démontrée chez nous par MM. Charcot, Vulpian, Hayem, il pense que les leucocytes sont répartis dans ses capillicules dilatés : Quelle quantité de capillicules il y a pour pouvoir contenir autant de leucocytes dans l'érysipèle, par exemple !

Partant de cette donnée, la communication des capillicules lymphatiques avec les capillaires sanguins, M. Sappey, qui a nié le rapport des séreuses avec les lymphatiques, et le tissu conjonctif, cherche à montrer que la fonction d'absorption est la moins importante des attributions des lymphatiques, et que leur rôle essentiel consiste dans la fonction hématopoiétique. Hypothèse vraie peut-être , mais non démontrée, et que dans tous les cas, le système de M. Sappey est le moins apte à prouver.

Le savant professeur n'a pas parlé des ganglions lymphatiques, ni du tissu réticulé ; à peine a-t-il touché à l'histoire des follicules clos ; il a cité la rate juste assez pour en nier les lymphatiques ; il ne veut pas même admettre les gaînes lymphatiques autour des capillaires cérébraux, parce qu'ils sont dans le tissu cellulaire, comment donc veut-il que nous comprenions les fonctions hématopoiétiques du système lymphatique? Nous avons le regret de croire que M. Sappey s'est mépris sur la valeur de ses injections. BOURNEVILLE.

Concours d'agrégation.

Les concours d'agrégation paraissent appelés à fournir une série d'incidents de nature variée ; nous appelions, dernièrement, l'attention sur l'intervention insolite du professeur d'anatomie changeant le sujet de son cours pour protester contre les doctrines, soi-disant allemandes des candidats. Les leçons de M. Sappey ont été terminées et publiées sans qu'il ait jugé à propos de donner le *secret* de son procédé, ainsi que nous le faisons remarquer plus haut.

Nous avons exprimé notre opinion à l'égard de cette intervention inopportune, et un récent article de l'*Union médicale* (nº du 5 janvier) nous confirme dans notre façon de penser :

Il est permis, d'après le rédacteur de ce journal, de supposer que, entre des compositions excellentes et dont la valeur intrinsèque est sensiblement égale, il sera tenu compte, pour le classement, de l'appropriation plus exacte à l'objet déterminé du concours, qu'ont su imprimer à leur composition quelques rares candidats, plus réfléchis ou mieux inspirés que leurs compétiteurs.

Rien ne nous paraît plus juste que de juger en toute liberté des épreuves d'un concours public; mais notre honorable confrère nous semble comprendre mal la donnée de la question. Le concours, dit-il, est ouvert pour l'obtention de places d'agrégés en médecine; partant de là, il estime qu'une question d'*anatomie* doit être envisagée surtout, au point de vue des applications pathologiques et cliniques. A notre avis, c'est une erreur; il s'agissait pour les candidats, et le texte en faisait foi, de traiter de l'Anatomie et de la Physiologie du système lymphatique, et non de telle ou de telle donnée clinique relative à ce sujet. L'Anatomie et la Physiologie devaient constituer le fond, la base de la copie, le reste devait n'en être que l'accessoire. Si vous voulez qu'il en soit autrement, ou posez la question en d'autres termes, ou supprimez complétement cette épreuve.

Nous ne chercherons pas en quoi, suivant l'*Union médicale*, M. Sappey a raison contre les doctrines exprimées par les candidats : « Tout le monde avait été frappé de la » réserve, pour ne rien dire de plus, des candidats à son » égard, par opposition à leur abondance à l'égard des re» cherches allemandes, — soit médiates, soit immédiates. » Ce tout le monde nous paraît, tout d'abord, singulièrement exagéré; pour écouter avec attention le professeur d'anatomie, cela ne signifie en rien qu'on soit en communauté de vues avec lui. La distinction peu habile et mal déguisée qu'établit notre confrère entre les recherches « médiates et immédiates » nous prouve qu'il y a moins de patriotisme dans le fond du débat qu'on n'a l'air d'en mettre. Nous l'avons déjà dit et nous le répétons, les candidats ont exposé l'état des découvertes récentes sur le système lymphatique, puisant à toutes les écoles, à toutes les nations; le nom et les doctrines de M. Ranvier ont été dans toutes les bouches, et ce n'est pas là de la science allemande. Quand M. Sappey voudra moins se renfermer dans les nuages de ses prétendues découvertes, quand il voudra faire comme tout vrai savant, comme M. Ranvier par exemple, exposer sa méthode, ses procédés, alors on pourra discuter et mettre en parallèle ce qu'il cherche à faire passer comme *unique* science française.

Le Concours d'agrégation pour la chirurgie menace de soulever, de son côté, des incidents d'un autre genre : le concours doit s'ouvrir le 18 mars 1875, et le jury est déjà officiellement connu; or, la liste d'inscription n'est pas encore fermée; c'est déjà une première irrégularité qui, si l'on s'en prenait à la lettre, permettrait de faire casser le concours.

De plus, il y a dérogation à la règle générale qui désignait comme juge titulaire, le premier agrégé de la promotion sortante; on a cru devoir éliminer ce juge pour placer le troisième de la promotion, en réservant la place de juge supplémentaire au premier. Le règlement n'est pas, nous le croyons, absolu sur cet article; il n'y a donc rien à dire en droit; mais les précédents, en général, ont toujours fait loi, et il est regrettable qu'on l'oublie en cette circonstance.

Cet oubli est aussi applicable, pour le même concours, à l'Académie de médecine, qui doit désigner un de ses membres pour la représenter au sein du jury. D'ordinaire, on avait soin de ne présenter qu'un membre, ancien agrégé; tous les concours précédents avaient été ainsi composés. Cette année, il en a été jugé autrement. Là encore, il n'y a pas de droit absolu, et l'Académie est libre de son choix. L'honneur qu'elle faisait aux membres du jury, aux candidats, de choisir un ancien représentant de l'école, aurait pu être, ce nous semble, maintenu. Les traditions s'en vont, disent certains de nos confrères; à qui s'en prendre, si ce n'est aux hommes qu'ils défendent depuis le Grand maître de l'Université jusqu'à M. l'Inspecteur général? L'heureuse inspiration qui a établi les concours généraux, blâmés par la presse médicale de la province et de Paris, cette inspiration a eu, sans doute, quelque retentissement dans les alentours; nous serions mal venus à critiquer d'aussi prospères résultats, d'autant plus que M. de Cumont, l'un des ministres de l'instruction publique le moins au courant de l'organisation scientifique que nous ayons eus, vient de disparaître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier (1). — PRÉSIDENCE DE MM. DEVERGIE ET GOSSELIN.

M. DEVERGIE avant de quitter le fauteuil présidentiel, fait, selon l'usage, le résumé des travaux de l'Académie pendant l'année 1874. Il invite les rapporteurs des différentes commissions nommées pour examiner les mémoires présentés, à hâter leurs travaux déjà très en retard. Il cite les noms des académiciens morts dans l'année et ceux des membres nouvellement élus.

Deux salves d'applaudissements éclatent lorsqu'il rappelle que l'Académie doit être fière de compter parmi ses membres actifs les plus illustres, M. Pasteur qui, par son caractère, ses travaux, son dévouement à la science et son désintéressement patriotique, a justement mérité le plus grand honneur qu'un pays puisse accorder à ceux qui le servent et l'honorent, une récompense nationale.

En terminant, M. Devergie remercie ses collègues de lui avoir rendu, par leur bienveillance et leur bonne volonté, la tâche facile. Il est heureux s'il a pu rendre quelques services et ne pas rester au-dessous du but. (*Applaudissements*). Il invite MM. Gosselin, président, et Chatin, vice-président, à occuper leurs fauteuils respectifs.

M. GOSSELIN remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait, il s'efforcera de s'en rendre digne. Puis, au nom de tous ses collègues, il adresse quelques paroles d'éloges à M. Devergie, pour l'assiduité qu'il a toujours déployée pour diriger les travaux et soutenir partout les intérêts moraux et matériels de la compagnie.

M. BUIGNET, au nom d'une commission, lit un rapport sur les *spécialités pharmaceutiques*. Par une lettre du 4 août dernier, le Ministre des finances avait demandé à l'Académie s'il n'y aurait pas lieu d'imposer les spécialités pharmaceutiques.

Le rapporteur conclut à l'affirmative; mais il établit une singulière division : ne sont pas considérées comme imposables les spécialités ayant pour but unique les progrès de la science ou de la thérapeutique; sont imposables les spéciali-

(1) Dans le nº 1, page 7, au lieu de 15 décembre, lisez : *22 décembre*.

tés ayant un but commercial et lucratif que la commission définit ainsi : 1° toutes les spécialités pharmaceutiques annoncées par les journaux, affiches, circulaires, ou tout autre moyen de publicité : 2° toutes substances qui, annoncées par les moyens de publicité sus-énoncés, sans désignation spéciale, renfermeraient cependant des propriétés pharmaceutiques ou médicamenteuses. — L'Académie adopte ces conclusions à l'unanimité. — Un examen approfondi sera fait de ce rapport dans un de nos prochains numéros.

M. Moutard-Martin lit un rapport sur le *traitement du bégaiement*, par M. Colombat. Au 1er octobre, 16 bègues furent présentés à la commission, au bout de 7 mois de traitement, avec une heure de leçon par jour, 13 furent reconnus radicalement guéris, 2 avaient encore un peu de difficulté, enfin un autre, mais qui avait été atteint de convulsions dans son enfance, parlait très-difficilement. En présence des résultats obtenus et bien que la méthode Colombat exige plus de temps (6 mois) que la méthode Chervin (20 jours) la commission pense qu'il y a lieu d'informer M. le Préfet de la Seine, qu'il serait bon d'accorder à M. Colombat, comme à M. Chervin, une subvention. L'Académie adopte.

A 5 heures, comité secret pour entendre le rapport de M. Gobley, trésorier, sur la situation financière de l'Académie. — Au commencement de la séance, M. le Secrétaire perpétuel a annoncé à l'Académie la mort de son bibliothécaire-adjoint, M. le Dr Lempereur. G. du B.

ACADÉMIE DES SCIENCES

La séance publique annuelle de l'Académie des Sciences a eu lieu le 28 décembre. Voici les récompenses décernées aux concurrents pour les sciences médicales.

Prix Montyon. Médecine et chirurgie. — *Année 1872* : A M. le docteur Luys, auteur d'une iconographie photographique des centres nerveux, un prix de 2,000 fr.; — A M. le docteur Magnan, Etude de l'action comparative de l'alcool et de l'essence d'absinthe sur le système nerveux de l'homme et des animaux, un prix de 2,000 fr.; — A M. le docteur Woillez, Clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, un prix de 2,000 fr.

Mentions, avec encouragement de 1,200 fr., à MM. les docteurs Mandl, Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx; — Fano, Traité d'ophthalmologie; — Legrand du Saulle, Du délire des persécutions.

Citations : MM. les docteurs Bonnafont, Traité des maladies de l'oreille et Mémoires sur la transmission des ondes sonores, etc.; — Lebou, Recherches sur la nature et la quantité des principes de la fumée du tabac absorbée par les fumeurs, et sur les effets qu'ils produisent ; — Liouville, Traité de la généralisation des anévyrsmes miliaires, etc.; — A. Guérard, Mémoire sur la gélatine; — Bourdillat, Des calculs de l'urèthre; — Gimbert, Mémoire sur l'eucalyptus; — Lisle, Clinique des maladies mentales; — C. Vaslin, Plaies par armes à feu; — E. Ritter. Des modifications des sécrétions sous l'influence de quelques agents qui modifient le globule sanguin.

Année 1873 : Prix de 2.000 fr. à M. Harting, d'Utrecht, Recherches de morphologie synthétique sur la production artificielle de quelques formations calcaires organiques; — A M. Jules Lefort (2,000 fr.), Traité de chimie hydrologique; — A M. J. Péan (2,000 fr.), De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie.

Mentions (1.200 fr. à M. le docteur Armand, Climatologie générale du globe; — A M. le docteur P. Bouland, Recherches anatomiques sur les courbures normales du rachis chez l'homme; — A M. le docteur Oré, de Bordeaux, Injections intra-veineuses de chloral.

Citations : MM. Bergeret et Mayençon, Recherches des métaux dans les tissus et dans les humeurs par la méthode électrolytique; — Louis et Ernest Brémond, Absorption cutanée; — Burdel, Le cancer considéré comme souche tuberculeuse; — G. Felizet (avec 500 fr.). Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne; — Hardy et Montméja, Clinique photographique des maladies de la peau; — Lefèvre, Hygiène et thérapeutique de la sudation provoquée par la vapeur d'eau, etc.; — Lunier, De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes. et du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide; — Ferd. Monoyer, Mémoire d'ophthalmologie; — Aug. Ollivier (avec 500 fr.), Pathologie puerpérale; — Polaillon et Carville, Effets toxiques de l'inée, poison des Pahouins; — P. Redard (avec 500 fr.), Thermométrie clinique.

Prix Bréant. — *Année 1872* : 3.000 fr. à MM. les docteurs Jean-Joseph Bouley (décédé) et Robbe; — 2,000 fr. à M. le docteur Netter. *Année 1873* : 2,500 fr. à M. le docteur Proust; — 2,500 fr. à M. le docteur A. Pellarin.

Prix Godard. *Année 1872* : M. Petitgrew, d'Edimbourg, Système musculaire de la vessie et de la prostate ; mécanisme de l'occlusion de l'urèthre et des uretères.

Prix Montyon. Physiologie expérimentale. — (764 fr.). M. Georges Pouchet, Changements de coloration de certains animaux sous l'influence du système nerveux. — *Mentions* à M. Perrier, Etudes sur les annélides de la famille des Lombriciens ; — M Sanson, Développement précoce des animaux domestiques.

Prix Lacaze. Physiologie (première année). — Prix de 10,000 fr. à M. Marey, et mention à M. Bert.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 octobre 1874. — Présidence de M. Charcot

25. Cystite chronique; Phlébite suppurée des plexus de Santorini; par M. Carpentier Méricourt, interne provisoire.

M. Carpentier Méricourt met sous les yeux de la Société la vessie d'un homme mort dans le service de M. B. Anger à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade, affecté d'une cystite chronique et d'une hypertrophie de la prostate, souffrait d'une rétention d'urine, mais n'avait jamais eu de fièvre ni d'hématurie. A la suite d'un cathétérisme pratiqué au moyen d'une sonde métallique, il saigna un peu et fut pris presque immédiatement après d'accidents de fièvre urineuse auxquels il succomba en quelques jours.

L'autopsie fit voir que la muqueuse vésicale était épaissie, fongueuse et tapissée de plaques ecchymotiques : mais la lésion la plus remarquable siégeait au niveau des plexus veineux vésico-prostatiques. Ils étaient complétement remplis de caillots et de pus : de nombreux abcès se voyaient sous la muqueuse vésicale. Le cathétérisme paraît n'avoir pas été étranger au développement de cette phlébite, bien que l'on n'ait pas trouvé trace de fausse route au niveau du col vésical.

26. Polype muqueux implanté à la partie postérieure des fosses nasales; par M. Reclus, aide d'anatomie.

M. Reclus montre un polype du nez enlevé le matin même par M. Trélat. Depuis longtemps, le jeune homme qui en était affecté souffrait d'un enchifrènement continuel, et d'un écoulement muco-purulent par les narines. Le polype n'était pas visible à la partie antérieure des fosses nasales, mais on pouvait en apercevoir l'extrémité inférieure qui pendait derrière le voile du palais, au côté gauche de la luette. Cette portion saillante, rouge, vascularisée, paraissait appartenir à un fibrome naso-pharyngien dont l'implantation devait se trouver sur la paroi postérieure du pharynx. C'est dans le but de l'extirper que M. Trélat introduisit l'anse d'un galvanocautère dans l'arrière-gorge. Le polype se détacha d'un bloc, et il fut facile de voir que c'était un polype muqueux, solitaire, développé sur les arrière-narines. Toute la partie cachée derrière le voile du palais était pâle, gélatiniforme et avait l'aspect ordinaire des polypes muqueux; seule, la partie saillante dans la cavité buccale était rouge et d'apparence charnue.

M. Pozzi. J'ai présenté en 1871 à la Société anatomique un polype analogue qui avait été extirpé par M. Richet. Il était également solitaire et d'aspect fibreux dans toutes les portions qui étaient exposées à l'air. L'examen microscopique montre dans ces points un développement notable d'éléments fibro-plastiques, disposés en série, ainsi que des vaisseaux de nouvelle formation entourés de traînées de leucocytes. Le reste de la tumeur présentait la structure du myxome pur.

M. Renaut. Je demanderai à M. Reclus si l'on a pratiqué l'examen histologique de ce polype. Il n'est pas douteux que ce ne soit un myxome, mais il y a deux espèces de myxomes, et le tissu muqueux dans les deux cas présente des réactions fort différentes : Les uns sont constitués par une matière amorphe, indifférente aux réactifs, et se colorant très difficilement; les autres, au contraire, par une substance fondamentale qui offre les réactions de la matière colloïde, et se colore par le carmin, le picro-carminate, l'indigo et l'hématoxyline. Or, dans les polypes muqueux du nez, cette dernière substance prédomine.

M. Pozzi. Ces deux modalités de la substance muqueuse sont-elles toujours distinctes, ou bien l'une n'est-elle qu'une modification de l'autre ?

M. Renaut. Je pense qu'elles sont toujours de nature diffé-

rente, et que la matière muqueuse, qui se colore aux réactifs, est un produit de la dégénération des éléments glandulaires qui subissent la transformation colloïde.

27. Séquestres osseux du conduit auditif; par M. CARTAZ.

M. CARTAZ montre un fragment osseux qu'il a eu l'occasion de retirer du conduit auditif d'un malade. Cet homme reçut pendant la guerre une balle qui lui traversa le maxillaire supérieur en lui brisant l'articulation temporo-maxillaire. Sauf des accidents oculaires graves, qui nécessitèrent l'énucléation du globe de l'œil, la plaie de la face avait assez rapidement guéri, et les mouvements de l'articulation de la mâchoire s'étaient rétablis. Mais il était toujours resté un écoulement purulent par l'oreille, accompagné de douleurs névralgiques opiniâtres. En inspectant le conduit auditif externe au moyen d'un stylet, on sentit un corps dur qui présentait une certaine mobilité. L'extraction en fut assez facile, mais au lieu d'un séquestre de la portion osseuse du conduit, comme on s'y attendait, on vit que le fragment d'os retiré correspondait au condyle presque tout entier de l'articulation temporo-maxillaire. Immédiatement après l'extirpation de ce séquestre, la suppuration et les douleurs névralgiques cessèrent.

28. Luxation du radius en dehors; par M. MARCHAND.

M. MARCHAND présente une pièce sur laquelle le mécanisme de la luxation du radius en dehors se voit très-manifestement. La tête radiale est déjetée en dehors de l'épicondyle : le ligament latéral externe est déchiré, le ligament annulaire est conservé, et le radius semble avoir passé au-dessous de lui, de sorte qu'au lieu d'entourer le col de cet os, il embrasse immédiatement la capsule radiale. Le cubitus n'a pas suivi le radius dans le mouvement de torsion qui l'a rejeté en dehors: il s'est brisé à son tiers supérieur, et le fragment inférieur forme un angle obtus avec le supérieur. L'avant-bras est du reste en pronation forcée, et en demi-flexion, ce qui prouve que le mécanisme de la luxation est une torsion violente de l'avant-bras en dedans, combinée avec une flexion incomplète.

29. Pathogénie de la gangrène; par PITRES.

M. HAYEM. Le mécanisme invoqué par M. Pitres ne répond pas à toutes les variétés de gangrène sénile. La plupart du temps je n'ai pas vu dans les cas de ce genre des traces d'endartérite chronique sur toutes les artères, surtout sur celles qui sont directement en contact avec la partie mortifiée. Il m'a semblé que bien souvent l'oblitération commençait par les petites artérioles périphériques pour gagner ensuite les gros troncs et pénétrer finalement dans l'aorte. Mais j'ai publié dans les Bulletins de la société en 1870 un exemple bien remarquable, dans lequel il y avait eu oblitération de petits vaisseaux ayant remonté jusque vers l'aorte, sans que la gangrène se fût produit dans les membres inférieurs. Ici au contraire, il suffit souvent d'un rétrécissement et d'une oblitération incomplète pour amener à distance la gangrène du membre.

M. RENAUT. Dans les thromboses qui se rencontrent chez les femmes en couche et les cancéreux, la coagulation n'est presque jamais ascendante : c'est toujours par le tronc veineux principal du membre qu'elle commence. Elle descend ensuite de proche en proche vers les petits vaisseaux. Il y a donc là un mécanisme très-différent.

M. CHARCOT. Il ressort des recherches de M. Pitres qu'il y a des points du système artériel qui sont le siége de prédilection des altérations de l'endartérite. Ces lésions restent longtemps latentes, ne donnant lieu qu'à des troubles peu accusés, jusqu'au jour où la gangrène se déclare. M. Benni, dans sa thèse, a recueilli un certain nombre de faits de ce genre. Mais il faut presque toujours une cause déterminante à la gangrène, soit le traumatisme, soit le diabète. Je soigne actuellement un diabétique qui présente à un haut degré le phénomène de la claudication intermittente : cet homme est incessamment sous la menace d'une gangrène sénile, et il est probable qu'il a quelque rétrécissement artériel vers la racine du membre inférieur. De même j'ai eu l'occasion de voir une femme qui avait longtemps présenté de l'asphyxie des extrémités, et qui succomba à un diabète avec accidents gangréneux. Les artères humérales montrèrent des plaques d'endartérite limitées des deux côtés au pli du coude.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 janvier 1875. — PRÉSIDENCE DE M. PERRIN.

M. PANAS lit un rapport au nom d'une commission chargée d'examiner 114 observations d'*iridectomie dans l'extraction de la cataracte* adressées à la Société par M. Desanneaux, (d'Angers). Ce chirurgien se moutre très-partisan de l'iridectomie ; il croit qu'elle met à l'abri des accidents inflammatoires plus qu'aucune autre méthode. Après quelques restrictions émises par le rapporteur, la Société vote des remerciements, à l'observateur, et le renvoi au comité de publication. — Le remarquable rapport de M. Panas sera inséré au compte-rendu.

M. VERNEUIL fait part à la Société d'un moyen hémostatique qui n'est certainement pas nouveau (1), mais qui mérite d'être pris en grande considération : c'est la constriction permanente de l'artère par une pince, et M. Verneuil propose d'appeler *forcipressure* ce mode opératoire. Il rappelle ensuite brièvement les cas dans lesquels il s'en est servi, par nécessité d'abord, et ensuite avec préméditation. Quelquefois il n'a voulu obtenir qu'une hémostase passagère, amputant une cuisse, et la compression de la fémorale étant mal faite, il saisit cette artère avec une de ces pinces à pansement à point d'arrêt, et put continuer l'opération. Le plus souvent il a laissé la pince à demeure jusqu'à ce qu'elle tombât d'elle-même, ce qui arrive généralement au cinquième jour. Cette manière de procéder lui a rendu les plus grands services dans des circonstances les plus embarrassantes. C'est ainsi que chez un malade à qui il enlevait un sequestre du sternum, une hémorrhagie formidable se déclara ; la mammaire interne était blessée. Impossible d'y porter une ligature, la compression avec la pulpe du doigt de l'extrémité coupée était impraticable, il saisit alors avec une pince, en se guidant avec le doigt, une certaine quantité de tissus, et en même temps les deux bouts de l'artère, il fixa la pince à demeure, l'hémorrhagie était complétement arrêtée. — Au bout de quarante-huit heures, la pince tomba sans avoir provoqué de douleur. L'orateur expose encore un certain nombre de cas où la forcipressure lui a été extrêmement utile; dans une prochaine séance il continuera cette étude.

M. DUBRUEIL lit un mémoire sur le pied-bot. I. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 4 décembre 1874 et du 4 janvier 1875

Composition du Bureau pour l'année 1875 : Président : M. Duvivier; — Vice-président : M. Siry; — Secrétaire général : M. Riant; — Secrétaire : M. Cousin; — Vice-secrétaire : M. Krishaber ; — Trésorier : M. Canuet.

REVUE CHIRURGICALE

I. De l'hypospadias périnéo-scrotal, et de son traitement, par le Dr S. DUPLAY. (*Archives de médecine*, mai et juin 1874).

II. Etude sur le mécanisme de la production des fractures en V hélicoïdales du tibia, par le Dr Ch. LERICHE.

III. Causes et symptômes des fractures du maxillaire supérieur, par le Dr LEHERIBEL, externe des hôpitaux.

IV. Sur le traitement d'une difformité congénitale de la lèvre supérieure, par MM. DOLBEAU et FÉLIZET. *Bulletin de thérapeutique*, du 30 novembre 1874).

V. Du frottement sous-scapulaire, ses causes et sa signification, par le Dr TERRILLON. (*Archives de médecine*, 1874).

VI. De l'opération de la hernie etranglée sans ouverture du sac, par le Dr COLSON. Ad. Delahaye, 1874.

I. Déjà on avait tenté de guérir par l'autoplastie chirurgicale, l'hypospadias périnéal, et on connaît deux procédés remarquables dus, l'un au Dr Bouissou (de Montpellier), et l'autre au Dr Matet, ayant pour but de refaire entièrement le canal

(1) Nous avons vu employer bien des fois, par M. Giraldès, ce moyen hémostatique qui se rapproche de la torsion des artères sur laquelle le *Progrès Médical* appelait récemment l'attention.

de l'urèthre, mais les tentatives de ces deux chirurgiens avaient malheureusement échoué.

Leurs méthodes consistaient à emprunter à la peau de l'abdomen et à la peau du scrotum, deux lambeaux qui s'appliquaient par leur surface cruentée l'un sur l'autre, tandis que des deux faces épidermiques, l'une formait la paroi muqueuse du canal, l'autre constituait sa paroi cutanée. Les lambeaux ainsi taillés, étaient trop vastes, et se sphacélèrent presque complétement.

Par sa méthode ingénieuse, M. Duplay est parvenu à guérir parfaitement un malade atteint de la variété d'hypospadias la plus redoutable, l'hypospadias périnéo-scrotale, dans lequel le canal de l'urèthre n'existe que dans sa portion prostatique, et, en partie, dans sa portion membraneuse, et s'ouvre sur la ligne médiane, à la limite de la *racine des bourses* et du périnée. C'est le premier cas de réussite complète que renferment les annales de la science.

Deux indications sont importantes à remplir, pour la guérison de cette infirmité :

1° Il faut délivrer la verge de ses attaches inférieures, faire disparaître son incurvation, de manière qu'elle puisse se relever vers l'abdomen, et, prendre, pendant l'érection, une direction qui permette le coït; 2° Il faut ensuite, la verge ayant acquis une longueur et une direction convenables, construire un nouveau canal, depuis l'ouverture anormale de l'urèthre, jusqu'à l'extrémité libre du gland.

On redresse la verge, en sectionnant une bride fibreuse, profonde et résistante, qui souvent fixe le gland au contact de l'ouverture périnéale. C'est à M. Bouisson qu'on doit de connaître très-bien le rôle de cette bride fibreuse, et le procédé à employer pour la sectionner et obtenir le redressement de la verge.

Les causes des succès de M. Duplay, résident en ce qu'au lieu d'essayer de créer un canal de l'urèthre, d'un seul coup, comme ses devanciers, il s'y prend en plusieurs temps. « Dans ma conviction, dit-il, la seule manière de faire disparaître ces conditions défavorables, et de rendre le succès pour ainsi dire certain, c'est de créer d'abord le nouveau canal à la face inférieure de la verge, en laissant subsister l'ouverture anormale de l'urèthre, de manière à soustraire le nouveau canal, durant sa confection, au contact de l'urine. Puis, lorsque ce canal se sera bien formé, qu'il ne présentera aucune tendance à la rétraction, que le sujet se trouvera, en un mot, dans les conditions à peu près analogues à celles d'un individu atteint de fistule urinaire scrotale, on pratiquera l'abouchement des deux portions de l'urèthre, par l'occlusion de la fistule scrotale. »

Tel est l'esprit de la méthode, voici maintenant les règles à suivre : 1° Dans un premier temps, on restaure le méat urinaire, en avivant les deux lèvres de l'échancrure du gland qui représente le meat, et en les suturant. M. Duplay fait ordinairement cette restauration. au moment de la section de la bride pénienne. 2° Dans un deuxième temps, on crée un nouveau canal à la face inférieure de la verge, depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture hypospadienne.

Pour cela, la verge étant maintenue relevée, on pratique à sa *face inférieure* et *parallèlement à la ligne médiane*, deux incisions longitudinales, coupées à leurs extrémités, par deux incisions transversales et circonscrivant deux lambeaux quadrilatères étendus depuis la base du gland. jusqu'à un demi centimètre de l'ouverture hypospadienne. Ces deux lambeaux n'en forment qu'un, en réalité, adhérant dans toute sa longueur et par son tiers moyen, à la face inférieure et à la partie médiane de la verge. On les renverse alors de chaque côté de la ligne médiane, de telle sorte que leur surface cutanée forme la paroi muqueuse du nouveau canal, et on les suture ensemble sur une sonde en gomme, qui maintiendra régulière la cavité du nouveau canal. Celui-ci, ainsi constitué présente une surface cutanée sur la sonde, et une surface cruentée à l'extérieur, on recouvre la surface cruentée, en détachant la peau des parties latérales de la verge, en dehors des premières incisions longitudinales; on la détache assez pour l'attirer jusque sur la ligne médiane, de manière à recouvrir complétement la surface cruentée du nouveau canal. On la suture alors sur la ligne médiane, et le canal est dès lors entièrement formé; 3° Dans un troisième temps, on abouche ensemble les deux parties du canal de l'urèthre, la nouvelle et l'ancienne, en fermant la fistule périnéo-scrotale

Tel est le procédé de M. Duplay. Dans son mémoire, il cite les observations de quatre malades guéris complétement par ce nouveau traitement. M. Théophile Anger a presqu'en même temps imaginé un procédé semblable, mais beaucoup plus difficile à exécuter. Il avait voulu créer d'un seul coup le canal dans toute sa longueur, et une gangrène scrotale était survenue. Cependant son malade a pu définitivement guérir.

Dernièrement, M. Tillaux, en tenant compte du principe opératoire de M. Duplay, et en combinant les deux méthodes, a pu obtenir un très-beau succès sur un malade de son service.

II. Dans ses *Leçons cliniques*, M. Gosselin exprimait le regret de n'avoir pu reproduire sur le cadavre les fractures en V du tibia, à cause de la résistance de cet os. M. Leriche, un élève distingué de M. Tillaux, a réussi à faire un grand nombre de fois ces fractures expérimentales, à l'aide d'un procédé très-ingénieux, qui est en même temps la démonstration évidente de leur mécanisme. Il fixe, d'une part, l'extrémité supérieure du tibia, sous le valet d'un établi de menuisier, enroule une corde à l'extrémité inférieure du même os, puis il glisse sous les circulaires de cette corde un long levier, qui lui donne une force considérable à l'aide de laquelle il lui devient facile de tordre le tibia. Il en résulte une fracture dont le fragment supérieur se termine par une pointe très-aiguë, tandis que l'inférieur présente l'aspect d'un V dont l'ouverture des branches est supérieure, et une fissure en hélice qui se dirige vers le plateau articulaire. C'est donc la reproduction très-exacte de la fracture classique. M. Leriche a voulu donner à ces expériences, la précision mathématique, et il accompagne ses recherches expérimentales, de données et de calculs mathématiques très-justes et faits par un homme compétent, M. Masson, capitaine d'artillerie. Il démontre par des calculs rigoureux que le poids d'un seul homme placé dans une attitude vicieuse, est capable de produire une fracture par torsion du tibia.

En résumant les causes capables de déterminer les fractures du corps du tibia, M. Leriche arrive aux conclusions suivantes : 1° La pression produit l'attrition du tiers supérieur de l'os, et non une fracture proprement dite ; 2° la flexion détermine une fracture, mais une fracture caractérisée par une direction générale perpendiculaire à l'axe et par des dentelures; 3° enfin par la torsion, on obtient une fracture absolument semblable aux fractures en V ou cunéennes.

Cette thèse n'est, du reste, qu'un chapitre détaché des recherches intéressantes de son maître, M. Tillaux, sur les fractures du membre inférieur.

III. Le mécanisme et les symptômes des fractures du maxillaire supérieur, sont encore entourées d'une certaine obscurité. C'est pour jeter quelque lumière sur ce point difficile de la science chirurgicale, que notre excellent ami le docteur Lehéribel, l'a choisi comme sujet de sa thèse inaugurale. Nous ne pouvons que résumer en quelques mots les vues originales que renferme ce travail.

Au point de vue des causes et du mécanisme, il existe deux variétés de fractures du maxillaire supérieur : les fractures par causes directes et les fractures par causes indirectes. Les fractures par causes directes, peuvent occuper une région spéciale du maxillaire supérieur (apophyse montante du maxillaire, plancher orbitaire, voûte palatine, couronne alvéolaire, etc., etc.) ou bien intéresser plusieurs points de l'os: fractures transversales, obliques ou verticales, broiements, écrasements du maxillaire supérieur. — Les fractures par causes indirectes sont dues à une cause agissant uniquement sur le maxillaire inférieur, celui-ci étant porté violemment contre le supérieur (coup de poing, coup de pied de cheval sur le menton, chûte d'une grande hauteur, l'individu restant suspendu sur le menton), ou à la fois sur le maxillaire inférieur et sur la voûte du crâne (individu tombant sur le menton, sur le rebord d'une trappe, le couvercle retombant sur sa tête)..

2° Au point de vue des symptômes, il convient de distinguer (A) les fractures se présentant avec les signes classiques (dé-

placement, mobilité des fragments, crépitation, etc.), (B) les fractures qui ne se reconnaissent pas aux signes classiques ordinaires : ce sont souvent des fissures, des disjonctions, des sutures osseuses, des diastasis. Pour arriver au diagnostic, il faut rechercher les points douloureux au niveau des sutures, les ecchymoses, enfin les troubles de l'innervation dans la région où se distribuent les rameaux nerveux qui peuvent être atteints. H. DURET.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT fera sa leçon du dimanche 10 janvier sur certains points de l'*hystérie*.

Hôtel-Dieu. — M. A. GUÉRIN : Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus le lundi de chaque semaine.

M. CUSCO : maladies des yeux, le jeudi à 9 heures.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève: 8, 9, insuffisance mitrale; 2 pleurésie gauche; 18, broncho-pneumonie; 23, asthme; 28, péritonite. — Salle Saint-Augustin (4 bis) : 2, cachexie paludéenne; 5, cystite, 11 bis, ictère, gastro-duodénite; 12, érysipèle, goutte; 14, sciatique; 15, cirrhose; 20, colique saturnine, hémiplégie; 22, rhumatisme articulaire aigu; 27; péricardite, pleurésie double.

Service de M. PANAS. Salle Saint-Ferdinand : 2, 20, panaris; 16, entorse du poignet; 25, arthrite sèche du genou. — Salle Saint-Honoré : 4, commotion cérébrale; 7, anus contre nature; 8, coxalgie hystérique; 27, bubon strumeux, 30, fracture compliquée de jambe; 33, hygroma chronique de la bourse séreuse olécrânienne, avec grains riziformes; 34, cancer de l'œil (opéré).

Hôpital de la Pitié. — Service de M. GOMBAULT. Salle Sainte-Eugénie (F.) : 7, chorée; 18, hémorrhagie pendant la grossesse; 22, kyste cancéreux de l'ovaire; 39, psoriasis, iritis rhumatismal; 45, ataxie. — Salle Saint-Benjamin (H.) : 6, polype du larynx, trachéotomie, 13, fièvre intermittente rebelle; 15, cirrhose.

Service de M. GALLARD. Salle du Rosaire (F.) : 13, rhumatisme avec érythème noueux; 1, ovarite; 35, corps fibreux, 36, polype utérin — Salle Saint-Athanase (H.) : 26, rétrécissement aortique, 7, carcinome de l'estomac.

Service de M. VERNEUIL. Salle Saint-Augustin (F.) : 1, coxalgie hystérique, 30, rétrécissement du rectum, syphilome; 31, sacro-coxalgie; 17, tumeur du creux et du corps thyroïde; 18, ostéomalacie. — Salle Saint-Louis: 3, épithéliome de la lèvre (opéré) ; 15, tumeur du testicule; 28, luxation de l'épaule, sous-coracoïdienne; 40, épithéliome du larynx; 55, carie du sternum.

Hôpital de la Charité. — M. TRÉLAT : leçons de clinique chirurgicale le mercredi.

M. BERNUTZ : Leçons cliniques sur les maladies des femmes, le vendredi à 9 h.

Hôpital Sainte-Eugénie. M. CADET DE GASSICOURT : Conférences cliniques le mercredi à 8 h. 1/2.

Enseignement médical libre.

Anatomie. — M. FORT, professeur libre d'anatomie à l'Ecole pratique, commencera une nouvelle série de leçons le 11 janvier 1875. Ces leçons, (deux par jour) dureront jusque vers la fin de mars. M. Fort disposera de dix-neuf places pour les cours d'anatomie et les dissections, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. — S'adresser pour les renseignements: 21, rue Jacob, tous les matins jusqu'à 10 heures et de 5 à 6 heures les mardis, jeudis et samedis.

3e *Examen de doctorat et 1er de fin d'année.* — M. le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, recommencera un cours préparatoire à ces examens le 15 janvier à 2 h. et demie, dans l'amphithéâtre du Dr Fort, 2, rue Antoine Dubois. Ce cours sera une récapitulation complète et substantielle des matières exigées aux examens. Deux leçons par jour, chacune de 1 h. 1/2. Physique et chimie à 2 heures 1/2. Histoire naturelle à 8 h. du soir. Ce cours durera un mois ; les élèves seront exercés à répondre aux interrogations. — On s'inscrit chez le Dr Lelorain de 4 à 6 h. du soir, ou le matin à 9 h. rue Bertin-Poirée, 9.

Cours public sur les maladies des yeux. — M. le Dr E. MEYER commencera, le lundi 11 janvier; à 1 heure, à sa clinique, rue de l'Ancienne-Comédie, 21, entrée cour du Commerce, 3, un *cours public de médecine opératoire* et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — MM. les élèves seront exercés aux opérations.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 2 janvier 1874, on a constaté 854 décès, savoir : variole, 2. — rougeole, 9; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 24; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 47; — pneumonie, 78; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 6; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 13; — croup, 18; — affections puerpérales, 14; — autres affections aiguës, 209, — affections chroniques, 393 dont 144 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 20; — causes accidentelles, 22.

MORTALITÉ A LYON. — Du 14 au 24 décembre : 286 décès, savoir ; variole, »; — scarlatine, »; — rougeole, 6; — érysipèle, », — fièvres continues, 9 (typhoïde, 7; muqueuse, »; catarrhale, 2) ; — maladies du cerveau, 46; — angine couenneuse, ». — croup, »; — bronchite aiguë, 7; — pneumonie, 25 ; — pleurésie, 1; — phthisie, 36; — catarrhe pulmonaire, 25; emphysème, 2; — maladies du cœur, 17; — diarrhée, 1; — dysseuterie, »; — choléra 0; — affections puerpérales, 6; — affections chirurgicales, 14; — affections cancéreuses, 22; — autres maladies iaguës, 26; — autres maladies chroniques, 33; — causes accidentelles, 2.

CONCOURS, EXTERNAT : MM. 1 Segond, Arnozan, Michaux, Gauché, Chaignot, Decaisne, Golay, Lebec, Poisson, Valude, Lebousey, Boursier, Mayor, Robin, Gary, Castex, Bruchet, Saint-Ange, Lecène, Jobard, Laurent (Nicolas). Aubouin, De Marignac, Simon (Olivier), Purrey, Rousseau, Juhel-Rénoy, Guinoiseau, Bar, Pineau.

31 Lacroix, Moreau, Josias, Labarrière, Labbé (Charles), Schwébiseh, Reuflet, Huter, Raulx, Huber, Gauchas, Lotil, Carafi, Cottin, Crouzet, Ferrand, Goix, Delavarenne, Galliard, Brun (André-Félix), Chevalier. Bazy, Oudin, Hannequin, Gauducheau, Clérault, Couturier, Halmagrand, Laurent (Auguste), Rœser.

61 Labbé (Louis-Donatien), Gautier (Arthur), Thomas, Cattel, Delafoulhouse, Parenteau, Fournier (Henri), Auver, Pioger, Vautier, Coulon, Laurand (Georges), Garcia, Viel, Daremberg, Langlebert, Jasiewicz, Sarazin, Boudet de Paris. Petit, Martin (Emile), Dubart, Walsdorff, Lataste. Moreau (Louis-Félix), Bernier. Lefebvre, Dauchez, Greffier, Amiaud.

91 Lepierre, Hermil. Béranger, Laforgue, Chardin, Brivois, Péan, Ménard, Foucault, Pannier. Etienne, Roulin, Weil, Mabit, Vinache, Dupérier. Bastard, Boussy, Grisey, Richard (Alfred), Jousset, Jozan, Ancelon, Butraille, Dujol, Süss, Pain, Liaudier, Capron, Foucher.

121 Baronel, Barbulie, de Bulot, Simon (Léon), Luizy, Inglese, Metton, Chipier, Sauvier, Veleau. Cotté, Despiau, Baron, Faisans, Bénard, Maillietard. Nouet, Culot, Huchard, Raymondand, Pellerin, Gaballa, Delapersonne, Durau, Regnault (Paul), De Langenhagen, Stackler, Guelhot, De Fourcault, Duchateau.

151 Lesage, Landry, Martel, Haranger, Merciel (Gabriel), Desert, Tackvorian, Abbadie, Tourné, Besnard, Leblanc, Queudot, Laforest, Duché, Brazier, Busquet, Hallet, Desmaroux, Feré, Bara, Bourlet, Doumergue, Fèvre (Emile), Lab ubéc, Boisseau, Bordenave, Boutan, Michelon, Hervieu, Lévy.

181 Turbaux, Lagrolet, Mesnard, Charlet, Pulhé, Dupont (Baptiste), Paskowski, Drassans, Huette, Corson, Regimbart, Bollet, Kelne, Froger, Ravollat. Espinosa, Schools, Aimonier-Davasse, Ceppi, Barcabé, Lenoel, Grangé, Credé, Dareuil, Coudray, Delpeuch, Fauconnier, Balesi, Chaumier, Touhin.

211 Soin, Labbé (Louis), Catuffe, Calmeau, Rohart, Gallois, Brouart. Combret, Henry-Destureaux, Mayolle, De Lassallerie, Olivier, Gauthier (Pierre), Mercier (François), Labadie, Avrard, Rœlingier, Molas, Brun (Adrien), Surgot, Poussié, Leclère.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. M. L. Vaillant, chargé du cours de zoologie, commencera ce cours le mardi 12 janvier, à 1 heure, dans les galeries de zoologie. Mardi. jeudi et samedi.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. Wurtz recommencera son cours de chimie médicale le samedi 9 janvier.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le Directeur de l'Administration de l'Assistance publique a reçu de M. Gillet, à titre de don annuel, 350 fr. pour les pauvres des 10e et 19e arrondissements ; — d'une personne qui désire garder l'anonyme, 2,000 fr. pour les pauvres du 20e arrondissement; — du Crédit foncier de France, 300 fr. pour les bureaux de bienfaisance; — de M. E. Moiana, 2,000 fr.: — de M. J. Reinach, 1,200 fr. pour les bureaux de bienfaisance; — de la Banque de Paris et des Pays-Bas, 2,000 fr. à répartir entre les bureaux de bienfaisance des 13e, 14e, 19e et 20e arrondissements

NÉCROLOGIE. — M. le Dr FOSSATI, célèbre phrénologiste, est mort à Paris, le 20 décembre, à l'âge de 89 ans. (*Union méd.*)

— Le *Scalpel* (de Liége) annonce la mort, à l'âge de 34 ans, de Michel GRANDRY, connu par plusieurs travaux intéressants sur l'histologie.

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — « Ces jours derniers dit la *Nouvelle Gazette de Zurich*, le département fédéral des postes a reçu la déclaration suivante : A Bale, un envoi d'eau de Lourdes avait été imposé du droit d'entrée appliqué à tous les objets qui passent pour des médicaments. Le réclamant estime que l'eau de Lourdes n'est pas un médicament, mais de l'eau pure toute simple, qui n'obtient sa vertu curative que par la consécration de la foi. Si des pensées, dit-il, échappent à la loi sur les péages, il doit en être de même de la vertu mystique et de la consécration de la foi (*France médicale*.)

VACANCE MÉDICALE. — Clientèle à céder à 18 lieues de Paris. S'adresser à M. Albert rue Dupin, 2, de 8 à 10 heures du soir.

Librairie O. DOIN, rue Antoine-Dubois, 2.

PIETRA SANTA (P. de). Traitement rationnel de la phthisie pulmonaire. In-8 de 448 pages.. 6 fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX.

Hopital Lariboisière. — M. ISAMBERT.

I[re] et II[e] leçons.

Objet du cours. — Image laryngienne. — Mode opératoire et instruments.

Leçons recueillies par MM. Affre et Moisard, internes du service.

Messieurs,

Nous sommes ici réunis pour étudier ensemble les *maladies du larynx*, ou, pour mieux dire, les maladies de l'organe vocal et des organes voisins, que l'on doit examiner au moyen du laryngoscope. Il existe, en effet, une telle connexion entre les premières voies respiratoires et digestives qu'il est impossible de séparer dans la pratique les maladies qui les affectent, comme on le ferait dans un traité de pathologie théorique. Aussi, à côté des affections du *larynx*, on est à tout moment obligé de décrire celle du *pharynx*, des *fosses nasales*, de la *trompe d'Eustache*, et de la *bouche* qui accompagnent ou compliquent les premières.

Ce cadre serait beaucoup trop vaste pour être rempli dans le peu de temps dont nous disposons. Aussi éliminerons-nous toutes celles de ces affections qui ont été bien étudiées depuis longtemps et pour lesquelles le laryngoscope a très-peu de chose à nous apprendre : Telles sont les *angines laryngées* et *pharyngées aiguës*, bien décrites partout. Tel est encore le *croup*, dont il existe de si excellentes descriptions depuis Bretonneau et Trousseau. Dans ces maladies, l'état douloureux des parties, et souvent l'âge des malades ne permettent de recourir au laryngoscope que dans des circonstances tout-à-fait exceptionnelles.

Nous préférons vous parler des types morbides dont le laryngoscope a renouvelé l'étude, surtout des maladies chroniques du larynx, sur lesquelles l'emploi de cet instrument a jeté un jour tout nouveau. Cependant les connaissances que nous avons sur ce sujet sont loin d'être complètes, la science est encore à faire : chaque jour apporte une pierre nouvelle à l'édifice de la pathologie laryngée ! Aussi, dans le cours des études que nous entreprenons, nous nous garderons de prendre le ton dogmatique et de poser des lois pathologiques absolues : les résultats que nous tâcherons de vous faire constater avec nous, nous ne les considérons que comme une contribution apportée à la connaissance de la pathologie laryngée. L'expérience et le temps pourront seuls consacrer les lois que nous chercherons à établir et combler les lacunes qui existent encore. Ainsi, les lésions du larynx dans les fièvres sont un sujet sur lequel nous avons encore à peu près tout à apprendre.

C'est donc, en résumé, un cours pratique de laryngoscopie que nous inaugurons.

Qu'est-ce d'abord que le laryngoscope ? C'est un spéculum, dans le sens étymologique du mot, c'est un miroir.

La première idée du laryngoscope appartient au chanteur Garcia qui se proposait d'étudier les modifications du larynx dans la phonation et le chant. Mais il se servait d'instruments imparfaits ; il employait le miroir des dentistes, et, comme moyen d'éclairage, la lumière diffuse. Les résultats physiologiques auxquels il arriva furent de peu de valeur. Czermak (de Pesth) et Türck (de Vienne), chacun de leur côté, modifièrent l'instrument de Garcia, et l'appliquèrent avec succès à l'étude de la pathologie laryngée. Une question de priorité s'est élevée entre ces deux savants, morts aujourd'hui. Nous ne chercherons pas à la résoudre ici. Reconnaissons les services qu'ils ont rendu tous les deux. Mackenzie cultiva avec éclat la laryngoscopie en Angleterre. En France, il fallut que Czermack vint lui-même à Paris nous l'enseigner. Malgré cela, le nouveau mode d'exploration eut à lutter contre l'indifférence et la routine; il est un âge dans la vie où l'on n'aime pas à retourner à l'école ; il est des positions scientifiques où l'on n'aime pas à avouer son inexpérience ; le nombre de ceux qui se mettent franchement à étudier une méthode nouvelle est restreint ; il est plus commode de lui opposer de superbes dédains. Aussi la laryngoscopie rencontra-t-elle chez nous peu d'appui dans les sphères officielles et fut-elle abandonnée aux spécialistes de la ville. Cependant M. Cusco, un des premiers, encouragea cette étude, d'abord à l'hôpital du Midi, puis ici même à l'hôpital Lariboisière.

Enfin, nous-même, en 1871, nous avons pu l'introduire dans les cliniques officielles de la Faculté, à la Charité, et dans les cours complémentaires des agrégés. C'est cet enseignement que nous voulons continuer ici; car, à la routine, on ne peut opposer que la persévérance.

L'emploi du miroir dans les maladies du larynx a modifié complétement les données que l'on avait de la pathologie laryngée. Un nouveau chapitre de pathologie a été créé. Aussi n'est-il pas plus permis de parler désormais des maladies du larynx sans faire usage du laryngoscope que de celles des yeux, sans l'ophthalmoscope, de celles de l'oreille sans l'otoscope, de celles de l'utérus sans le spéculum et même des maladies de poitrine sans parler du stéthoscope et du plessimètre.

C'est ce que l'on reconnait généralement aujourd'hui, au moins dans les jeunes générations médicales. D'une façon générale, tout le monde admet la nécessité de l'emploi du miroir en pathologie laryngée, et votre présence ici prouve que, dès qu'une occasion d'études est offerte, il se trouve un public pour en profiter.

D'un autre côté, il faut avouer qu'on a exagéré le côté chirurgical de la laryngoscopie. On fut frappé tout d'abord des résultats brillants qu'elle a donnés pour l'extraction des tumeurs et polypes du larynx qui réclamaient autrefois des opérations sanglantes. Le traitement des polypes devint une véritable spécialité. Or, Messieurs, ces polypes n'existent que dans une proportion assez faible, relativement aux autres maladies du larynx. A peine représentent-ils trois ou quatre pour cent des maladies observées.

Les opérations délicates nécessitées pour l'extraction de ces tumeurs, seront entièrement du domaine des personnes exercées et constitueront, en effet, une spécialité.

Mais il existe à côté de ces affections spéciales, une pathologie courante du larynx, que tout médecin doit aujourd'hui connaître. La laryngoscopie, en effet, est non-seulement indispensable pour les maladies laryngées, proprement dites, mais elle est souvent de la plus grande utilité pour le diagnostic de quelques maladies étrangères au larynx.

C'est ainsi qu'un grand nombre de malades sont atteints d'aphonies que l'on attribue à des inflammations chroniques du larynx, plus ou moins profondes. Ils sont traités infructueusement par les moyens les plus variés, gargarismes, pulvérisation, eaux minérales, vésicatoires, cautères même au-devant du cou, etc. On pratique l'examen laryngoscopique, et l'on reconnait, en l'absence de toute lésion matérielle des cordes vocales, que l'on a à faire soit à des névroses, (parésie hystérique), soit à des maladies extra-laryngées agissant indirectement sur le larynx, telles que

des anévrysmes de l'aorte, des adénopathies bronchiques avec compression des récurrents. Par le laryngoscope on pourra quelquefois soupçonner des tumeurs cérébrales produisant l'aphonie, en raison de leur siége au niveau des origines du pneumogastrique ou du spinal. Aussi, dès qu'un malade présente de l'aphonie ou du cornage, l'examen laryngoscopique devient nécessaire.

Dans des cas d'un autre ordre le laryngoscope fait reconnaître sur le larynx des traces de *syphilis* ancienne, qui donnent l'explication d'accidents dont la nature fût autrement restée douteuse.

Ce que nous disons de la syphilis est applicable à la *scrofule*, et le sera bientôt, nous l'espérons, à l'*herpétisme* et à l'*arthritisme*.

Le *cancer du larynx* (ce cancer est le plus souvent primitif) ne pourra être reconnu qu'au moyen du laryngoscope. Là encore le miroir, en nous révélant une lésion diathésique aussi grave, nous permet de porter à temps un pronostic dont l'évènement ne démontrera que trop la justesse.

Les exemples que je viens de vous donner font voir combien il est désirable que tout médecin sache se servir du laryngoscope. Il n'est pas moins nécessaire qu'il puisse porter directement des topiques sur le larynx. Nous verrons, en effet, plus tard, que la plupart des affections laryngées peuvent être très-avantageusement modifiées par un traitement topique régulier.

Il importe donc d'étudier avec soin la pathologie laryngée, au point de vue du diagnostic et du traitement; mais il faut le faire en appliquant toujours à cette pathologie spéciale, les idées d'une saine pathologie générale. C'est dans cet esprit que vous me verrez constamment procéder dans nos conférences pratiques.

Toutefois, avant d'aborder l'étude de la pathologie laryngée proprement dite, et pour nous mettre en état de commencer aujourd'hui même nos exercices pratiques, je dois vous dire quelques mots de l'*anatomie* du larynx et surtout de la formation des images laryngées. Vous connaissez tous la structure anatomique du larynx et il suffit, pour rafraîchir vos mémoires de recourir aux livres classiques. Nous rappellerons seulement, lorsque le besoin s'en fera sentir dans nos descriptions cliniques, les notions d'anatomie qui servent à éclairer les points particuliers de la pathologie. Quant à la physiologie laryngée, elle en est encore aux études théoriques ; tout ce que l'on a prétendu tirer du laryngoscope pour les théories de la voix et du chant me semble encore prématuré, et je compte n'en pas parler dans ces conférences ; la pathologie nous offre un champ suffisant.

Je ne vous parlerai donc de l'anatomie du larynx qu'au point de vue de l'image qui nous en est donnée par le miroir : je dirai comment se forme cette image, et je passerai brièvement en revue les différentes parties qui la constituent.

Disons d'abord que l'inspection de la bouche, telle qu'on peut la pratiquer en déprimant la langue avec un abaisse-langue ou en l'attirant au dehors avec une compresse, est très-bornée. On ne voit que l'entrée du pharynx, le voile du palais avec ses piliers et les amygdales. — Cet examen peut s'étendre un peu plus loin si l'on fait faire au malade de larges inspirations ; le chant facilite aussi cette exploration, et l'on aperçoit une portion plus ou moins étendue de la paroi postérieure du pharynx. Quant à la partie inférieure du pharynx et au larynx situé au-devant d'elle, quant à sa partie supérieure, arrière-cavité des fosses nasales et trompe d'Eustache, l'examen n'en est pas possible directement. C'est à peine si, sur quelques sujets, on peut apercevoir le sommet de l'épiglotte. L'emploi du miroir est indispensable. (*A suivre*).

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Le bureau de cette société se trouve composé, pour l'année 1875, de la manière suivante : Président, M. Gubler. — Vice-présidents, MM. Bourdon et Labat ; — Secrétaire-général M. Verjon ; — Secrétaires des séances, MM. Leudet et Danjoy ; — Trésorier-archiviste, M. F[illegible].

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Hospice des Enfants Assistés. — **M. PARROT**.

De l'athrepsie (1).

Ve leçon (*suite*) : — *Attitude, facies, cri.*

Leçons recueillies par **E. Troisier**, revues par le professeur.

Messieurs,

De l'attitude, je n'ai que peu de choses à vous dire ; vous vous rappelez ce qu'elle est, dans le cas où les parties molles périphériques ont subi l'endurcissement athrepsique. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, et que le mal est avancé, l'état des membres présente quelque chose de spécial ; les cuisses sont rapprochées du tronc, et les jambes fléchies sur elles ; les orteils sont fortement courbés vers la plante du pied, comme s'il existait une véritable contracture ; les membres supérieurs sont en général étendus, mais les poignets sont fléchis sur les avant-bras, et les doigts dans le creux de la main, en serrant le pouce. Il faut une certaine force pour vaincre cette flexion, et quand on a étendu les parties, on les voit revenir très-vite à la position dont on vient de les tirer. Ces manœuvres, d'ailleurs, ne provoquent que peu de douleur, et quelques enfants les subissent sans sortir de leur inertie.

Nous venons de voir que l'athrepsie confirmée, imprime sa marque sur le corps tout entier, mais c'est à la face que cette empreinte est surtout profonde et caractéristique. Toutes les particularités que je viens de vous signaler, nous allons les retrouver ici, mais avec des traits beaucoup plus prononcés.

La tête entière accuse le mal, dont les effets apparaissent tout autant sur le crâne qu'à la face. Son volume a notablement diminué comme le prouve l'état des pièces osseuses qui forment la voûte crânienne et des membranes qui les unissent. La fontanelle, qui à l'état de santé, fait une légère saillie, et résiste, bien qu'elle soit molle, subit une dépression graduelle. Ses bords deviennent très-apparents, et circonscrivent une véritable cavité, qui remplace la voussure normale, et dont la profondeur peut atteindre trois et même quatre millimètres. En même temps, ses diamètres diminuent très-notablement, et chez quelques malades elle s'amoindrit au point qu'on a de la peine à la reconnaître. Cela a lieu par le rapprochement des os qui la circonscrivent.

En vertu du même mécanisme, comme l'a observé le premier M. Bouchaud (2), les sutures deviennent immobiles par la disparition des espaces interosseux ; les os se rapprochent d'abord, puis chevauchent, de manière à former des saillies linéaires, toujours très-appréciables au toucher, mais que l'œil peut aussi constater dans beaucoup de cas, où le phénomène, très-accentué, est rendu plus apparent par l'amincissement du cuir chevelu et par sa tension sur la calotte osseuse. Nous reviendrons sur ce fait à propos de l'anatomie pathologique et nous verrons comment s'accomplit ce chevauchement.

Les globes oculaires s'enfoncent dans les orbites, et les paupières, par leur dépression, forment deux sillons profonds et bleuâtres. Les conjonctives sont rouges et arides, le lac lacrymal est à sec ; la cornée molle, terne, déprimée, et même ulcérée vers sa partie moyenne, dans les points qui ne sont pas protégés par les paupières ; quelquefois on observe une perforation complète. Lorsque les malades ne sont pas plongés dans le coma, les yeux s'ouvrent parfois démesurément, et leur regard a quelque chose d'étrange et d'inconnu.

La peau de la face prend une teinte bleuâtre, surtout comme je vous l'ai dit, au pourtour des yeux, des narines et de la bouche ; chez certains malades, elle devient plombée et terreuse,

Le front et les joues se couvrent de plis, comme chez

1. Voir les nos 43, 49, 51 et 52 du *Progrès Médical* (1874) ; nos 1 et 2 de 1875. — 2. *Loc. cit.*, p. 102.

les vieillards; ces rides permanentes et très-visibles à l'état de repos s'exagèrent par les mouvements du visage et les cris. Au front, elles sont horizontales, et sur les joues elles forment plusieurs arcs de cercles concentriques, qui, de chaque côté, s'étendent de l'aile du nez au menton, embrassant dans leur concavité l'ouverture buccale. A cela viennent se joindre un certain prognatisme, résultant de la saillie des maxillaires, et la rétraction des commissures labiales en dehors. Alors, l'orifice buccal paraît démesuré; la face prend un aspect de bestial, de hideux, et la physionomie a quelque chose de simien.

Parfois, l'amaigrissement est tel que le squelette apparaît avec ses saillies et ses cavités, comme si les parties molles avaient complétement disparu.

Lorsqu'il existe de l'endurcissement, il semble qu'un masque rigide soit appliqué sur la face, où l'on ne perçoit plus de mouvement. Les mâchoires, rapprochées l'une de l'autre, ne peuvent être écartées sans un grand effort, et si l'on vient à entr'ouvrir la bouche, elle se referme comme par un ressort. A ces conditions plastiques, ajoutez la souffrance et vous aurez tous les éléments du facies athrepsique. C'est une douleur générale et intime, c'est le besoin le plus impérieux, c'est la faim de tous les organes, de tous les tissus, qui parfois vient animer ces yeux ternes, et les rend farouches, qui agite ces traits immobiles, qui entrouve cette bouche serrée, qui agite ces membres, qui crispe ces poings, et les porte aux lèvres comme si elles en pouvaient tirer quelque chose, qui jette enfin le corps tout entier dans cette torture qui est le supplice d'Ugolin.

Cette agitation douloureuse est rarement permanente; elle se montre sous forme d'accès, plus courts à mesure que le mal progresse; que suivent des périodes de calme, puis enfin une immobilité complète; car les forces s'épuisent peu à peu et finissent par s'anéantir. Rien ne prouve mieux l'état de prostration où elles sont, que l'impuissance de l'enfant à garder le sein et à s'y nourrir. Sa bouche avide s'ouvre largement, cherche le mamelon, le saisit, s'y attache comme au secours suprême,et l'on croirait qu'il y va rester; mais cet effort l'a mis à bout: et de cette puissance instinctive, dont la nature l'avait doué pour la succion, il ne lui reste plus que le douloureux simulacre.

Au début de ces considérations sur l'attitude extérieure, je vous ai signalé le *cri* comme s'y rattachant; c'est de lui que je vais maintenant vous entretenir.

En naissant, l'enfant pousse un cri; c'est la manifestation la plus éclatante de sa vie nouvelle, l'acte par lequel il en prend possession. Du milieu où il était à l'abri des chocs et des besoins, il est jeté brusquement dans le monde extérieur, où l'air et toutes choses l'impressionnent péniblement et le troublent. Il souffre et marque sa peine en criant.

Le premier cri du nouveau-né est donc un témoignage de souffrance, mais d'une souffrance passagère. Désormais, tant qu'il n'aura pas la parole et le geste, par le cri, il indiquera ses besoins tout autant que sa douleur; car durant cette période de la vie, l'être humain ne jouit pas de manifestations plus expressives que les autres animaux, n'ayant encore à son service, ni les pleurs (1) ni le jeu de la face. Pour ce nouveau-né, comme pour ceux des autres espèces, il n'y a d'autre langage que le cri; c'est par lui, et seulement par lui, qu'il dit : j'ai faim, j'ai soif, j'ai froid, je souffre, et qu'il fait appel à l'assistance du père et de la mère. Plus tard, cela change; par une transformation qu'amène l'âge, le cri devient chez les animaux surtout, une modalité sexuelle; tandis que chez l'homme il est remplacé par la parole et le geste, et n'apparaît parmi les moyens d'expression que dans des cas exceptionnels, comme lorsque nous sommes surpris par la joie ou la douleur; et le cri qui nous est arraché de la sorte, témoigne qu'il reste toujours en nous quelque chose d'instinctif et de brutal.

Chez le nouveau-né, il peut arriver que le cri, quelle que soit sa cause, qu'il exprime un besoin ou une douleur, change d'intensité, de durée, d'acuité; qu'il éclate brusquement ou se reproduise par intermittences. Mais dans tous ces cas, il y a quelque chose qui ne change pas, c'est son timbre. On peut dire qu'il garde sa qualité et son type. Il pourra se faire qu'une oreille exercée et très-attentive, discerne des nuances dans ce son, et en tire des indications pratiques; mais cela est trop personnel et variable, pour être enseigné ou appris; et il n'y a aucune utilité à vous en entretenir davantage.

Dans les derniers temps de l'athrepsie, le cri, parfois soudain et brusque, frappe surtout par son acuité, sa violence et sa ténacité (1). Certains enfants, en proie à une agitation continuelle, ne cessent de crier, et l'on ne peut comprendre qu'ils résistent un temps aussi long à une fatigue aussi grande. Après une durée variable, le ton du cri baisse; il perd de son intensité et prend un caractère plaintif qui est d'un mauvais augure; enfin, lorsqu'arrive la phase dernière, on peut dire qu'il se transforme complétement. Ce cri est si saisissant, qu'il suffit de l'avoir entendu un fois, pour le reconnaître, entre toutes les autres manifestations du même ordre. Le décrire est à peu près impossible: c'est une plainte monotone, prolongée, déchirante; c'est le plus triste et le plus désolé des sons humains, exprimant l'état de désespoir où se trouve l'être qui le pousse. C'est le dernier appel de l'organisme en perdition. C'est le *cri de détresse*, comme je l'ai qualifié. L'on ne peut douter, qu'il ne soit l'expression d'une cruelle torture, à voir l'altération des traits qui l'accompagne, la physionomie désolée de ceux qui le font entendre. On sent bien qu'il ne s'agit pas d'une douleur localisée à l'estomac ou aux intestins. mais d'une souffrance

(1) L'absence de larmes chez le nouveau-né est un fait assez intéressant à noter, si l'on songe avec quelle facilité pleurent les enfants des autres âges, il a frappé la plupart des observateurs. Voici ce qu'en dit Billard (*Loc. cit.*, p. 50) : « Les enfants très-jeunes ne versent jamais de larmes pendant qu'ils crient, ou du moins n'en répandent que très-rarement..... La glande lacrymale est à cet age parfaitement développée: elle reçoit des artères et des nerfs et offre en apparence, toutes les conditions anatomiques des autres glandes. Cependant elle ne produit pas de larmes pendant les cris, et l'agitation que provoquent l'insomnie, le malaise et la douleur. C'est là un exemple remarquable de l'influence du système nerveux sur les fonctions de certains organes du corps humain. »

(1) On trouve dans les auteurs un certain nombre de renseignements sur le cri, mais, ils s'en occupent peu au point de vue qui est le nôtre. Voici d'ailleurs quelques citations qui permettront de juger où en est sur ce point l'observation.

Billard a traité la matière assez longuement (p. 47) et le côté physiologique semble l'avoir avant tout préoccupé; puis il s'est attaché à faire ressortir les modifications que subit le cri dans les affections des organes respiratoires; le seul passage de sa longue dissertation, qui puisse être rapporté à notre sujet, est le suivant (p. 54) :

« La douleur est souvent la cause des cris des nouveau-nés.

Le cri de la douleur est remarquable par sa force, sa fréquence, son opiniâtreté; par l'expression particulière de la physionomie, expression que l'on peut difficilement décrire, mais que l'on saisit assez bien, par l'état général de l'enfant, par la pâleur, le dépérissement. le dégoût et le refus du sein..... »

Valleix dit, en parlant des cris que poussent les enfants atteints de muguet (*Loc. cit.*, p. 400) : « Excepté la raucité, produite par la présence de la pseudo-membrane sur la langue, l'épiglotte, le voile du palais et ses piliers. le cri n'offre rien de remarquable dans cette maladie.

» Après avoir été fort et violent dans la période d'agitation, il se déprime comme tous les autres symptômes; ce qui a également lieu dans d'autres maladies, la pneumonie par exemple. » — Plus loin (p. 628), à propos de l'œdème des nouveau-nés, le même auteur dit : « que l'altération de la voix, consistant dans l'acuité du cri, se remarque chez les enfants qui présentent le phénomène morbide appelé *endurcissement du tissu adipeux* et qui n'ont pas la glotte œdématisée. »

Dans la deuxième partie de sa thèse, consacrée à *la mort par inanition*, M. Bouchaud dit (p. 106) : « Les cris deviennent ordinairement, à la période de l'excitation, tellement intenses et fréquents, qu'ils ne cessent ni jour ni nuit, et qu'il est impossible de les calmer, même avec le lait, si le lait est vomi; et s'ils se calment un instant, c'est pour recommencer bientôt. — Ils ont quelque chose de caractéristique et on les reconnaît très-bien, quand déjà on a entendu de pareilles lamentations. C'est une expiration forte et prolongée, accompagnée d'un accent de désespoir qui fait mal à entendre. Plus tard ce sont de petits cris plaintifs et faibles. »

étendue et profonde, de celle qui s'étend à tous les organes, à tous les tissus. — Frappées dans ce qu'elles ont de plus intime, la vie végétative épuisée, la nutrition aux abois, exhalent dans ce cri leurs dernières plaintes.

Nul autre cri ne lui est comparable, parmi ceux qu'en dehors de l'athrepsie arrache une douleur aiguë et profonde, passagère ou tenace.

De tous les signes de l'athrepsie confirmée, c'est le plus sûr, et tous les autres vinssent-ils à manquer, il suffirait à la faire reconnaitre. Il est infaillible. Il n'existe que dans cette maladie. Toutefois il n'y est pas constant, et elle peut parcourir toutes les périodes sans qu'il ait été perçu; mais dès qu'il s'est fait entendre, la limite de l'espérance est franchie sans retour; il n'y a plus d'appel; la vie est atteinte dans ce qu'elle a d'essentiel.

D'ailleurs, il ne persiste pas; et dans cet anéantissement de toutes les fonctions, lui aussi, il s'affaiblit et s'éteint plus ou moins longtemps avant la mort réelle.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur les ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur;

Par G. **MARCANO**, interne des hôpitaux.

On a l'habitude de diviser les ulcères des jambes en ceux qui tiennent à une cause locale, et ceux qui sont produits par une cause générale. Cette classification, malgré sa grande simplicité, présente de nombreux inconvénients.

En premier lieu, elle n'est pas exacte, car il n'est nullement démontré qu'une cause locale ou traumatique puisse produire à elle seule le travail ulcératif. D'un autre côté, la physiologie pathologique des ulcères n'étant pas assez connue, dans beaucoup de cas il est difficile d'attribuer à ceux-ci une étiologie certaine. Il est vrai qu'en clinique, on est porté à rattacher cette maladie si singulière, au point de vue pathogénique, au traumatisme, lorsque le malade y a été soumis, mais il n'en est pas moins vrai, que cette explication si satisfaisante en apparence, demande elle-même à être expliquée. Comment une cause aussi fugace peut-elle produire une des maladies les plus rebelles, ou si cela est possible, quel est le processus qui la détermine ? Pour cacher cette connaissance insuffisante des choses, on a créé le mot *ulcère simple* (Lassus), désignation que Boyer a définie en la remplaçant par celle de : ulcère entretenu par une cause locale.

La netteté apparente de cette classification a établi une confusion regrettable qu'il est urgent de faire disparaître. On s'étonne, en effet, de voir certains auteurs modernes décrire parmi les ulcères simples, ceux qui sont entretenus par une cause interne non diathésique. La confusion devient encore plus grande, quand on voit d'autres pathologistes élargir le cadre de l'ulcère simple jusqu'au point d'y faire entrer des états complétement étrangers au processus ulcératif, comme l'ont fait Boyer et Rust, le premier en y comprenant les solutions de continuité entretenues par un corps étranger, et le second, les plaies recouvertes de bourgeons charnus.

Après tout cela, il nous est difficile de considérer l'ulcère simple, autrement que comme une expression consacrée par l'usage, mais dont la rigueur scientifique est loin d'être établie, et pour ne point cacher le fond de notre pensée, nous avouons ne voir dans cette dénomination qu'un procédé commode pour exprimer que la cause de l'ulcère nous est complétement inconnue.

Ayant eu l'occasion d'observer, depuis quelque temps, un certain nombre de malades atteints d'ulcères des jambes, nous avons surtout cherché à en étudier l'étiologie. De cette étude, nous avons retiré la conviction que certains ulcères dits simples peuvent être rattachés à des causes éloignées de différentes natures, mais dont la plus fréquente est un trouble de la circulation.

Nous ne parlerons pas des ulcères entretenus par les lésions veineuses, dont le type est l'ulcère variqueux.

Les anciens décrivaient cette lésion comme un ulcère simple compliqué de varices. Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de tout cela, et quoique certains pathologistes disent encore que les varices peuvent être ou une cause ou une complication de l'ulcère, pour notre compte, nous ne leur avons vu jouer que le premier de ces deux rôles.

Quoiqu'il en soit, l'influence des troubles de la circulation veineuse dans la production des ulcères bien établie, on peut se demander si une altération de l'organe central de la circulation n'est pas capable de produire le même effet. C'est ce dernier fait que nous cherchons à établir,

Un premier cas, suivi d'autopsie, nous ayant montré qu'une affection du cœur pouvait tenir sous sa dépendance un ulcère de la jambe, notre attention fut éveillée sur ce point. Un second fait, avec une nouvelle autopsie, confirma quelque temps après cette importante étiologie, et enfin, de nouvelles observations sont venues nous montrer que ces faits présentent une certaine fréquence, et que peut-être ils deviendront plus communs à mesure qu'on les recherchera. Nous nous contentons de donner ici nos deux premières observations, comme étant les seules contrôlées par l'étude anatomo-pathologique.

Observation I. — *Ulcère de jambe*; — *Maladie du cœur*; — *Mort*; — *Autopsie*. — P... Charretier, âgé de 51 ans. entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 32 (service de M. Verneuil), le 22 juillet 1869. — Homme très-robuste ayant toujours joui d'une bonne santé. Il est atteint d'un vaste ulcère de la jambe droite. Cet ulcère, le premier que le malade ait eu, est tellement large, que le chirurgien qui le soignait avait proposé l'amputation de la jambe, proposition qui ne fut pas acceptée par le malade. L'ulcère présente les dimensions suivantes : 17 centimètres de droite à gauche; 9 cent. de haut en bas, et 15 de haut en bas dans le plus grand diamètre. Le début de la maladie remonte au mois de janvier 1869, et le malade l'attribue à un coup qu'il aurait reçu deux mois auparavant. Ce coup ne laissa aucune trace après lui, et rien n'indique qu'il ait déterminé l'apparition de l'ulcère. Pas de varices apparentes. L'ulcération, petite à son début, marcha très-rapidement, et en 7 mois, elle acquit le maximum d'étendue qui est celle que l'on constate à l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant ce temps, il avait continué son travail qui était très-pénible. Pas de syphilis, ni aucune diathèse antérieure. Repos absolu. L'ulcère est enveloppé d'un carré de baudruche, qui le recouvre complétement et on exerce par-dessus une légère compression au moyen d'une bande.

D'un autre côté, ce malade avait remarqué, quatre mois avant l'apparition de son ulcère, que ses pieds étaient enflés le soir, ce dont il s'apercevait, en ôtant ses chaussures. Sa respiration était en même temps très-courte, et souvent il était obligé de suspendre son travail pour reprendre haleine ; enfin, au mois de décembre 1868, il éprouva de fortes palpitations de cœur.

A son entrée à l'hôpital, le cœur présente un bruit de souffle à la pointe, dont le maximum est au premier temps. Le pouls est athéromateux. La jambe droite est œdématiée ; la gauche aussi, mais beaucoup moins. — L'ulcère occupe la partie inférieure de la face interne de la jambe, il a une forme rectangulaire, assez régulière, excepté à son côté interne, où il présente une languette qui remonte vers la partie supérieure du mollet. L'affection cardiaque ne présentant aucune indication à remplir, on n'institue contre elle aucun traitement.

L'ulcère diminuait à vue d'œil, et il bourgeonnait avec tant de force, qu'on fut obligé de le cautériser tous les jours. En un mois, il avait diminué d'un tiers. Pansement par occlusion. — Le 6 octobre, le malade se plaint d'une forte douleur dans l'aine. Il s'était développé une angioleucite de peu d'importance. Pansement à l'alcool.

9 octobre. — Oppression, dyspnée, insomnie. — A la percussion du poumon, on trouve de la submatité aux deux bases, et à l'auscultation, des râles sous-crépitants; pas de souffle. Voix normale, ainsi que les vibrations thoraciques. — Ipéca, 2 gr.

10 octobre. — Même état. — L'ulcère devient blafard et cesse de bourgeonner. — Extrait de belladone 0 gr.05 — 12. L'état

général est meilleur — Autour de l'ulcère, on constate une poussée d'eczema. Suppuration très-liquide et fétide. L'œdème augmente dans la jambe affectée.

13. — L'oppression est beaucoup plus considérable. Le malade est très-pâle et ses traits sont sensiblement altérés. Quintes de toux. Expectoration difficile. Le poumon présente les mêmes signes qu'auparavant, mais plus accentués. — Foie normal. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine. — Nuit tranquille.

14. — A 8 heures du matin, le malade a le délire ; il saute de son lit et se jette à terre ; quelques minutes après, il devint tranquille et on lui changeait sa chemise, quand tout d'un coup il tomba mort dans les bras de la religieuse, étonnée de cet accident inattendu.

Autopsie faite 27 heures après la mort. — *Jambe.* Œdème considérable. Ulcère blafard, à bourgeons charnus, pâles et flasques. 2 verres environ de liquide dans le péritoine ; sérosité citrine. — Liquide roussâtre dans le péricarde.

Cœur hypertrophié excentriquement ; son volume est double du volume normal. 2 plaques grisâtres de la grandeur d'une pièce de 5 francs sur le péricarde ; ce sont des fausses membranes très-adhérentes aux parois du cœur dont on ne peut les détacher. — Insuffisances mitrale et aortique. Endocardite valvulaire récente. — Fausses membranes pleurales anciennes ; entre les adhérences, on trouve des loges remplies par des pseudo-membranes récentes. Entre les feuillets interlobaires, on trouve de la sérosité citrine.

Les poumous, très-gros, portent l'empreinte des côtes. A la coupe, ils laissent suinter une sérosité roussâtre Ils sout très-congestiounés et présenteut par places des noyaux apoplectiques très-résistants à la presssion du doigt. Emphysème. — Les bronches sont remplies de mucosités.

Foie muscade ; — volume uormal. La *rate* est très-dure et ratatinée. A la surface, elle présente des taches grisâtres du diamètre d'une lentille.

Le volume des reins est normal. — Leurs parenchymes sont très-adhérents aux capsules; on ne peut enlever celles-ci qu'avec des morceaux de la substance rénale déchirée. — Ils sont très-injectés. — Leur surface est bosselée et ils présentent les lésions de la maladie de Bright au 3e degré. — Rien à uoter au cerveau.

Observation II. — *Ulcères de la jambe ; — Rétrécissement mitral.* — Dubuissou, 71 ans. Individu robuste et bieu portant. N'a jamais eu de maladie antérieure ui de diathèse. En avril 1842 il commença à éprouver dans les jambes de l'engourdissement, de l'œdème, et des douleurs beaucoup plus intenses du côté droit. Le malade se mit au lit, et malgré le repos, vingt jours après, la peau de la jambe était très-amincie, rouge et douloureuse ; ce qui ne tarda pas à se terminer par une ulcération. — Dubuisson n'avait pas reçu de coup.

Comme symptômes généraux il n'éprouvait à ce moment qu'un peu d'oppressiou lorsqu'il faisait un travail pénible, ou qu'il montait les escaliers. Son ulcère fut traité à l'hôpital Necker, au moyen de bains et de pansements par occlusion, et était guéri au bout d'un mois. Quelque temps après, le malade s'étant livré au travail, vit son ulcère recommencer, en même temps qu'uu ulcère nouveau se déclara à la jambe gauche. Cette fois, il entra à l'hôpital Saint-Louis où il fut soumis au même traitement que la première fois. — Nouvelle guérison. Les ulcères recommencèreut à deux reprises, jusqu'en 1866, époque à laquelle ils réapparurent pour ne plus disparaître.

Le 27 septembre, il entre à l'infirmerie des Ménages. (Service de M. Ch. Bernard). Les jambes sont très-œdématiées, et très-douloureuses. Le malade présente de l'anasarque. — 4 ulcères, deux à la jambe droite et deux à la gauche, dont le plus étendu siége à la face interne de la jambe gauche. — Bords très-irréguliers se confoudant insensiblement avec la peau ; aux alentours des plaies, il y a une hypertrophie papillaire très-prononcée et à différents degrés. Au milieu des surfaces ulcérées, on voit des îlots de peau saine se continuant avec la peau de la jambe par des ponts de la même nature. Etouffement considérable. Le malade n'accuse pas d'autre symptôme de maladie du cœur. — Celui-ci présente à l'auscultation des battements très-irréguliers. — Bruit de souffle double à la base et dont le maximum se fait entendre au premier temps.

Pouls mitral. — Pas de congestion hépatique, ni pulmonaire, ni rénale. Sommeil impossible. — En même temps les ulcères deviennent pâles, blafards, et laissent couler une sérosité sanieuse et fétide. — Le 4 octobre, l'étouffement augmente et le malade est pris de délire. Il meurt le 3.

Autopsie 39 heures après la mort. — *Jambe.* Muscles entièrement graisseux; ostéite du tibia et du péroné avec production d'ostéophytes qui relient les deux os entre eux.

Poitrine. — Emphysème pulmonaire. Dilatation des sinus aortiques. — Epaississement de la valvule mitrale, laquelle présente un rétrécissement. Cette lésion est ancienne. — Adhérences de la dure-mère aux os du crâne.

Ces deux observations, nous montrent le rapport qui peut exister entre les lésions du cœur et les ulcères des jambes.

Chez le premier malade, où l'on pourrait faire jouer un rôle étiologique au traumatisme que le malade prétend avoir éprouvé, on voit une liaison intime entre l'affection cardiaque et l'ulcère. Le traumatisme du reste, s'il a existé, n'a produit un ulcère que parce que la circulation était déjà atteinte. L'évolution du second ulcère est spontanée et nous semble être sous la dépendance directe de l'organe central de la circulation — Remarquons, en outre, que l'œdème chez nos deux malades a été le premier phénomène qui ait précédé l'ulcère.

Ces deux observations que nous pourrions accompagner d'autres (que nous omettous parce qu'elles ne constituent pas de preuves auatomo-pathologiques), nous ont conduit aux résultats suivants :

1° Les affections du cœur prédisposent aux ulcères des jambes ; elles peuvent aussi les produire.

2° Ces ulcères que l'on pourrait appeler cardiopathiques, présentent un certain degré de fréquence ;

3° Nous n'avons saisi aucun rapport entre l'ulcération et les symptômes éprouvés par le cœur. Les affections cardiaques ne semblent jouer leur rôle étiologique que par l'œdème permanent qu'elles déterminent dans les jambes, puisque nous avons toujours vu l'œdème précéder l'ulcère (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service sanitaire de Pauillac : M. Jaccoud et M. Fauvel.

Le *Progrès Médical* n'a point attendu le mémoire de M. Jaccoud, ni la discussion qui vient de s'élever au sein de l'Académie de médecine, pour signaler les déplorables abus que recèlent les services sanitaires.

Au mois de février dernier, à l'occasion d'un livre de M. Proust, qui était la glorification du système sanitaire français, nous laissions entrevoir combien il serait désirable que l'opinion publique s'emparât de cette matière et contraignît l'administration à entrer dans une voie de réformes, nécessitées par le mouvement scientifique moderne.

La plupart des règlements sont surannés ; ce sont des vestiges d'institutions anciennes, élevées à une époque où la connaissance des maladies contagieuses, de leurs causes de leur développement était fort obscure. Il y a donc, dans cette question de principes large matière à réforme. Mais que dire de l'application de ces réglements ? Il faut bien qu'elle soit des plus défectueuses puisque toutes les fois que des plaintes graves se produisent, elles sont puisées dans la réalité des faits et que presque toujours les justifications administratives sont empruntées à des institutions écrites. Le grand tort de ces services est d'avoir été conduit, pour sauvegarder quelques principes, à décréter des mesures souvent impossibles à appliquer. Cette impossibilité dans

(1) Communication faite à la *Société anatomique.*

l'application ne gêne point les gens de cabinet qui vont toujours soutenant avec tranquillité leurs théories, mais elle donne naissance dans la pratique à une foule d'absurdités et de contradictions qui prouvent que les déductions d'un bon principe peuvent mener fort loin. Sans doute le principe de la quarantaine est acceptable comme mesure préservatrice. Mais il faut bien savoir que l'application en est le plus souvent impossible ; elle n'a de valeur que pour les pays comme la Nouvelle-Calédonie qui, situés au milieu d'immenses étendues d'eau et accessibles seulement sur quelques points, peuvent, en effet, à un moment donné, interrompre avec le reste du monde toute communication. Quand ces circonstances naturelles n'existent pas, c'est en vain qu'on met des entraves à la liberté privée et à la liberté commerciale : le choléra s'insinue toujours par quelque point et, s'il est un fait certain, c'est que jamais nos services sanitaires n'ont garanti la France de ces épidémies qui font de temps à autre le tour de l'Europe. Du moment où les quarantaines n'ont plus une valeur absolue, elles perdent toute valeur relative, car en cette matière, tout ce qui n'est pas absolument utile est absolument nuisible et doit être supprimé. D'ailleurs nous serions bien malheureux si nous devions attendre notre salut des mesures sanitaires seules ; les relations entre les peuples sont devenues si fréquentes et si serrées qu'il faut appartenir encore au moyen âge pour tenter d'y mettre des barrières. Demandons plutôt au progrès de l'hygiène privée de nous préserver de ces fléaux qui déjouent tous les cordons sanitaires.

Je me propose, vu la longueur du sujet, de traiter à fond ces diverses questions ; de montrer dans quel sens les réformes doivent être appliquées à ces services et ce qu'on doit en retrancher. J'appuierai cette démonstration sur des faits et je signalerai les abus surprenants où peut conduire un principe poussé jusqu'à l'absurde. Une observation suivie des questions sanitaires, pendant trois années de navigation dans la Méditerranée, me permettra d'apporter dans ces matières une expérience que des inspecteurs ne sauraient posséder. Ceux-ci, n'étant point mêlés aux évènements, ne voient jamais les choses sous leur véritable jour ; ils n'ont jamais à souffrir la morgue ni l'omnipotence des employés inférieurs ; ils ne sauraient voir en mainte circonstance les réglements les plus précis céder à des influences particulières ; ils ne sauraient enfin éprouver ces sollicitations que la cupidité des agents subalternes fait naître.

Revenons à l'incident actuel. L'étincelle qui a mis le feu aux poudres est un fait aussi simple que possible, un de ces faits qui se passent journellement, depuis que les services sanitaires existent. Un paquebot des messageries maritimes, *La Gironde*, revient du Brésil avec patente brute et possédant à bord une petite épidémie typhique ; arrivé à Pauillac, l'intendant sanitaire de Bordeaux inflige aux passagers cinq jours de quarantaine et on les débarque en partie dans un lazaret inhabitable comme presque tous les lazarets. On ne savait pas, ou l'on avait oublié, car on ne saurait penser à tout, qu'il se trouvait à bord un agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, dont la plume indépendante et la haute position médicale pouvaient dire sans crainte la vérité. Le portrait qu'il a tracé est fidèle et quiconque a voyagé le reconnaîtra. Il ne suffit pas pour en infirmer l'exactitude de produire des certificats arrachés au milieu de la satisfaction du départ à des ministres plénipotentiaires qui, vu leur rang, sont choyés exceptionnellement. Ce qu'il faut considérer, c'est la quarantaine telle que la subit le commun des martyrs, le voyageur qui n'est ni ambassadeur ni journaliste, ni millionnaire ; celle-là M. Jaccoud l'a tracée en un tableau saisissant : lazaret sale, inhabitable, imprégné de la crasse des désinfections, insuffisant, sans séparations pour les divers quarantenaires ; table livrée à l'exploitation des restaurateurs, qui servent des repas règlementaires où le nombre des plats se trouve, il est vrai, mais où la quantité et la qualité sont calculées habilement pour rendre nécessaire le recours aux suppléments dispendieux ; des serviteurs qui considèrent le quarantenaire comme une proie : plats, obséquieux et serviables envers le passager opulent dont ils espèrent un fort pourboire ; parfaitement désagréables et irrévérencieux avec ceux qui ne leur donnent pas; habiles à vous faire comprendre qu'en y mettant le prix vous pouvez remplacer ce fumier de Job par un demi-confort qui vous semblera un Eldorado, mais qui vous laissent avec empressement sur ce fumier s'ils ont su pénétrer que vous n'avez ni crédit pour vous plaindre, ni argent à leur distribuer.

Ceux qui liront comparativement la description minutieuse que M. Jaccoud fait du lazaret de Pauillac et le règlement imprimé que M. Leroy de Méricourt est venu apporter triomphalement à la tribune, resteront convaincus qu'il y a bien, comme je le disais tout-à-l'heure, deux choses dans cette question, les règlements écrits sur le papier et la vérité. Il était tout naturel que ce tableau émût non-seulement l'Académie, mais encore l'opinion publique, car ce n'est pas la première fois que de pareilles plaintes se font entendre. Elle a donc nommé pour examiner cette question une commission composée de MM. Fauvel, Leroy de Méricourt et Tardieu. Le premier reproche qu'on peut adresser à cette commission est de n'avoir pas qualité pour formuler un jugement impartial. M. Fauvel est inspecteur général des services sanitaires, le lazaret de Pauillac appartient à son administration et son influence sur ses deux collègues n'est un mystère pour personne. Aussi le rapport de la commission commence par prendre fait et cause pour le lazaret de Pauillac au lieu d'examiner de sang-froid les griefs apportés par M. Jaccoud. Nous ne dirons rien de ce rapport, lu devant l'Académie par M. Leroy de Méricourt et qui est aussi confus que l'accusation est claire et explicite. L'un apporte des faits, l'autre réplique par des réglements ; or tout le monde connait les règlements sanitaires, et, comme le dit très-bien M. Jaccoud « ceux-là seuls peuvent bien juger les faits qui les ont vus de leurs yeux. »

Après la lecture de ce document, M. Chauffard a pris la parole et a fait observer avec beaucoup de justesse que M. Leroy de Méricourt n'avait fait que confirmer l'exactitude des attaques principales de M. Jaccoud. En effet, le rapporteur a cité une lettre de M. Berchon, directeur de la Santé de Bordeaux, lettre écrite avant le débat, dans laquelle ce directeur se plaint d'avoir à réclamer depuis longtemps des améliorations dont personne jusqu'ici n'a paru beaucoup se préoccuper, ce qu'indique clairement cette phrase : « malgré nos réclamations incessantes » et plus loin :

Les récriminations et les plaintes étaient incessantes, et je suis obligé de reconnaître qu'elles étaient fondées, car je ne pouvais qu'abriter sans li-

terie près de cent quaranteuaires ; plusieurs ont dû dormir sur le plancher des chambres ou sur de la paille hâtivement rassemblée.

Voilà le tableau que trace lui-même le directeur de la Santé de Bordeaux ; il est bon de s'en souvenir quand M. Fauvel attestera tout-à-l'heure que son administration sanitaire est excellente et que la France n'a sur ce point rien à envier aux autres pays. Ce passage de la lettre de M. Berchon, cité maladroitement par la commission, n'est-il pas la condamnation la plus directe de l'administration sanitaire centrale. M. Fauvel a cru se défendre suffisamment en répliquant avec aigreur à M. Jaccoud qu'en cette circonstance le sentiment patriotique lui a fait défaut. Mais le vrai patriotisme consiste surtout, personne ne l'ignore, à tenir haut les institutions de son pays.

D'ailleurs, pour apprécier la réplique de M. Fauvel, je me bornerai à mettre en regard deux passages de son discours :

A la conférence de Vienne, on agita la question de moralité des agents subalternes des services sanitaires. Un délégué allemand et le délégué d'Italie surtout prétendaient qu'on ne pouvait compter sur la surveillance de ces agents subalternes. Messieurs, leur dis-je, il est possible qu'il en soit ainsi dans vos pays, mais j'affirme qu'il n'en est pas de même en France. Chez nous, les agents subalternes sont d'honnêtes gens qui nous inspirent confiance et qu'on n'a jamais accusé de vénalité.

La quarantaine d'observation est fondée sur cette donnée de l'expérience qu'il n'y a pas lieu d'accorder, *en général*, la moindre confiance aux déclarations faites à l'arrivée sur l'état sanitaire du navire pendant la traversée. Les fausses déclarations à ce sujet ne sont que trop fréquentes de la part des capitaines et des médecins du bord. Ces derniers placés entre leur devoir et leur intérêt sont dans une fausse position.

Ainsi, à l'étranger, on n'agite que la question de moralité des agents subalternes, et en France, c'est M. Fauvel lui-même, l'inspecteur général des services sanitaires qui porte à la tribune de l'Académie une accusation générale contre la moralité des agents supérieurs, et rend publique la suspicion dans laquelle l'administration tient les capitaines et les médecins des paquebots. On jugera lequel des deux, de M. Jaccoud ou de M. Fauvel a le moins suivi les inspirations du patriotisme. Défendre avec chaleur les employés subalternes et incriminer aussi nettement les employés d'un ordre supérieur est une contradiction qui ne peut s'expliquer que par un de ces moments d'émotion qui mettent la prudence hors des gonds. Je ne sais de quel œil le corps médical envisagera une insulte aussi gratuite jetée à la face d'une partie de ses membres ; mais ce que je sais c'est que les médecins des paquebots sont choisis et nommés par l'inspecteur sanitaire. S'il y en a d'indignes, la responsabilité en retombe donc toute entière sur M. Fauvel; d'ailleurs une accusation de ce genre ne saurait être portée d'une manière aussi vague ; l'opinion médicale exigera de M. Fauvel des faits à l'appui d'une assertion aussi singulière.

Quoi ! les portefaix et les gardiens de lazarets mériteraient toute la confiance, et les capitaines des paquebots et les médecins sanitaires n'en mériteraient aucune! Voilà qui est étrange pour tous et surtout pour ceux qui, ayant fait quarantaine une fois dans leur vie, savent qu'en dépit des assertions de M. Fauvel, on tend la main dans les lazarets de France comme dans ceux des pays étrangers. Ce n'est pas une affirmation isolée qui pourrait détruire un fait dont tant de gens pourraient témoigner.

JOUSSET (DE BELLESME).

NÉCROLOGIE. — Le Dr PICARD, médecin à Glos-la-Ferrière, vient de mourir à l'âge de 46 ans. C'était un médecin instruit et dévoué et qui fut pour sa commune, au moment de l'invasion prussienne, un maire énergique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 janvier 1875 (1).—PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. VULPIAN. — Dans la précédente séance, M. Ranvier a rappelé les expériences de Panum sur l'arrêt du cœur par l'électrisation. Si je n'ai pas cité cet auteur dans ma communication, c'est que j'ignorais ses travaux sur ce point particulier. A l'instant même, M. Hénocque vient de me montrer dans un journal anglais, le *London medical Record*, une analyse d'expériences analogues aux miennes; les résultats obtenus sont à peu près les mêmes; mais le nom de M. Panum ne se trouve pas cité non plus. Je ferai une simple remarque, tout en regrettant de ne m'appuyer que sur une analyse et non pas sur le travail lui-même. En premier lieu, les auteurs ne semblent pas indiquer que l'arrêt se produit aussi bien lorsqu'un seul électrode est appliqué sur le cœur, l'autre électrode étant placé sur un point quelconque de l'organisme. En second lieu, ils ne spécifient pas que l'arrêt ne survient qu'à la suite de l'électrisation de la masse ventriculaire; rien de semblable, en effet, ne se manifeste lorsqu'on met l'électrode sur l'oreillette.

Je n'ai pas cité non plus les observations de M. Ranvier sur l'arrêt du cœur chez la grenouille. Je ne les avais plus présentes à la mémoire. Du reste, les phénomènes sont différents de ceux que l'on voit chez les mammifères.

Chez ceux-ci les courants continus et les courants interrompus provoquent une espèce de tremblotement, des contractions ataxiques, suivies bientôt de l'arrêt définitif; tandis que chez la grenouille, il y a d'abord arrêt, puis véritable contracture. Ce n'est plus une contraction clonique, c'est une contraction tonique qui survient. Puis le cœur se remet à battre ; mais le point sur lequel l'électrode était appliqué, reste contracturé longtemps encore après que le reste de la masse ventriculaire s'est remis à battre de nouveau.

M. BALBIANI. — Il y a déjà longtemps qu'on a cherché à déterminer les causes qui empêchaient le développement des spermatozoïdes dans le testicule. On sait qu'ils font défaut dans un certain nombre de cas; ils peuvent disparaître avec certaines parties des organes génitaux, et M. Laborde, je crois, a ici même rapporté l'observation d'un jeune homme dans le testicule duquel il ne fut pas trouvé de spermatozoïdes; or, cet homme s'était amputé de la verge dans un accès d'aliénation mentale. Les spermatozoïdes n'existent pas non plus lors de la migration imparfaite du testicule, quand cet organe reste dans la cavité abdominale. Godard et Follin l'ont démontré dans l'espèce humaine et Goubaux chez le cheval. Il ne faut pas oublier cependant que chez quelques mammifères, le testicule reste normalement dans la cavité abdominale et les spermatozoïdes ne sauraient faire défaut dans leurs tubes séminifères. Enfin, comme dernière cause d'absence des spermatozoïdes on a cité l'hybridité.

J'ai, après nombre d'auteurs, fait des recherches sur ce point, et j'ai constaté que si les spermatozoïdes n'existaient pas dans les testicules des mulets, du moins on y rencontrait quelques vestiges et comme l'ébauche de cet élément.

On croyait autrefois que les spermatozoïdes prenaient naissance dans les cellules des tubes séminifères. On voyait sur ce point apparaître une partie renflée, constituant la future tête, puis un mince filament enroulé pour le corps et la queue. Mais il n'en est pas ainsi. Le tube séminifère est constitué par une paroi de substance amorphe d'après les uns, formée par une intrication de larges cellules d'après les autres ; cette paroi est tapissée par des cellules de natures diverses ; c'est le réseau germinatif. Les éléments de ce réseau poussent des prolongements, des bourgeons désignés sous le nom de spermatoblastes. Dans les mailles de ce réseau se trouvent d'autres cellules plus volumineuses qui seraient pour M. Balbiani de véritables ovules. Voici comment naîtraient les spermatozoïdes : à la suite du contact des prolongements des spermatoblastes et des cellules ovulaires un travail surviendrait tel que les prolongements, les bourgeons proémineraient, s'allon-

(1) La communication de M. Tarchanoff que nous avons analysée dans notre dernier numéro a été faite en son nom et au nom de M. SWAEN.

geraient et donneraient en dernière analyse, naissance aux spermatozoïdes; quant aux éléments ovulaires, ils se segmenteraient, se dissoudraient et fourniraient le liquide albumineux du sperme.

M. Balbiani a examiné le testicule provenant d'un mulet de 18 mois. Dans les tubes séminifères, il a trouvé les deux éléments que nous venons de signaler; les spermatoblastes et les cellules ovulaires. Mais au lieu des bourgeons, des prolongements précurseurs des spermatozoïdes, il n'a trouvé que de petits éléments vésiculeux, piriformes, stade tout à fait primitif de l'élément fécondant. Il faut donc admettre que l'hybridité n'agit pas en faisant disparaître les spermatoblastes et les ovules, il y aurait simplement défaut d'action des uns sur les autres.

M. Goubaux. — J'ai aussi fait de longues recherches sur la reproduction chez les mulets et j'espère en publier un jour les résultats. Je n'ai jamais trouvé de spermatozoïdes dans leurs testicules ; — chez les mules, au contraire, les ovaires m'ont toujours paru normaux et contenaient des ovules semblables, du moins en apparence, à ceux de la jument.

M. Hayem présente un cochon d'Inde sur lequel il a fait une injection de liquide purulent pris dans une autopsie d'érysipèle. Le cochon d'Inde a été pris d'une sorte de cutite rappelant jusqu'à un certain point les caractères de l'érysipèle. Nous reviendrons sur cette communication qui doit être complétée dans une séance prochaine.

M. Ollier, présent à la séance, dit que malgré des expériences nombreuses, jamais il n'a pu, par des injections de substances provenant d'érysipèles, amener une inflammation cutanée semblable.

M. Moreau, en étudiant l'asphyxie chez les poissons, a reconnu que la vessie natatoire perdait de son oxygène; mais que ce gaz n'étant point remplacé par une égale quantité d'azote, le volume de la vessie diminuait notablement.

A propos de cette même communication, M. Moreau rappelle que si les poissons affaiblis et sur le point de mourir sont tournés le ventre vers la surface de l'eau, c'est que leur centre de gravité est plus près de l'arête dorsale; aussi pendant leur vie doivent-ils, pour conserver leur position habituelle, agiter leurs nageoires pectorales.

M. Bert a étendu le fait qu'il avait signalé à propos des caméléons. Il avait reconnu que, après la section, soit d'un nerf, soit de la moelle, toutes les parties de l'animal situées au-dessous de la section noircissaient et perdaient la faculté de changer de couleur. Or, ce phénomène, d'une manière infiniment moins nette, il faut le dire, s'observe après la section des nerfs chez le lézard. La couleur devient plus sombre et garde définitivement sa nuance nouvelle. Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier. — Présidence de M. Gosselin.

L'Académie nomme au scrutin une commission qui sera chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section des académiciens libres. Elle se compose de MM. Legouest, Roger, Sappey, Béhier, Gavarret, Pasteur. Le Roy de Méricourt.

M. Giraldès lit une note sur le traitement *de la périostite phlegmoneuse aiguë*. On sait que cette affection atteint surtout les jeunes enfants. Jusqu'à présent, le traitement généralement employé consistait à ouvrir largement l'abcès produit et à enlever la partie d'os nécrosée. Depuis 1865, M. Giraldès, d'après les chirurgiens anglais, ouvre l'abcès et enlève prématurément l'os en totalité ou en partie, au lieu d'attendre que le séquestre se soit formé et invaginé, puis il applique un appareil plâtré. Par cette méthode, M. Giraldès a toujours obtenu de bons résultats, il évite ainsi les longues suppurations et les cicatrices adhérentes. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette communication d'une grande importance pratique.

M. Colin communique le résultat des diverses expériences qu'il a faites pour prouver que l'*iode ne possédait pas les propriétés anti-virulentes*, ainsi que l'avaient affirmé plusieurs physiologistes, et parmi eux M. Davaine. M. Colin a injecté ou inoculé, à des lapins sains et vigoureux, du virus charbonneux, du pus septicémique et de l'iode en même temps, tous les animaux sont morts en présentant, selon les cas, les accidents septicémiques confirmés par l'autopsie. De plus, ils sont morts dans le même espace de temps que d'autres lapins de même taille et du même âge, auxquels on avait inoculé ou injecté du virus charbonneux ou du pus septicémique sans iode.

M. Woillez lit un rapport sur les *Épidémies* qui ont sévi en France pendant l'année 1873. Le rapporteur se plaint du mauvais vouloir que l'on rencontre chez certains maires. L'absence de documents officiels a souvent rendu la tâche de la commission difficile. Toutefois, on peut dire qu'il y a eu moins d'épidémies en 1873 qu'en 1872. La variole a continué à sévir, mais avec beaucoup moins de gravité; les départements les plus éprouvés ont été ceux du Morbihan et des Pyrénées-Orientales.

La rougeole, peu grave également, a été épidémique dans 15 départements, la coqueluche dans 14, surtout dans ceux de l'ouest, la diphthérie dans 7, surtout dans le Morbihan; la fièvre typhoïde, un peu partout. Une discussion s'engage ensuite à propos de la partie du rapport qui concerne l'épidémie qui a sévi sur la caserne de Courbevoie. M. Boudet demande que l'on recommande expressément aux conseils d'hygiène de province des mesures analogues à celles qui ont été adoptées par le Conseil municipal de Paris, en ce qui touche les eaux d'égoût et les divers résidus d'usines et de fabriques. Mieux vaut les répandre sur des terrains préalablement drainés que de les déverser directement dans les cours d'eau voisins. — M. Larrey propose d'adresser au Ministre de la Guerre un exemplaire du rapport de M. Woillez en appelant son attention sur le mauvais état de la caserne de Courbevoie. Après quelques remarques de MM. Depaul, Woillez, Larrey et Huzard, la séance est levée à 5 h. 1/4. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 octobre 1874. — Présidence de M. Charcot.

35. Hémorrhagie cérébrale localisée dans le noyau lenticulaire du corps strié, ayant déterminé une hémianesthésie du côté opposé; par M. Pierret, interne des hôpitaux.

La nommée Abel, âgée de 82 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 23 octobre 1873. — D'après les renseignements recueillis dans son dortoir, cette femme n'avait aucune infirmité, elle allait et venait dans les cours et ne se plaignait en somme que d'une faiblesse dans les membres inférieurs. Cet état s'explique aisément par l'âge avancé de la malade.

Le matin même du jour où elle fut atteinte, Abel faisait son lit comme d'ordinaire, quand tout-à-coup, sans prodrômes d'aucune sorte elle fut atteinte de paralysie complète dans le côté gauche du corps et de la face. Il n'y eut pas de perte de connaissance ni de mouvements convulsifs dans les parties atteintes.

Entrée à l'infirmerie, la malade se présentait dans l'état suivant : — Intelligence complète; un peu d'excitation; déviation de la tête et des yeux à droite ; pas de troubles pupillaires, mais léger nystagmus; toute la partie gauche de la face paralysée, à l'exception des muscles de l'œil et des paupières. — Paralysie également complète des membres supérieur et inférieur du côté gauche, sans rigidité. Mouvements réflexes un peu exagérés.

La sensibilité est abolie dans tous ses modes, à la jambe, au bras et à la face, mais les organes des sens paraissent intacts. La langue perçoit des saveurs, le voile du palais est excitable, ainsi que la narine gauche. — La vue et l'ouïe sont intactes, et la pupille réagit normalement, mais la conjonctive et la cornée sont insensibles. Pas de troubles vaso-moteurs apparents dans les membres paralysés.

Cœur, sain ; artères légèrement athéromateuses. A l'auscultation des poumons, on constate en arrière du côté gauche et à la partie supérieure du bord spinal de l'omoplate un souffle assez net. La percussion fait reconnaître à ce niveau une matité non douteuse. — Urines claires, ne contenant ni sucre

ni albumine. Pas de commencement d'eschare. T. R. 36°, 8.

23 *octobre, matin.* — Même état pour l'intelligence. La paralysie motrice persiste avec les mêmes caractères, il semble cependant que la malade produise dans le bras quelques faibles mouvements.

L'anesthésie persiste aussi, mais à un degré peut-être un peu moindre. Ainsi, lorsque l'on pince violemment la peau de certaines régions, la malade sent quelque chose, mais il lui est impossible de dire en quel lieu s'est faite l'excitation. Souvent même elle la rapporte soit à la base du cou, soit en un point symétrique du membre opposé. T. R. 37°, 8. — *Soir.* T. R. 38°, 4.

24 *octobre, matin.* — Intelligence saine, mais prostration sensible. Même état des membres et de la face. Râles muqueux dans toute la poitrine, sous-crépitants fins dans la fosse sus-épineuse gauche. T. R. 39°, 2. — *Soir.* Aggravation de tous les symptômes, mais conservation de l'intelligence. T. R. 39°, 6. — La nuit se passe sans accidents, et la malade meurt le matin, en pleine possession de son intelligence. T. R. au moment de la mort, 40°. — Une heure après, 39°, 8.

Autopsie. — *Cœur.* Petit, un peu mince, sans altérations valvulaires; la partie inférieure de la crosse de l'aorte est seulement un peu dilatée. L'aorte elle-même présente un faible degré d'athérome.

Poumons. Le poumon droit est sain. Le poumon gauche est induré à gauche et en arrière, et à la coupe présente un aspect marbré et lobulé, caractéristique de la pneumonie lobulaire. La plèvre est entièrement couverte de fausses membranes molles et qui se décollent facilement.

Foie, sain. *Vésicule biliaire,* oblitérée et renfermant un petit calcul. — *Reins* et vessie sans altérations. — *Estomac* contenant de petites ecchymoses.— *Crâne.* Pas d'ecchymoses sur l'apouévrose épicrânienne. Rien à la surface des hémisphères. L'hémisphère droit pèse 530 gr., soit 45 gr. de plus que l'hémisphère gauche. En faisant une coupe dans l'hémisphère droit, juste en arrière de la couche optique, on reconnaît qu'une hémorrhagie existe en dehors de la couche optique, et par conséquent dans la région occupée par les fibres sensitives de l'expansion pédonculaire. — D'autres coupes font voir que le foyer hémorrhagique présente le volume d'un œuf de pigeon et occupe tout le noyau intra-ventriculaire du corps strié ainsi que la capsule interne. — La capsule interne n'est altérée que dans la partie postérieure ; partout ailleurs elle est évidemment comprimée.—La couche optique est saine ainsi que le noyau caudé.

M. Charcot. Cette observation est un très-bel exemple d'hémorrhagie légère, localisée au noyau extra-ventriculaire du corps strié, et n'intéressant que les parties postérieures du centre opto-strié. La netteté des phénomènes cliniques, mise en regard de la localisation des lésions anatomiques, équivaut à une démonstration expérimentale. Je ferai remarquer également, avec M. Pierret, qu'un léger épanchement peut déterminer un abaissement considérable de la température, et que dans ce cas, le pronostic est toujours fort grave, même quand les symptômes généraux ne semblent pas très-accusés. Ainsi, chez cette femme, il n'y avait pas de coma ni de perte de connaissance, néanmoins l'abaissement du thermomètre fit considérer son état comme fort grave. Ce signe a autant de valeur que les eschares précoces du siége.

11. Tuberculisation généralisée chez un enfant de cinq mois. Méningite et lésions du cerveau: granulations tuberculeuses sur l'endocarde; par M. Letulle, externe des hôpitaux.

Henri B.., âgé de 5 mois 1/2, est admis à l'hôpital temporaire le 21 juin 1874, (service de M. Damaschino).

Sa mère, qui le nourrit depuis sa naissance, est atteinte d'une phthisie pulmonaire avancée: elle tousse depuis longtemps, a eu fréquemment des hémoptysies; en ce moment, elle rend une expectoration muco-purulente abondante, et l'on constate tous les signes d'une excavation au sommet droit, ainsi que des râles caverneux au sommet gauche. Son enfant a toujours été très-chétif depuis sa naissance.

Depuis quelques semaines toutefois, il a beaucoup maigri; et tousse. Enfin il y a quelques jours, elle a remarqué qu'il tenait constamment sa tête dans l'extension forcée, criant beaucoup quand elle voulait la redresser.

Etat actuel. — Enfant chétif, d'une maigreur extrême ; chapelet rachitique; abdomen volumineux; les extrémités articulaires sont un peu nouées. L'enfant tient la tête rejetée en arrière, mais on peut vaincre assez facilement cette position, et, en soutenant la tête dans la main, constater qu'il n'y a pas à proprement parler, de contracture des muscles de la région cervicale postérieure.— La tête est assez volumineuse ; la fontanelle antérieure est large et bombée, paraît soulevée par la substance cérébrale. — Pas de vomissements, ni de strabisme; aucune convulsion. — L'enfant tousse un peu; on entend quelques râles humides, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

23 *juin*; même état, pleure et crie toujours beaucoup. Aucun phénomène d'excitation.

25. Convulsions à plusieurs reprises, hier soir et dans la nuit. Ces accidents se répètent le lendemain. — 27. La contracture des muscles extenseurs de la tête est plus marquée que les jours précédents, pas de vomissement.

28 *juin.* Les yeux sont tournés constamment à droite; strabisme, qui apparaît sitôt qu'on attire l'attention de l'enfant à gauche, inégalité des pupilles, contracture très-marquée des muscles de la nuque. Contracture des extrémités, doigts dans la flexion; contracture des mucles fléchisseurs des pieds. — Mort le 29.

Autopsie le 30 juin. — *Cavité crânienne; méninges.* Semés de granulations tuberculeuses disséminées, surtout nombreuses à droite.

Congestion notable des méninges recouvrant l'hémisphère cérébral droit, plus intense toutefois vers la partie moyenne de cet hémisphère, aussi bien sur la face convexe, que dans la scissure interhémisphérique, où l'on trouve un noyau d'hémorrhagie sous-méningée de la largeur d'une pièce de 20 centimes. — Sur les différentes coupes, congestion notable de la couche corticale surtout du lobe occipital droit. Granulations méningées jusque dans la profondeur des sillons correspondant à l'intervalle des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre les ventricules latéraux une quantité considérable de liquide jaune citrin s'en échappe. A droite, au niveau de la couche optique, noyau de ramollissement et hémorrhagies capillaires, surtout au niveau de la portion intra-ventriculaire. Le trigone cérébral est ramolli, sans traces de suffusion sanguine. — Moelle et ses enveloppes, rien à noter.

Thorax. Poumons volumineux, indurations jaunâtres par places, surtout à droite. Emphysème; fonte purulente de nombreux alvéoles emphysémateux, qui donnent issue, lorsqu'on les ponctionne, à du pus jaunâtre et crêmeux. Au fond des excavations ainsi formées on aperçoit l'orifice de la bronchiole. Ce sont donc de petits abcès pulmonaires liés à de la bronchopneumonie. De plus, granulations tuberculeuses disséminées, plus ou moins volumineuses, surtout sous-pleurales. Sur différentes coupes, même aspect du parenchyme pulmonaire ; à droite, près du hile, deux excavations, pleines de pus, et de la dimension d'un noyau de cerise.

Cœur. Le *péricarde* contient un peu de liquide, mais on n'a pu trouver de granulations tuberculeuses. Sur l'endocarde qui tapisse le ventricule gauche, on trouve deux petites masses dures, d'un jaune verdâtre, siégeant l'une au niveau de la paroi interventriculaire, l'autre près du sommet d'un des piliers de la valvule mitrale. L'examen, ultérieurement pratiqué, de ces petits noyaux a fait reconnaître qu'ils étaient formés de matière caséeuse probablement tuberculeuse. — Les ganglions bronchiques et médiastinaux sont volumineux et caséeux.

Abdomen. Il existe un peu de liquide dans la cavité péritonéale. Le foie est volumineux, gras. Sur sa face convexe et le péritoine sons-diaphragmatique se voient d'innombrables granulations tuberculeuses.— La *rate,* volumineuse, contient plusieurs grosses masses jaunâtres caséeuses, assez dures à la coupe, occupant différents points du parenchyme splénique et faisant saillie sous le péritoine.

Reins. Granulations tuberculeuses disséminées dans l'épaisseur des deux reins, paraissant toutefois siéger de préférence

dans la substance corticale. Les ganglions mésentériques sont caséeux pour la plupart, encore peu volumineux.

M. PARROT croit qu'il ne s'agit pas de lésions de broncho-pneumonie, mais de tubercules suppurés.

M. DAMASCHINO persiste à considérer les vacuoles comme des lésions pneumoniques. On trouve en effet dans des points voisins tous les intermédiaires, depuis les noyaux d'hépatisation lobulaire jusqu'aux granulations et aux vacuoles suppurées.

12. Tumeur de la couche optique du corps strié et du pied de la couronne rayonnante sans anesthésie; par le Dr CHOUPPE.

X... âgé de 55 ans, concierge, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. BOURDON) salle Saint-Louis, lit 20, le 15 juillet 1873. Au moment de son entrée à l'hôpital il est dans un état à demi comateux. Les renseignements que l'on nous fournit sur ses antécédents sont les suivants. C'est un homme rangé ne faisant d'ordinaire aucun excès. Pendant le mois de juin dernier, il fut sujet à des crises constantes de céphalalgie, crises du reste peu douloureuses et accompagnées de légers troubles de la digestion. Jusque-là il avait toujours joui d'une excellente santé et, d'après les renseignements, il n'aurait jamais eu de maladie vénérienne du moins depuis 20 ans. A la suite de son indisposition le malade fut envoyé à la campagne. Il y était depuis trois semaines environ, lorsque après avoir été exposé au soleil il fut pris d'une céphalalgie très-vive avec un peu de fièvre ; il revint alors à Paris où le médecin qui le vit crut avoir affaire à un cas d'insolation.

Sous cette influence le malade était triste et abattu quand tout à coup, dans la nuit du 13 au 14 juillet, il fut pris d'une sorte d'accès de délire furieux avec cris, vociférations et menaces aux personnes qui l'entourent. Cet état dura 5 ou 6 heures.

A son entrée à l'hôpital le malade est dans un état demi-comateux, il reste couché sur le dos, il répond mal aux questions qu'on lui pose. Le malade fume la pipe, cependant il est facile de constater qu'il n'y a pas d'hémiplégie et la seule trace de paralysie que l'on puisse constater, est un peu d'affaiblissement des muscles de la face à gauche.

Le lendemain le malade est dans l'état suivant : Le coma est à peu près le même qu'hier, ce n'est que difficilement que l'on parvient à exciter le malade. Cependant quand l'on arrive à éveiller à demi le malade, l'on constate que l'intelligence est assez nette ; il répond bien, un peu lentement il est vrai, aux questions, quelque compliquées qu'elles soient, et confirme les renseignements qui nous ont été donnés précédemment.

Il se plaint d'une céphalalgie assez vive, mais qu'il ne rapporte pas à un point précis, elle semble cependant d'une manière générale être occipito-frontale. A la face l'on constate les phénomènes suivants : Il existe une paralysie incomplète du nerf de la 7e paire du côté gauche. Les rides du front sont effacées, la commissure labiale, abaissée, celle de droite un peu relevée surtout quand le malade parle. Le buccinato-labial semble bien peu touché puisque le malade peut gonfler ses joues et retenir l'air. L'orbiculaire des paupières du côté gauche est lui-même un peu affaibli quoique très peu paralysé. Il y a également un peu de chute de la paupière supérieure de ce côté, sans aucun autre signe de paralysie du moteur oculaire commun.

Le membre supérieur gauche est moins libre que celui de droite, les mouvements qu'il exécute sont plus lents. — Aucun trouble du côté des sphincters ; le malade a eu depuis hier plusieurs vomissements bilieux sans nausées. Pas de convulsions.

20 juillet. L'état s'est maintenu à peu près le même, cependant de nouveaux symptômes se sont accusés. Il existe en effet maintenant une hémiplégie gauche. Cette hémiplégie est incomplète, mais beaucoup plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur.

20 juillet. L'hémiplégie a présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui coïncident avec un état de somnolence plus ou moins accusé. Ainsi, par exemple, un jour le malade semble comprendre ce qu'on lui dit, il répond aux questions en même temps la paralysie semble diminuer, le malade peut soulever ses membres un peu au-dessus du plan du lit ; puis le lendemain les symptômes sont devenus plus graves et l'on se trouve en présence d'une hémiplégie complète avec perte de connaissance.

Un autre point sur lequel il est bon d'insister, c'est que à plusieurs reprises depuis son entrée à l'hôpital, le malade a eu des accès de délire la nuit, délire assez violent pour nécessiter que l'on s'opposât par la force à ce qu'il quittât son lit. Aujourd'hui on remarque un peu de carphologie du membre supérieur droit, et un léger degré de contracture des membres paralysés. Le malade n'a pas eu de nouveau de vomissements et jamais de convulsions.

Cet état persiste avec les mêmes alternatives jusqu'au 15 août jour de la mort du malade. Dans les derniers jours il y a eu une déviation conjuguée des yeux à droite avec rotation de la tête du même côté.

Sensibilité. — Un point sur lequel je veux particulièrement insister c'est la conservation absolue et intacte de la sensibilité dans tous ses modes. Ce point a une importance très-grande. En effet les lésions comme nous le verrons tout à l'heure occupent le siége que l'on est convenu d'assigner aux altérations qui produisent l'hémi-anesthésie, et de plus ce malade nous a servi à plusieurs reprises de type pour montrer aux élèves que la sensibilité est conservée dans les paralysies de cause cérébrale. Il n'y avait aucune trace de diminution de la sensibilité. Quand le malade était éveillé il indiquait avec précision les points exacts où on le touchait — Les sens étaient indemnes, la sensibilité à la température et à la douleur parfaitement conservée.

AUTOPSIE. L'hémisphère gauche, le cervelet, l'isthme sont parfaitement sains. A droite les circonvolutions sont saines. Nerfs crâniens sains, artères saines. — Différentes coupes, entre autres la coupe mamillaire, permettent de constater les lésions suivantes dans les parties profondes de l'hémisphère droit. — Il existe une *tumeur* du volume d'un œuf de pigeon ayant détruit 1° Toute la partie antérieure de la couche optique; 2° la plus grande partie du noyau intra-ventriculaire du corps strié ; 3° la partie inférieure de la couronne rayonnante.

Cette tumeur ne pénètre pas dans la cavité des ventricules, Elle est intimement unie au tissu cérébral et enkystée en aucun point. Sur une coupe elle est d'un aspect gris-jaunâtre et présente dans son intérieur plusieurs foyers hémorrhagiques.

Au *microscope* c'est une tumeur composée de cellules la plupart rondes et petites, égales et unies dans certains points par des traînées de cellules fusiformes. Quelques vaisseaux pénètrent profondément dans la tumeur. Pas de trame conjonctive à proprement parler.— Tous les autres viscères sont sains.

RÉFLEXIONS. Nous ferons observer : 1° Au point de vue clinique. *a* Le brusque début des accidents par un accès de délire ; — *b* L'absence complète de phénomènes convulsifs et la rareté des vomissements , — *c* Le mode d'évolution de l'hémiplégie avec des phénomènes d'amélioration véritable; — *d* L'absence complète de perte de la sensibilité.

2° Au point de vue des lésions : *a* La marche rapide de la production d'une néoplasie aussi considérable, ou du moins de son accroissement à un moment donné ; — *b* L'existence de lésions de la couronne rayonnante sans *hémi-anesthésie.*

Faut-il attribuer l'absence d'anesthésie à la lenteur du processus d'évolution. L'on sait en effet que les tumeurs peuvent fort bien tout en occupant le même siège que des hémorrhagies ou des ramollissements ne rien produire de semblable au point de vue symptomatique.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours complémentaires* (2e série.). — A partir du lundi 18 janvier 1875, les Cours complémentaires suivants auront lieu à 8 heures du soir, dans le Grand Amphithéâtre : MM. BROUARDEL. — La température dans les maladies, les mercredis et samedis ; — CORNIL. — Les lésions anatomiques du foie, les lundis et jeudis ; — DUBRUEIL. — Orthopédie. — Maladies chroniques, de l'appareil locomoteur, les mardis et vendredis.

VACANCE MÉDICALE. — On demande un médecin au Sap (Orne). Clientèle à céder gratuitement ; rapport 7.000 fr.

— Un étudiant alsacien, qui a passé ses examens de doctorat, désire des leçons collectives d'allemand, au point de vue médical surtout. S'adresser à M. Ricklin, 28, rue de Seine.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Manuel de toxicologie; par DRAGENDORFF, traduction par RITTER, In-8 de 7[illegible] pages, avec 47 figures et 1 planche.

Parmi les livres les plus utiles, publiés par la librairie F. Savy, on doit citer, en première ligne le *Manuel de Toxicologie* de Dragendorff, traduit en français par M. Ritter, professeur adjoint de toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy. Le traité original de l'auteur a eu, en Allemagne et en Russie, un succès aussi rapide que mérité. En le traduisant en français, M. Ritter a eu l'heureuse idée de l'augmenter et de le faire bénéficier de son expérience personnelle.

L'auteur s'était placé au point de vue de la législation russe, et le traducteur a dû, au contraire, se baser sur la législation française. De nombreuses additions ont été faites, surtout au point de vue des réactions physiologiques. Deux chapitres supplémentaires ont été consacrés à l'étude des aliments, des taches de sang et de sperme, partie très-importante qui fait défaut dans le traité original; en somme, la traduction française est véritablement une seconde édition, très-augmentée de l'ouvrage, et fait le plus grand honneur à la profonde érudition de M. Ritter.

Le commencement de l'ouvrage est consacré à l'énumération des règles que doit suivre l'expert dans un cas d'empoisonnement; cette partie placée un peu en dehors du point de vue purement pratique auquel a voulu se placer l'auteur, est peu développée; viennent ensuite les caractères de pureté des réactifs et les essais préliminaires. L'auteur entre ensuite pleinement dans son sujet; il fait preuve d'une très-grande science et surtout d'une pratique consommée; il étudie d'abord les toxiques minéraux, puis les toxiques organiques et surtout les alcaloïdes.

Dragendorff commence par passer en revue les différents procédés de destruction des matières organiques, examine avec soin chacun en particulier, fait voir ses avantages et ses inconvénients; puis aborde l'étude de chaque toxique. L'arsenic vient en premier lieu, et nous pouvons citer la recherche de ce poison comme un modèle du genre; aucun détail, aucune précaution n'est oubliée; aucune erreur ne pourra se glisser, si l'expert suit exactement la marche indiquée par le professeur de Dorpat. Les divers *métaux* sont ensuite étudiés dans cette partie du livre qui forme le chapitre premier.

Le chapitre second traite des poisons appartenant à la classe des métaux alcalins et alcalino-terreux. L'étude de l'ammoniaque et des dérivés ammoniacaux et nitrés, fait l'objet du chapitre III; on y trouve de précieux renseignements sur des toxiques dont le mode d'action est relativement peu connu, l'aniline, la nitrobenzine, etc. Le chapitre suivant traite de composés moins importants au point de vue toxicologique, le chloroforme, le chloral, les divers alcools, les essences.

Nous arrivons ensuite à la partie la plus développée et la plus importante du livre: à l'étude des alcaloïdes. Cette branche de la toxicologie, encore nouvelle, on peut le dire, a été poussée par l'auteur aussi loin que possible, et cette partie fait de l'ouvrage un livre indispensable à tout expert.

L'auteur, après quelques considérations générales, s'occupe immédiatement de la recherche des alcaloïdes et passe en revue les divers procédés indiqués jusqu'à ce jour. En premier lieu, vient le procédé de Stass, le plus ancien de tous, puis celui d'Erdmannes Uslar par l'alcool amylique. Dragendorff expose ensuite avec détails un procédé nouveau qu'il propose, et qui est basé sur la solubilité des alcaloïdes dans la benzine; c'est là la partie véritablement originale et nouvelle du livre. Je dois cependant le dire, ce procédé n'est pas entièrement nouveau, car un de mes collègues, que la mort a enlevé trop tôt à la science, M. Boiraux, avait indiqué ce procédé avant que l'ouvrage de Dragendorff ne fût connu en France, et avait inauguré un procédé d'extraction industrielle des alcaloïdes, basé sur leur solubilité dans la benzine et le pétrole.

L'étude des réactifs généraux des alcaloïdes est excessivement complète, aucun n'est omis et l'action de tous est décrite de main de maître. Chaque alcaloïde est traité en particulier et avec les plus grands détails; les réactifs spéciaux et surtout les colorations sont signalés avec toute la précision possible.

Le chapitre sixième traite des acides minéraux et organiques; acides *azotique, tartrique, oxalique* et de divers corps qui n'ont pas la même fonction chimique et que néanmoins l'auteur juge convenable de placer à côté: *cantharidine, santonine*, etc.

Les composés toxiques du cyanogène forment l'objet d'un chapitre spécial, qu'ils méritent bien du reste à cause de leur importance au point de vue toxicologique. Dans ce chapitre, l'auteur étudie également les poisons gazeux: *acide carbonique, acide sulfhydrique, oxyde* de carbone. L'action toxique du *chlore* du *brôme* et de l'*iode*, la séparation et le dosage de ces corps est étudié dans le chapitre suivant; puis Dragendorff termine par la recherche toxicologique du phosphore.

Les additions de M. Ritter relatives à l'essai des farines et des vins, ainsi que l'étude des taches de sang et de sperme occupent la dernière partie de l'ouvrage.

Il est inutile d'insister davantage: le Manuel de Toxicologie de Dragendorff est aujourd'hui assez connu, et se recommande de lui-même; partout, comme il mérite, il a déjà trouvé sa place, parmi les livres du médecin légiste, comme parmi ceux du pharmacien expert, dans la bibliothèque du chimiste comme dans celle de l'étudiant. YVON.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude sur les kystes du maxillaire inférieur; par CH. REYNAUD, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Ad. Delahaye, éditeur.

Tous les kystes qui se développent dans le maxillaire inférieur ont-ils pour point de départ le système dentaire? M. Magitot, dit oui; M. Charles Reynaud dit non et discute cette question dans une très-bonne thèse comme nous ont habitué à en lire beaucoup d'élèves de l'Ecole de Lyon. La Faculté de médecine qu'une récente décision de l'Assemblée nationale vient d'accorder à la seconde ville de France existait de fait par le personnel distingué qui compose le corps médical lyonnais et par l'enseignement de son école; ce n'était que justice de le reconnaître officiellement.

M. Magitot dans une excellente monographie où il a étudié l'évolution des follicules dentaires nous paraît, au premier abord, exclusif en soutenant l'opinion que nous avons reproduite plus haut. Pourquoi, en effet, puisque d'autres os peuvent subir la transformation kystique, ne verrait-on pas également se former, dans la mâchoire inférieure, des cavités accidentelles qui auraient pour point de départ un follicule dentaire ou une dent cariée. Lorsque toutes les dents sont bien développées; lorsque l'examen anatomique des kystes ne permet pas de les attribuer à des follicules supplémentaires, il est logique d'admettre, dans ces cas, le même processus pathogénique que pour les autres kystes du système osseux, M. Guyon pense, pour son compte, qu'on ne doit pas considérer comme folliculaires les kystes développés chez les sujets qui ont dépassé trente ans.

M. Reynaud cite quelques observations de la clinique du professeur Desgranges (de Lyon) qui paraissent lui donner gain de cause. L'auteur, il faut le dire, ne combat M. Magitot que sur le terrain de la clinique. Mais nous acceptons ses conclusions tendant à condamner l'exclusivisme de M. Magitot et dans lesquelles il soutient que la pratique « ne se peut accommoder des préceptes absolus et que les doctrines formulées sans restriction sont rarement inattaquables. »

Ce point de pathogénie constitue le côté original du travail de M. Reynaud qui ne pourra être contrôlé que par des observations nouvelles. Il en résulterait, suivant l'auteur, des déductions différentes au point de vue du diagnostic et du traitement, les kystes non dentaires sont beaucoup plus graves et exigent toujours, lorsqu'ils sont volumineux, une opération radicale. M. Reynaud suivant les conseils du professeur Richet et du professeur Verneuil, est d'avis que l'opération extra-buccale, dans tous les cas, doit être préférée. Nous conseillons la lecture de ce travail auquel nous reprocherons de ne pas contenir d'indications bibliographiques.

Dr BOUTEILLIER.

PHARMACOLOGIE

Des cachets de poudres médicamenteuses.

Bien souvent il arrive que les prescriptions des médecins ne sont pas observées, parce que les malades éprouvent une répugnance invincible à prendre certains médicaments, cela arrive surtout si le remède à absorber est une poudre ayant un goût désagréable. Bien souvent aussi, des lésions des premières voies digestives rendent impossible l'ingestion des préparations selon le mode jusqu'alors usité, telles que pilules, capsules, dragées, etc.

Un pharmacien distingué, M. Limousin, vient d'obvier à ces inconvénients, et de rendre ainsi un grand service aux médecins et aux malades au moyen de ses *Cachets de poudres médicamenteuses*, qu'il prépare de la façon suivante.

On pèse et on dose la poudre médicamenteuse, quelle que soit sa nature, et on l'introduit entre deux disques concaves de pain azyme, un peu plus larges qu'une pièce de deux francs puis on colle les bords de ces disques à la presse. Le nom et la dose du médicament peuvent être imprimés sur la partie convexe des enveloppes. On a ainsi une espèce de cachet contenant une quantité déterminée d'un principe connu et devenu inaltérable puisqu'il est soustrait aux causes détériorantes qui peuvent résulter des diverses influences atmosphériques.

Veut-on absorber le cachet, on le place dans une cuillerée d'eau ordinaire et, quand il est un peu ramolli et imbibé, on l'avale facilement.

L'expérience a déjà prouvé que les cachets de poudres médicamenteuses préparés et administrés ainsi que nous venons de l'indiquer sommairement sont d'une administration facile et très-pratique. Ils rendent, nous l'avons déjà dit, de très-grands services. Du reste, ils ont été l'objet d'un rapport très-favorable à l'Académie de médecine dans sa séance publique du 20 mai 1873.

5. Mode d'administration de la viande crue (*Loiller*).

Viande crue râpée	10	grammes.
Sucre pulvérisé	40	—
Vin de Bagnols	20	—
Teinture de cannelle	3	—

La saveur de cette préparation n'est pas désagréable. (*Ann. de la Société médico-chirurg. de Liége.*)

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot fera sa leçon du dimanche 17 janvier sur quelques points de l'*hystérie*.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service du Dr Bouchut. Consultation le lundi à 9 h. Clinique le mardi à 9 h. Salle Sainte-Catherine : 5, rétrécissement aortique; 15, érythème noueux; 17, rhumatisme articulaire; 21, vomissements incoercibles; 23, péritonite chronique; — chorées.

Service du Dr Labric. Consultation le vendredi à 9 h. Salle Saint-Jean : 2, chorée rhumatismale; 5, eczéma; 8, rhumatisme articulaire; pleurésie endo péricardite; 31, oreillons; — chorées, scarlatines, rougeoles.

Service du Dr Archambault. Consultation le mardi à 9 h. Salle Sainte-Geneviève : 16, fièvre continue; — chorées. — Salle Saint-Louis : 14, hémichorée; — chorées.

Service du Dr de Saint-Germain. Cliniques le jeudi à 9 h. Salle Saint-Côme : 5, luxation ancienne du coude; 20, perforation syphilitique du palais; 26, fracture de jambe; 9, exostoses multiples. — Salle Sainte-Pauline : 6, hygroma de la patte d'oie; 29, plaques muqueuses du thorax.

Service du Dr J. Simon. Consultation, conférence le samedi à 9 h : mal de Pott, coxalgies, scrofulides. — M. Blachez. Consultation le jeudi à 9 h.: Mal de Pott, coxalgies, teignes.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* Service du Dr Constantin Paul. Salle Saint-Louis (H) : 7, hydro-pneumo-thorax; 19, paralysie générale; 31, rétrécissement aortique et insuffisance mitrale; 39, coliques de plomb. paralysie saturnine. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 2, lypémanie; 12, albuminurie chez une femme grosse de 5 mois; accidents éclamptiques il y a quelques jours.

Service du Dr Proust. Salle Sainte-Jeanne (F.) : 9, phlegmon péri-utérin; 12, pleurésie gauche avec gargouillement et souffle amphorique; 23, rhumatisme chronique. — Salle Saint-Etienne (H.) : 2, hémorrhagie cérébrale; coxalgie du côté de la paralysie et antérieure à celle-ci; 19, paralysie saturnine; 17, rhumatisme articulaire subaigu; insuffisance mitrale.

Service du Dr Peter. Leçons cliniques le samedi.

Service du Dr Brouardel. Salle Saint-Augustin (H.) : 6, ataxie au début; accès gastralgiques; 24, pleurésie purulente, empyème; 29, pleurésie purulente en voie de guérison après une ponction; [illegible], pneumo-thorax. — Pavillon 3 (F.) : 2, [illegible] hystérique; 21, chorée; [illegible], emphysème; dilatation [illegible] brouchique.

Chirurgie. Service du Dr S. Duplay. Leçons cliniques et opérations le mardi. Salle Saint-Joseph (H.) : 35, éléphantiasis des arabes; compression. amélioration très-notable, 41, tumeur du dos de la main; 54, lithotritie périnéale faite le 6 janvier; 55, mal de Pott lombaire; abcès volumineux consécutif traité par le drainage. — Salle Sainte-Marthe (F.) : Double gen valgum; 19, ostéo-sarcome du fémur gauche.

Service de M. Benjamin Anger : Opérations et conférences de clinique chirurgicale tous les lundis à 9 h.; — maladies des yeux tous les mercredis à 9 h.

Hôtel-Dieu. — Service du Dr Béhier (H.) : 2 bronchite tuberculeuse, 16, pleurésie; 17, angine de poitrine; 21, pneumonie; 28, myélite; 29, ataxie; 31, pleuro-pneumonie; 38, hémiplégie droite. (F.) : 1, tumeur cérébrale; 2, carcinome abdominal; 9, pleurésie purulente; ponction; 12, diarrhée; 20, fièvre typhoïde; 25, lithiase biliaire; 30, hémorrhagie cérébrale; 31, paralysie.

Service du Dr Frémy. Salle Sainte-Marie : 3, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique; 5, ulcère simple de l'estomac. — Salle Saint-Martin : 3, paralysie générale; 6, tumeur cérébrale.

Dr Béhier : Clinique les mercredis à 9 h. — Dr Richet : Clinique les mardis, samedis à 9 h. — Dr Cusco : Maladies des yeux le jeudi. — Dr Hérard : Consultation le mercredi.

Hôpital Lariboisière. — Service du Dr Raynaud. Salle Sainte-Mathilde : 1, névralgie utérine; 8, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral; fibromes utérins; 13, rhumatisme articulaire; 18, pelvi-péritonite; 19 bis, polyurie; paralysie diphthéritique; 21, chlorose; thrombose de la veine iliaque; 23, rhumatisme de l'articulation coxo-fémorale; 44, insuffisance et rétrécissement mitral. — Salle Saint-Landry : 3, cirrhose; 4, rhumatisme blennorrhagique; 5, insuffisance aortique; 8, hydropneumothorax; 9, congestion pulmonaire; 13. polyurie, 20, paralysie du deltoïde; 27, empyème.

Service de M. Siredey. Salle Sainte-Geneviève : 15, tumeur utérine; 16, suite de couches; albuminurie; gangrène de la vulve; 4, pelvi-péritonite; 21, cancer de l'estomac.

Service du Dr Tillaux. Salle Saint-Augustin : 3, fracture du bassin; 14, fracture avec enfoncement du crâne; plaie du cuir chevelu; 30, fracture de la colonne vertébrale; paraplégie; 25, fracture des malléoles; 16, fracture de l'olécrâne; 35, phlegmon de la face dorsale de la main; 8, perforation de la voûte palatine et destruction de la cloison du nez. — Salle Sainte-Jeanne : 11, anus contre-nature suite de hernie crurale étranglée et gangrenée; 14, insuffisance des gaînes synoviales de la main; 18, rétrécissement du rectum opéré par le galvano-cautère; 19, ankylose osseuse coxo-fémorale dans une position vicieuse; redressement; 20, arthrite blennorrhagique du coude; 26, genu valgum, redressement brusque. — Salle Saint-Louis : 5, sarcome des fosses nasales; 7, nécrose centrale du calcanéum; évidement de l'os, 10, fracture compliquée de jambe et arthrite du genou; 11, épithélioma du plancher de la bouche; résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service du Dr Bergeron. Visite tous les jours à 8 h. Consultation le lundi. — M. Cadet de Gassicourt. Visite tous les jours à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. — M. Triboulet. Visite tous les jours à 8 h. 1/4. Consultation le mercredi.

Service du Dr Marc Sée. Visite tous les jours à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours à 10 h. Salle Sainte-Eugénie : 4, ostéite du médius de la main droite; 17, ostéite du rocher, hémiplégie faciale; tumeur blanche du genou; 25, nécrose du tibia; évidement; 30, fistule ombilicale stercorale; 32, fracture du col chirurgical de l'humérus; 35, fracture du fémur gauche au niveau du cartilage de conjugaison. — Salle Napoléon : 1, hématurie; 7, brûlure considérable; 8, pied bot varus équin côté gauche; section du tendon d'Achille; 9 et 10, nécrose du tibia; évidement; 29, calcul vésical; taille; 30, fracture de l'épicondyle.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 8 janvier 1874, on a constaté 831 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 11; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 23; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 45; — pneumonie, 80; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 1; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 10; — croup, 11; — affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 188; — affections chroniques, 380 dont 137 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 28.

Lyon. — Pendant la semaine finissant le 31 décembre 1874, on a constaté 164 décès, savoir : variole, »; — rougeole, 5; — scarlatine, 1; — érysipèle, 1; — fièvre typhoïde, 4; croup, 6; — affection puerpérale, 1; — faiblesse congénitale, 4; — bronchite aiguë, 10; — pneumonie, 15; — phthisie, 29; — catarrhe pulmonaire, 16; — emphysème, 1; — maladies du cœur, 5; — diarrhée, 7; — maladies du cerveau, 25; — maladie de la moelle épinière, 1; — affections chirurgicales, 6; — affections cancéreuses, 8; — autres maladies aiguës, 9; — autres maladies chroniques, 7; — causes accidentelles, 3; — mort-nés, 14.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De l'hémichorée post-hémiplégique.

Leçon recueillie par BOURNEVILLE.

Messieurs,

J'appellerai ce matin tout particulièrement votre attention sur un ensemble de phénomènes que je vous propose de désigner sous le nom d'*hémichorée post-hémiplégique*. Cette dénomination, je l'emprunte à M. S. W. Mitchell, de Philadelphie, qui en a fait usage dans un travail récent (1). Ceux d'entre vous qui, dans ces dernières années, ont suivi mes leçons, reconnaîtront facilement cet état morbide dont je leur ai déjà montré, à diverses reprises, des exemples intéressants (2).

Suivant la ligne de conduite que je me suis tracée en reprenant ces leçons cliniques — que je voudrais comparer en quelque sorte aux *leçons de choses* (*objects lessons*), si usitées dans les écoles américaines, je ferai tous mes efforts pour que le tableau de l'hémichorée post-hémiplégique ressorte pleinement et d'une façon claire de l'histoire de trois malades que je vais interroger successivement devant vous.

La première, R... Marie, est âgée de 51 ans. Dans ses antécédents qui, en somme, n'offrent qu'un médiocre intérêt, je relèverai seulement les points suivants : La malade a subi une fièvre typhoïde à 18 ans, et, à 30 ans, une fièvre intermittente qui a duré six mois.

A 41 ans, R... a été saisie d'une attaque apoplectique avec perte de connaissance et accompagnée, paraît-il, de vomissements. Revenue à elle, elle présentait une hémiplégie avec flaccidité complète du côté droit.

Durant les six mois qui ont suivi, la malade avait, à ce qu'elle assure, une notion exacte des objets, elle se rappelait leur nom, — par conséquent il n'y avait pas d'amnésie verbale, -- mais elle était impuissante à le prononcer, par suite d'une difficulté qui existait dans l'articulation des mots. J'ajouterai, de plus, que, pendant cette même période, il y aurait eu momentanément, si l'on croit son récit, un certain degré de contracture dans les muscles de la main droite.

Quoi qu'il en soit, au terme de ces six mois, R... a pu commencer à marcher tant bien que mal. Mais, alors qu'elle récupérait peu à peu et progressivement les mouvements dans le membre inférieur droit, ceux du membre supérieur correspondant, bien que redevenus possibles et assez étendus, ont été gênés bientôt par un tremblement d'une espèce à part, comme choréique : c'est sur ce tremblement que je vais surtout insister.

La situation est demeurée telle quelle depuis cette époque, c'est-à-dire depuis environ dix ans, et, en particulier, dans les cinq dernières années qui viennent de s'écouler et pendant lesquelles R... n'a pas cessé d'être placée sous mes yeux à la Salpêtrière.

Nous avons à considérer, dans sa condition actuelle, l'état du côté droit du corps, d'abord au point de vue de la sensibilité, puis au point de vue des fonctions motrices. Je vous fais voir, en premier lieu, la malade couchée, afin de faciliter les explorations; mais je vous la présenterai de nouveau, tout à l'heure, dans la station verticale et marchant.

a) Il existe chez R... une *hémianesthésie* générale du côté droit du corps. En d'autres termes, la sensibilité est, de ce côté, profondément modifiée sur la face, le tronc et les membres. Voilà pour la *sensibilité générale*. Ce n'est pas tout : l'*ouïe*, le *goût*, et les sens vraiment céphaliques : l'*odorat* et la *vue* sont aussi obnubilés de ce même côté. Sous ce rapport, nous allons rencontrer chez cette malade, vous l'avez pressenti, la reproduction exacte des caractères, bien connus de vous, de l'hémianesthésie des hystériques.

Ainsi : 1° En ce qui concerne la vue, il y a, pour l'œil droit, une modification légère il est vrai, l'acuité visuelle est là simplement diminuée; 2° pour l'odorat, l'altération est plus prononcée; la malade ne sent absolument pas, par la narine droite, l'odeur de l'éther; 3° le changement est encore plus net pour l'ouïe : la malade qui perçoit très-bien le tic-tac d'une montre à gauche, ne le perçoit que d'une manière très-confuse à droite. Cette diminution de l'ouïe a été consignée dès le commencement de l'observation, car R... s'en est plaint d'elle-même, dès l'origine, sans que son attention fût appelée sur ce point; 4° l'abolition du goût sera mise hors de doute par l'épreuve que nous allons faire avec la coloquinte. Vous voyez qu'elle n'en sent pas l'amertume à droite, tandis qu'elle la dénonce dès que la substance touche le côté gauche de la muqueuse linguale.

Vous venez de vous assurer par vous-mêmes, Messieurs, de l'exactitude de nos assertions pour ce qui a trait aux sens spéciaux; vous allez être convaincus, dans un instant, que l'examen n'est pas moins concluant lorsqu'il porte sur la sensibilité générale : celle-ci est, je le répète, manifestement diminuée sur toute la moitié droite du corps. Le contact d'un corps froid est bien plus vivement senti à gauche qu'à droite. Le chatouillement, l'introduction d'un corps étranger dans la narine droite, ne produit à peu près aucune réaction. Enfin, il y a sur tout ce côté du corps : face, tronc et membres, une analgésie des plus accentuées, puisqu'on peut plonger profondément et brutalement une grosse épingle dans ces parties, sans que la malade manifeste la moindre souffrance.

C'est là, Messieurs, comme je le rappelais tout à l'heure, une réunion de symptômes que l'on a bien souvent l'occasion d'observer dans l'hystérie et plus spécialement dans l'*hystérie ovarienne*.

(1) *Post-paralytic Chorea*. In *The American Journal of the med. Sciences*, oct. 1874, p. 342.

(2) *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, t. I. 1872-73, p. 279.

Mais, chez R.... l'hystérie cependant n'est aucunement en jeu, preuve nouvelle s'il en était besoin que, dans les maladies du système nerveux, comme dans toutes les autres, nul phénomène, pris isolément, ne saurait être vraiment caractéristique. C'est le mode de groupement des accidents, leur mode d'évolution, d'enchainement, la réunion des circonstances tout entière qui sert surtout, ici comme ailleurs, aux distinctions nosographiques.

b) J'aborde maintenant le second point à savoir : l'étude des *troubles moteurs* que présente cette femme. Ces troubles sont très-particuliers. S'ils manquent à la face, dans ce cas, ils sont très-évidents au contraire dans les membres supérieur et inférieur du côté droit. Ceux-ci, je puis vous le faire remarquer de suite, n'offrent ni atrophie, ni contracture, ni déformation quelconque. Nous allons maintenant les examiner successivement au repos et dans les mouvements.

Dans les mouvements intentionnels du membre supérieur, il se manifeste une agitation choréiforme tout-à-fait comparable à celle que j'ai décrite dans le temps à propos de la sclérose en plaques. Tant que R... est tranquille, au repos, il n'y a dans le membre *presque* aucun désordre moteur ; par contre, dans l'acte de porter un verre à la bouche, le bras est saisi aussitôt de mouvements rhythmiques très-étendus et tels que, si on ne surveillait la malade, l'eau du verre serait violemment projetée de toutes parts. Nous verrons, dans un moment, quand elle marchera, des accidents analogues se montrer du côté du membre inférieur droit.

Ce désordre du mouvement se rapproche non-seulement du tremblement de la sclérose en plaques, comme je viens de vous le dire, mais encore à quelques égards d'un phénomène qui s'observe ordinairement dans les cas vulgaires d'hémiplégie : je fais allusion, ici, à la trémulation qui ne manque guère d'apparaître quand les faisceaux latéraux de la moelle sont affectés de sclérose à un certain degré, pourvu, toutefois, que, la contracture étant peu accentuée, les mouvements volontaires soient, à un certain degré, encore possibles. Ces mouvements choréiformes post-hémiplégiques s'éloignent, d'autre part, de l'incoordination des ataxiques, ne serait-ce qu'en ce que la vue n'exerce sur eux aucune influence.

Mais, il est un caractère qui sépare foncièrement ces mouvements choréiformes du tremblement de la sclérose en plaques, de la trémulation des hémiplégiques, de l'incoordination motrice des ataxiques, etc., et qui, en revanche, les rapproche de la chorée : c'est l'existence alors que le malade ne *veut* aucun mouvement, d'une *instabilité des membres affectés.* Ces membres, dans ce cas même,—c'est un point qu'il importe tout-à-fait de mettre en évidence, — sont animés par de petits mouvements involontaires, analogues à ceux qui, dans les mêmes circonstances, se voient dans la chorée ordinaire. Ces mouvements, comme vous le pourrez constater, sont très-évidents au membre inférieur. Vous voyez, en effet, la rotule soulevée pour ainsi dire incessamment, d'une façon rhythmique, par la contraction brusque et involontaire des muscles antérieurs de la cuisse; — vous voyez en même temps le pied porté tour à tour, malgré la volonté de la malade, dans l'adduction et l'abduction puis dans la flexion et l'extension.

La main, on le constate également, ne peut rester tranquille, appliquée le long du corps; elle est constamment agitée de secousses brusques et inattendues, en même temps que les doigts s'étendent ou se fléchissent sans motif.

J'ajouterai que, dans des cas absolument comparables au précédent mais plus accentués encore, ces mouvements involontaires, très-étendus, constituent une agitation permanente qui fait que, en définitive, cet état en ce qui concerne du moins le caractère des troubles moteurs ne s'éloigne par aucun trait essentiel de la chorée proprement dite.

C'est donc au mot *chorée* que nous ferons appel pour désigner le phénomène en question. Bien entendu il s'agit d'un simple rapprochement et nullement d'une véritable assimilation nosographique à établir avec la chorée vulgaire (*chorea minor*); sans doute, la coexistence habituelle de l'hémianesthésie reconnue depuis longtemps dans la chorée ordinaire, d'après les observations de mon ancien collègue, le docteur Moynier, est encore un trait que celle-ci a en commun avec les faits qui nous occupent ; mais les caractères distinctifs abondent, d'autre part ; il me suffira de signaler, pour les cas d'*hémichorée post-paralytique*, la limitation exacte et indéfinie des désordres moteurs à un seul côté du corps. La préexistence d'une hémiplégie de longue durée avec flaccidité des muscles d'abord, puis marquée par un certain degré de contracture; enfin le début brusque et véritablement apoplectique des accidents Ce sont là, vous le voyez, des phénomènes qui n'appartiennent pas à la vulgaire danse de Saint-Guy.

En somme, l'affection s'est, à l'origine, présentée chez R... sous la forme de l'apoplexie cérébrale suivie d'hémiplégie telle qu'elle se présente en conséquence de la brusque formation d'un foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie intra-encéphalique. Et en réalité, Messieurs, c'est, il n'y a pas à en douter, à l'une ou à l'autre de ces lésions organiques qu'il convient de rapporter les accidents que j'ai relevés chez notre malade. (*A suivre*).

MALADIES DU LARYNX.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

Ire ET IIe LEÇONS.—**Objet du cours —Image laryngienne. — Mode opératoire et instruments** (*Suite*) (1).

Leçons recueillies par MM. AFFRE et MOIZARD, internes du service.

Messieurs,

Lorsqu'on examine le larynx au miroir, on aperçoit une image dont les divers linéaments se projettent à peu près sur un même plan; les parties qui composent une image laryngée sont, en réalité, situées à des profondeurs très-différentes, mais comme elles sont concentriques ou emboîtées les unes dans les autres, elles apparaissent dans le miroir comme une image pleine où il serait assez difficile d'apprécier la distance réelle et la position respective de ces diverses parties, si l'anatomie ne nous les avait déjà fait connaitre.

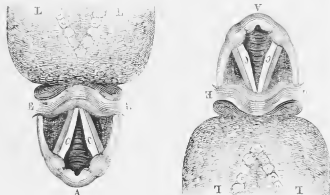
L'*image laryngée se montre dans un plan vertical.* Il importe d'analyser cette image et de nous habituer à en bien distinguer les parties. — Disons d'abord qu'il n'y a pas, comme on le croit généralement, comme on l'a écrit quelquefois, de retournement de l'image ; d'abord, le miroir dont nous nous servons est un miroir plan ; il ne produit donc pas les entrecroisements de rayons, les foyers, les renversements d'image, auxquels donnent lieu les miroirs courbes. Il en résulte déjà qu'il n'existe aucun renversement de droite à gauche ou de gauche à droite : ce qui est à droite sur le sujet est également à

1) Voir le n° 3 du *Progrès médical.*

droite dans le miroir. Il n'y a pas d'autre renversement que celui qui résulte de la position relative de l'observateur et du sujet. Mais c'est un point avec lequel tout anatomiste est familiarisé : nous savons tous que la partie droite d'un malade placé en face de nous est à notre gauche et réciproquement.

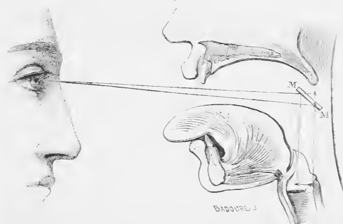
Y a-t-il maintenant un renversement d'avant en arrière ? La chose est affirmée dans quelques traités de laryngoscopie, où l'on met en regard deux images laryngiennes : la première (fig. 1) telle que le miroir la montre à l'observateur, la seconde (fig. 2) telle que le patient la

Fig. 1. Fig. 2.



verrait s'il faisait sur le papier la projection de son propre larynx ; ce que l'on méconnait ici, c'est que c'est le dessinateur qui achève le retournement en projetant les deux images sur un même plan horizontal, mais dans la pratique, si une des images, celle du sujet, est sur un plan horizontal, l'autre, celle du miroir, *apparait dans un plan vertical* ; elle est donc seulement relevée à 90 degrés : et pour réaliser cette image verticale, il suffit de donner au miroir une inclinaison qui forme avec l'horizontale un angle de 45 degrés. C'est ce dont on se rend facilement compte en regardant avec un miroir incliné à 45° la figure n° 2 : on voit reparaitre l'image n° 1 dans un plan vertical. La figure n° 3 explique également la marche des rayons lumineux et la direction de l'image. Rappelons nous cette

Fig. 3.



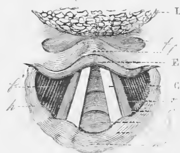
loi d'optique que l'angle de réflexion est égal à l'angle d'incidence ; or, ici, une des deux lignes, celle d'incidence, est à peu près fixe et rapprochée de l'horizontale ; c'est le rayon visuel de l'observateur ; l'autre, la ligne réfléchie, sera à peu près verticale et dans une direction convenable pour atteindre le larynx, lorsque le miroir M M occupera la position indiquée dans la figure ci-jointe.

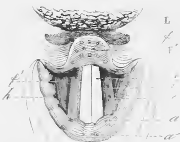
La partie du miroir dans laquelle se réfléchissent les régions antérieures du larynx est la plus élevée, de telle sorte que ce qui est en avant dans le larynx paraîtra en haut dans le miroir ; (voir la pointe de la flèche dans la figure 3, ci-dessus) les parties postérieures, au contraire, paraissent en bas. (Voir les barbes de la flèche dans la même figure.) — Il n'y a là rien que de très-simple pour l'observateur, tant qu'il se borne à regarder et à porter un diagnostic ; mais, s'il s'agit de pratiquer une opération ou de porter des topiques sur le larynx, ce relèvement à 90 degrés, si simple qu'il soit, constitue un trompe-l'œil, une cause d'erreur contre laquelle l'habitude seule pourra vous prémunir. — Quand on porte des topiques sur les régions postérieures du larynx, il suffit de se laisser guider par l'image et d'enfoncer de plus en plus l'instrument *en bas* et *en arrière*. La seule difficulté est qu'au début on n'enfonce jamais assez. Si, au contraire, l'on veut atteindre les parties antérieures, la commissure antérieure des cordes vocales, il faut que le jugement rectifie l'erreur de la vue ; ces parties antérieures que l'image nous montre en haut, sont en réalité sur le même plan que ces parties postérieures qui nous paraissent et qui sont réellement en bas ; de sorte, que l'instrument devra être enfoncé aussi profondément que si l'on voulait atteindre la partie postérieure de la glotte, puis ramené en avant par un mouvement de bascule imprimé au manche de l'instrument. Ce n'est que par l'habitude que l'on arrive à triompher de cette erreur de la vue.

Les parties qui apparaissent les premières dans le miroir, lorsqu'on avance peu à peu celui-ci vers le fond de la gorge, sont d'avant en arrière :

La base de la langue, le ligament glosso-épiglottique, bridé de chaque côté par la fossette épiglottique, l'épiglotte : puis, sur un plan plus profond, les éminences aryténoïdiennes reliées aux bords de l'épiglotte par ses replis aryténo-épiglottiques. Ce n'est qu'un instant après que l'on

Fig. 4.





L Base de la langue.
f Fossettes épiglottiques.
l Repli glosso-épiglottique.
E Épiglotte (face antérieure).
E' Épiglotte (face postérieure).
C Cordes vocales inférieures, ou cordes vocales véritables.
c Cordes vocales supérieures.
v Ventricules du larynx.
f' Fosses innominées.
h Replis ary-épiglottiques.
a Éminences aryténoïdiennes.
a' Commissure aryténoïdienne.

aperçoit les cordes vocales, placées sur un plan plus inférieur encore, entre les deux séries d'éminences que nous venons de mentionner, au fond d'une sorte d'*infundibulum* constitué par ce qu'on appelle les *fosses innominées*. Elles sont souvent difficiles à voir et même totalement cachées quand les parties précédemment énumérées sont très-développées. Leur examen est cependant le plus important ; *qui n'a pas vu les cordes vocales n'a pas vu le larynx*.

Les cordes vocales inférieures, les cordes vocales vraies, apparaissent sous forme de deux cordons [illegible], blancs et

nacrés comme des dents blanches et bien conservées. Quand elles sont réunies pour la phonation (fig. 4, image inférieure), elles sont séparées par une ligne horizontale, parfaitement droite dans toute son étendue.

On sait que Longet a beaucoup insisté sur la formation d'une glotte inter-aryténoïdienne, sensible chez les jeunes animaux, laquelle resterait ouverte, même quand les cordes vocales sont rapprochées. Cette glotte inter-aryténoïdienne n'existe pas chez l'homme, où les lèvres de la glotte sont également rapprochées sur toute leur étendue pendant la phonation. Cependant, chez quelques sujets, les apophyses antérieures et internes des cartilages aryténoïdes, font une légère saillie, au-delà de laquelle la partie du bord libre des cordes vocales située plus en arrière semble s'incliner en dehors; il en résulte une partie un peu plus élargie, plus évasée de l'orifice glottique en arrière. C'est le rudiment de la glotte aryténoïdienne de Longet. Mais cette disposition n'est ordinairement qu'ébauchée: elle disparait complétement par l'affrontement des cordes vocales, quand la tension de celles-ci est parfaite.

Pendant l'inspiration, les cordes vocales sont écartées; l'espace qu'elles limitent forme un triangle, dont la base est en bas sur l'image, c'est-à-dire en arrière sur le sujet, et le sommet en haut sur l'image, c'est-à-dire en avant sur le sujet: sur un plan un peu supérieur aux cordes vocales ou vraies inférieures une fente longitudinale indique l'orifice des ventricules du larynx et le bord libre de ce qu'on a appelé les cordes vocales supérieures. Ce nom de cordes vocales est ici fort impropre, car ces replis ne contenant aucun élément contractile, ni fibreux, et, n'étant pas susceptible de tension, ils ne jouent aucun rôle dans le mécanisme de la voix. Ils mériteraient plutôt le nom de bandes ventriculaires, qu'on leur donne en Angleterre. Leur rôle paraît consister à produire l'occlusion du ventricule laryngien.

Quant aux ventricules du larynx, dont ces replis forment la limite supérieurement, ils paraissent destinés à verser sur les cordes vocales le mucus sécrété par les nombreuses glandes qui tapissent leurs parois.

Enfin, tout à-fait profondément, lorsque la glotte est ouverte, on aperçoit des arcs de cercle concentriques, alternativement blancs et noirs; ce sont les cerceaux de la trachée; on peut en voir trois ou quatre, quelquefois plus, quelquefois moins. Chez certains sujets, on parvient même à distinguer la bifurcation de la trachée; l'image présente alors une saillie formée par l'onglet des bronches vivement éclairé, et de chaque côté, deux fossettes sombres, rondes ou ovales; ce sont les ouvertures des bronches. Les sujets chez lesquels cette exploration est possible, sont assez peu nombreux, aussi a-t-on assez rarement l'occasion de voir la bifurcation de la trachée. Cependant l'examen laryngoscopique permettra quelquefois de reconnaître des tumeurs trachéales, et pourra permettre de les atteindre, à la rigueur, lorsqu'elles seront très-rapprochées des cordes vocales.

Pour pratiquer l'examen laryngoscopique, on fait placer le malade devant soi, assis sur un tabouret à vis, que l'on peut élever ou abaisser suivant la taille du sujet. On saisit la langue entre le pouce et l'index de la main gauche au moyen d'une compresse destinée à empêcher l'organe de glisser entre les doigts, et on l'attire au dehors; puis on introduit le miroir laryngien, tenu comme une plume à écrire. On conduit le plan du miroir parallèlement à la langue et au voile du palais, en évitant de toucher l'un et l'autre, ce qui provoquerait des mouvements réflexes et des vomituritions. On va directement à la luette, que l'on refoule doucement sur le dos du miroir. Tout cela doit être fait avec beaucoup de douceur. L'image laryngienne apparait alors; on en fait venir successivement toutes les parties dans l'ordre énuméré plus haut, en relevant légèrement le manche de l'instrument.

Le miroir peut servir également à l'inspection des fosses nasales. On tourne la face réfléchissante en haut et [illegible] [illegible] voile du palais [illegible] la paroi postérieure [illegible], celle du voile du palais et l'orifice postérieur des fosses nasales séparées par un onglet vertical: c'est la cloison; chez quelques sujets, on peut distinguer les cornets.

Pour voir les trompes d'Eustache, on portera la face réfléchissante du miroir toujours en haut, mais de côté, incliné obliquement à 45 degrés, dans le pharynx, de telle sorte que le miroir touche le pilier postérieur du côté opposé, et que le manche porte sur la commissure labiale du côté même de la trompe que l'on veut examiner (1).

Il faut soigneusement éviter de faire rouler le miroir entre les doigts; ces mouvements provoqueraient des spasmes qui empêcheraient l'examen. Aussi, faut-il préférer, au moins pour les commençants, les miroirs carrés aux miroirs ronds, qui tournent trop facilement. Le miroir carré doit être introduit de telle sorte que son bord inférieur soit *horizontal* et *parallèle à la langue*. Sans cette précaution, les angles supérieurs et inférieurs toucheraient le voile du palais et la base de la langue; les angles latéraux toucheraient les piliers. Or, ce sont des parties qu'il faut éviter avec le plus grand soin. Pour faire apparaître successivement les différentes parties du larynx, on n'a plus qu'à faire mouvoir très-doucement le miroir en relevant le manche, de manière à rapprocher d'autant plus le plan du miroir lui-même de la verticale que l'on voudra voir plus avant derrière l'épiglotte. Tous ces mouvements doivent être faits avec lenteur, avec douceur, d'une façon presque insensible. C'est en cela que consiste la légèreté de main, et par suite, le succès de l'opération.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Periostite phlegmoneuse diffuse.

Dans l'avant dernière séance de l'Académie de médecine, M. Giraldès est venu donner lecture d'une courte note sur un point du traitement de cette maladie. Tout le monde connait la large part qui revient à notre vénéré maitre dans l'étude de cette affection. A plusieurs reprises dans des communications aux Sociétés savantes, dans ses leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants malades, ce chirurgien en a fait l'exposé clinique et pathologique. Il vient aujourd'hui nous rendre compte des résultats d'une méthode thérapeutique qu'il a appliquée pendant une période de sept années, sous l'inspiration d'une note publiée dans *The Lancet* (avril 1865), par T. Holmes, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges à Londres.

Dans l'observation du chirurgien anglais, il s'agissait d'une périostite diffuse de la jambe, dans laquelle il enleva prématurément, après l'ouverture de l'abcès, le tibia nécrosé. Ce fait se conciliait parfaitement avec les résultats expérimentaux obtenus par Flourens, Ollier, sur l'accroissement et la régénération des os. M. Giraldès y vit en plus un avantage précieux, eu égard à l'âge des malades, à leur faible constitution: l'ablation de cet os nécrosé, par suite de l'étendue de la suppuration, évite des suppurations prolongées et des opérations tardives, bien souvent aussi graves que les phases premières de la maladie. Ce procédé a été employé par M. Giraldès dans un grand nombre de cas se rapportant à des périostites du péroné, du tibia, du calcanéum, etc.

Il consiste simplement, après l'ouverture de l'abcès, une fois l'étendue de la dénudation reconnue, à agrandir l'incision primitive, à détacher l'os des lambeaux de périoste

(1) Nous avons fait construire par M. Tramond, une tête artificielle, la bouche ouverte, où sont exactement figurées l'entrée du larynx, les ouvertures des trompes et des fosses nasales. Cette tête permet aux commençants [illegible] compte exact [illegible] différentes parties [illegible] miroir pour l'examen [illegible] plus tard [illegible] polypes, etc.

encore adhérents, à scier au niveau de la partie saine, et à maintenir le membre immobile, comme après une résection ordinaire. Dans le premier cas traité par M. Giraldès, le périoste était en grande partie ossifié vingt jours après.

Cette méthode ne paraît pas applicable au fémur, ou même à la partie supérieure de l'humérus; les réserves formulées par l'honorable chirurgien ne nous semblent pas assez explicites. Il est évident que pour une périostite étendue de la cuisse, et l'on sait malheureusement la rapidité avec laquelle le décollement s'étend du haut en bas de l'os, pour ces cas, disons-nous, il est évident que semblable opération serait pour le moins téméraire.

Mais si l'affection est limitée à un segment représentant le tiers du membre, nous croyons le procédé applicable: la contention des parties sera, nous en convenons, d'une tout autre difficulté que pour la jambe; mais avec les appareils à résection du fémur, ou plus simplement avec de bonnes gouttières plâtrées, moulées convenablement, on y parviendra sans trop de peine.

Dans son compte-rendu, le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire* insinue, par inadvertance sans doute, que M. Giraldès, pour suivre le goût du jour, s'est contenté de citer les savants allemands qui se sont occupés de cette question. Un seul nom a été prononcé, celui de M. Schutzemberger, professeur de la Faculté française de Strasbourg; il n'a rien qui rappelle de près ou de loin la Germanie, et nous aimons à croire que notre honorable confrère a été aussi mal partagé que la *Gazette des Hôpitaux* qui se plaignait de n'avoir rien entendu.

Jury de l'agrégation.

Il nous a paru intéressant, à propos de la nomination du jury pour le prochain concours d'agrégation en chirurgie, de rechercher quels avaient été les précédents suivis dans les concours antérieurs, pu squ'il n'y a pas à ce sujet de règle fixe et que le choix des juges paraît dépendre du bon plaisir de l'Inspecteur général et du Ministre.

Autrefois le premier agrégé de la promotion sortante était désigné comme juge; depuis 1869, on a pris le premier agrégé *en exercice* de la promotion qui doit sortir l'année suivante ou deux ans plus tard. Ainsi M. Guyon, encore en exercice, est juge du concours en 1869; de même M. Tillaux, en 1872. Le deuxième agrégé, M. Duplay, est nommé juge suppléant. Pour suivre cette tradition, on aurait dû nommer M. Lannelongue; c'est la promotion antérieure qui fournit encore le juge du concours actuel. A-t-on voulu rentrer par ce moyen dans la règle des précédents concours et établir ainsi d'une façon déterminée la nomination du juge agrégé? Nous nous plaisons à l'espérer. M. Lannelongue et plus tard chaque agrégé, premier de la promotion sortante, deviendrait juge à l'expiration de son temps: ce serait au moins sortir de l'arbitraire ou de combinaisons qui prêtent toujours à un semblant de coterie.

Pour l'Académie, il serait à souhaiter que le membre du jury fût nommé à l'élection: les droits de l'ancienneté, si l'on s'en rapporte aux concours antérieurs n'entrent pour rien dans le choix de l'académicien. En médecine, M. Roger a été successivement juge pour les concours de 1863, 1866, 1869, 1872; l'ancienneté mettait avant lui MM. Blache, Barth, etc. En chirurgie, M. [illegible] a fait partie [illegible] dans les quatre derniers concours, et cependant MM. Ricord, Gimelle, Huguier l'avaient précédé à l'Académie de médecine.

Le choix, comme on le voit, est donc purement facultatif, entièrement à la discrétion de l'Inspecteur: une élection aurait peut-être eu pour résultat de faire figurer dans un concours mixte pour la chirurgie et les *accouchements*, un accoucheur; deux spécialistes ne seraient pas de trop sur une liste de neuf juges, dont huit sont exclusivement chirurgiens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 janvier. — Présidence de M. Cornil.

M. Paul Bert met sous les yeux des membres de la Société une série de flacons contenant des substances alimentaires, les unes laissées à l'air libre, les autres soumises à l'air comprimé. Il n'a pas encore ouvert ces flacons pour étudier les changements physiques et chimiques qui doivent être survenus. Il ne veut, aujourd'hui, que montrer leur différence d'aspect. C'est vers le mois de juin qu'il a commencé ses expériences; or, on peut déjà constater que les substances contenues dans les flacons à air comprimé n'ont subi que fort peu d'altérations apparentes. Ainsi, tandis que le pain mouillé du flacon à air libre n'est plus qu'un détritus sans forme, le pain mouillé du flacon à air comprimé est fort reconnaissable; même remarque à faire pour les cerises, la viande, l'urine: les unes exhalent une fort mauvaise odeur et paraissent absolument corrompues, les autres paraissent ne s'être détériorées que fort peu.

Dans certains cas, par suite de fêlure du flacon, d'enfoncement du bouchon, après quelques jours de compression, il y a eu contact passager entre la substance alimentaire et l'air libre. En ce cas, l'expérience devrait être négative et ne pas réussir, il n'en a pas toujours été ainsi et parfois les substances, de nouveau soumises à la compression, ne se sont point altérées. De plus un très-grand nombre d'observations prouvent que les substances qui ont été soumises à l'air comprimé s'altèrent bien une fois exposées à l'air libre, mais que cette altération est beaucoup plus lente et qu'elle est incomplète.

De ces expériences, M. Bert croit pouvoir conclure:

1° Que l'oxygène à haute pression tue les animalcules aussi bien que les gros animaux et que la règle établie pour les uns doit être suivie pour les autres;

2° Que lorsque dans une expérience les substances sont un instant au contact de l'air libre, l'expérience peut encore réussir; il n'y a pas développement de germe, fait analogue à celui qui a permis de créer le mot de « panspermie localisée; »

3° Que les substances une fois comprimées ont une moindre tendance à la putréfaction lorsqu'elles sont remises en contact avec les germes.

M. Bert a constaté que la viande devient acide dans l'air comprimé; il s'est alors demandé si l'acide qui s'était développé empêchait le développement des proto-organismes; mais il a reconnu que de l'acide lactique répandu sur de la viande en hâtait au contraire la putréfaction.

L'auteur s'est occupé ensuite des ferments non organisés; d'abord de la diastase: loin d'être altérée par l'oxygène à haute pression, elle conserve presque indéfiniment son pouvoir. On sait cependant qu'à l'air libre, dès le 2e ou 3e jour elle a perdu tout pouvoir. En sorte donc que l'air comprimé tue les ferments organisés, la levure de bière par exemple, et conserve les ferments non organisés. Enfin, M. Bert a reconnu que la rigidité cadavérique était plus rapide dans l'air comprimé qu'à l'air libre. Or, comme la putréfaction est indéfiniment retardée dans l'air comprimé, il faut en conclure que la rigidité cadavérique n'est pas un premier degré de la putréfaction comme l'ont prétendu certains auteurs.

M. Onimus ne croit pas à l'interprétation donnée par M. Bert à ces expériences, il ne comprend pas, par exemple, comment

ces germes si vivaces, qu'ils résistent à des températures assez élevées, à un froid de — 21°, à des acides énergiques, puissent être tués par un excès d'oxygène. N'y aurait-il pas plutôt dans les expériences de M. Bert une transformation de substances albuminoïdes, telles que les nouveaux éléments ne sauraient y prendre naissance ou s'y développer. Un fait qui pousserait M. Onimus à pencher vers cette hypothèse, c'est qu'une fois comprimées, les substances de M. Bert étaient moins altérables et jusqu'à un certain point réfractaires à ces putréfactions.

M. Leven, qui a fait des expériences nombreuses sur la putréfaction, a remarqué, que si, en effet, l'addition d'un acide hâte la putréfaction, celle d'un alcali la hâte encore plus.

M. Liouville communique en son nom et au nom de M. Strauss, un cas fort intéressant qu'ils ont observé dans la clinique de M. Béhier. Il s'agit d'un homme de 52 ans, pris d'une paraplégie subite, à début brusque. On put croire à une compression par hémorrhagie intra-rachidienne. Cependant des réserves expresses furent faites à cause de la difficulté d'un tel diagnostic. La paraplégie persista, des eschares survinrent et le malade ne tarda pas à mourir. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait là, non d'une hémorrhagie, mais d'un kyste hydatique, ouvert dans le rachis, au niveau de la 10e vertèbre dorsale. La moelle était anémiée dans la région lombaire; la queue de cheval l'était aussi. Il est difficile de préciser le point de départ du kyste; une poche volumineuse existait à la base du poumon gauche, entre le lobe inférieur et le diaphragme; le ligament vertébral était détruit et la vertèbre érodée. Est-ce dans le thorax, est-ce dans l'épaisseur de l'os que s'est développé le kyste? On ne saurait guère se prononcer. M. Liouville ajoute que, dans ses leçons sur les compressions lentes de la moelle, M. Charcot prévoyait le cas d'ouverture d'un kyste hydatique dans le canal rachidien et la difficulté du diagnostic.

M. Jolyet expose le résultat de ses recherches sur l'analyse des gaz contenus dans l'eau de mer et sur la respiration des algues.

M. Onimus revient sur la communication de M. Vulpian, relative à l'arrêt du cœur par les courants induits et les courants continus. A l'égard des courants continus, M. Onimus fait remarquer que l'expérimentateur s'est servi d'une pile de Bunsen, qui agit surtout par décomposition chimique, et cela à tel point qu'on a pu la définir « une action chimique en circulation. » Les courants continus, employés en médecine, ne produiraient pas probablement cet arrêt du cœur. A l'égard des courants interrompus, rien n'est plus exact que le fait observé par M. Vulpian, mais du moins faut-il que les interruptions soient fréquentes et les appareils qui n'en donnent que une, deux ou trois par seconde, ne sauraient arrêter le cœur. Il en faut environ de 16 à 18.

M. Carville. Ces appareils, à rares interruptions, ne sont guère, ou même ne sont pas entre les mains des médecins. Ce qu'a voulu prévenir M. Vulpian, ce sont les accidents qu'un emploi dangereux des appareils ordinaires, à interruptions rapides, pourraient provoquer dans les cas de syncopes et dans les anesthésies par chloroforme.

M. Rabuteau fait une fort intéressante communication sur le bromoforme et sur les analyses d'urines.

Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1875. — Présidence de M. Gosselin.

M. le secrétaire perpétuel annonce que le ministère de l'Intérieur met à la disposition de l'Académie une somme de 4,000 francs. 2,000 francs seront donnés en prix au meilleur mémoire *Sur l'hygiène des enfants en bas-âge.* Le reste sera employé à faciliter la publication du mémoire couronné et à donner des encouragements.

M. le président invite les commissions de présentation de candidats à hâter leurs travaux. Plusieurs places sont déclarées vacantes depuis très-longtemps : une dans la section de pathologie chirurgicale ; une dans la section d'anatomie pathologique ; une dans la section de pharmacie ; une dans la section d'hygiène, deux dans la section d'académiciens libres. Il y a, de plus, 24 places de membres correspondants nationaux.

M. Woillez continue la lecture du rapport sur les *épidémies* qui ont régné en 1873. Le choléra a sévi dans le département de la Seine-Inférieure et notamment dans les arrondissements du Hâvre et de Rouen ; dans le Calvados et notamment à Caen (500 décès), à Ouistreham et à Bretteville-sur-Odon ; dans la Seine et notamment à Paris ; dans la Manche, à Cherbourg, dans l'Eure, à Pont-Audemer (7 décès), dans l'Oise, quelques cas isolés, dans la Meurthe-et-Moselle, (commune de Neurvilliers, 12 décès), sur le territoire de Belfort et dans les Hautes et Basses-Alpes. L'épidémie a été courte et bénigne. Cela a tenu aux précautions prises immédiatement et à l'état sanitaire alors exceptionnellement bon dans toute la France.

Quelques autres épidémies locales ont été signalées. La fièvre puerpérale à Lorient et au Hâvre. Des ophthalmies catarrhales à Coulommiers ; les oreillons dans la Seine-Inférieure et le Pas-de-Calais. Enfin, à Saint-Etienne, 300 soldats sur 2,000 furent atteints de goître.

Epizooties. Des pneumonies bovines et des varioles porcines se communiquant à l'homme ont été signalées dans les Ardennes; l'infection charbonneuse bovine dans la Mayenne et de nombreux cas de rage dans la Somme. Outre les conditions telluriques et atmosphériques de certains pays, les épidémies ont été favorisées dans plusieurs par les mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires des habitants. Dans certains pays aussi, il y a absence presque complète de médecins. Ainsi, l'arrondissement de Pontivy ne possède que dix médecins et trois pharmaciens ; des cantons de 13,000 habitants sont absolument dépourvus de tous secours médicaux ou pharmaceutiques.

M. J. Guérin répondra à la partie du travail de M. Woillez qui a trait au choléra. Le rapporteur ayant admis la doctrine de l'*importation* sans discuter celle de la *spontanéité*. — A 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 octobre 1874. — Présidence de M. Charcot.

36. Sarcome du testicule généralisé aux poumons, sans récidive locale de la tumeur ; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Le nommé S..., âgé de 40 ans, imprimeur, était entré le 17 février 1874, à l'hôpital Cochin, pour une tumeur du testicule droit que M. Desprès reconnut être de mauvaise nature et pour laquelle la castration fut pratiquée le 7 mars. Il n'y eut aucun incident pendant la durée de la réparation de la plaie et la cicatrisation était complète le 27 avril. La tumeur, examinée au microscope, avait présenté les caractères du sarcome à cellules dites embryoplastiques.

30 *Juillet.* Cet homme entrait de nouveau à Cochin pour des douleurs siégeant dans le côté droit de l'abdomen et si violentes qu'elles empêchaient tout travail. La palpation ne faisant découvrir aucune tumeur, on espéra n'avoir affaire qu'à une névralgie lombo-abdominale, comme on en voit des exemples après la castration.

Le 6 août, on signait la sortie du malade dont la guérison était presque complète. Il ne persistait plus qu'une légère douleur au niveau du cordon. Mais le 11, il entrait de nouveau pour ses douleurs, qui étaient revenues plus violentes et l'empêchaient de se redresser. La pression, douloureuse dans presque tout le flanc droit, l'était surtout au niveau du cordon, vers le milieu de la crête iliaque et sur le côté des vertèbres lombaires. On ne sentait pas plus que la première fois de tumeur abdominable.

Le 23 août les douleurs passent du côté gauche que l'on badigeonne à la teinture d'iode. — Cependant le malade tousse un peu, rend quelques crachats spumeux, striés de sang ; mais l'auscultation et la percussion ne donnent rien de notable, et on lui accorde sa sortie le 21 septembre sans qu'il y ait grande amélioration.

15 *Octobre*. Il se présente à la consultation dans un état de maigreur extrême, presque anhélant, et recourbé sur lui-même. Il dit qu'après 15 jours de bonne santé, il lui est survenu à l'épigastre une douleur avec étouffement et que la toux, qui s'était passée après sa sortie, l'a repris de nouveau avec des crachements de sang. Il n'a plus de douleurs dans les flancs, pas de tumeur abdominale, offre une grande perte d'appétit, avec digestions longues et accompagnées de renvois acides, mais sans vomissements.

La percussion donne de la matité dans tout le tiers moyen du poumon gauche; on constate dans la même étendue une grande faiblesse du murmure vésiculaire et dans le reste des poumons quelques râles muqueux et sibilants disséminés. Il n'y a pas eu de crachats depuis son entrée à l'hôpital. M. Desprès pense que le malade a une généralisation cancéreuse des poumons, se fondant surtout sur l'antécédent de sarcome du testicule et la rapidité de l'apparition des accidents de suffocation.

16. On perçoit des râles muqueux fins dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Au sommet droit et en avant existent des frottements pleuraux, rudes.

17. Crachats assez visqueux, non aérés, mais ne contenant pas de sang. On ne trouve aucune modification à l'auscultation dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche; mais, au sommet et en arrière, on perçoit des craquements fins. Du côté droit, râles sibilants au sommet en arrière, et craquements très-fins, très-secs, à l'inspiration en avant. Expiration normale; pas de retentissement de la voix.

19. Il survient un point très-douloureux à la base du côté droit. Pas de matité. Frottements secs. On applique huit ventouses.

21. Le point de côté existe maintenant au sommet droit et en avant. On y perçoit aussi des frottements très-prononcés. Le malade rend de nouveau des crachats spumeux et mêlés à une petite quantité de sang.

24. Il se plaint surtout, avec son étouffement, de ne pouvoir boire que par petites gorgées qui ne satisfont que très-peu la soif intense qu'il éprouve. Son état de faiblesse ne permet pas d'explorer l'œsophage à l'aide du cathétérisme. La mort arrive le 25.

Autopsie. — Les *poumons* sont littéralement farcis de noyaux cancéreux, d'apparence encéphaloïde, très-variables de volume. Il n'y a d'adhérences pleurales qu'aux deux sommets surtout du côté gauche, qui adhère aussi au diaphragme par un point très-restreint. La coupe de ces noyaux montre leur état variable de maturité. La plupart offrent à leur centre un ramollissement déjà étendu sous forme de bouillie jaunâtre pour les uns, et jaune rosée pour les autres, mais aucun ne se vide encore dans les bronches. Le poids des deux poumons s'élève à 3,855 grammes. On voit aussi les ganglions bronchiques indurés, et quelques-uns d'entre eux situés en avant de l'œsophage le compriment manifestement. L'examen microscopique des *tumeurs* du parenchyme pulmonaire, montre qu'elles doivent être rattachées au sarcome nucléaire.

Quant aux organes génitaux, le reste du cordon paraît sain, mais à partir de l'embouchure de l'artère spermatique, on voit un chapelet formé par les ganglions lombaires indurés et cancéreux comprimant la racine des nerfs du plexus lombaire. Ceux du mésentère commencent eux-mêmes à subir la dégénérescence.

On voit par cette autopsie que les douleurs névralgiques du début étaient dues à la compression des nerfs par les ganglions lombaires qui étaient très-durs mais n'avaient pas acquis un volume assez considérable pour qu'on pût les sentir à travers la paroi abdominale. M. Desprès a aussi diagnostiqué sans hésitation l'altération cancéreuse du poumon, mais si on n'avait eu auparavant le malade dans le service pour un sarcome du testicule, les difficultés auraient été grandes; on ne remarquait, en effet, ni gonflement ganglionnaire, ni tumeur au niveau des parois thoraciques, ni différence de forme des deux côtés de la poitrine. — La douleur, très-vive, il est vrai, était très mobile au lieu de présenter cette fixité qu'on a signalée dans plusieurs observations et on s'explique bien ici cette mobilité puisque les deux poumons étaient altérés et pouvaient tour à tour devenir le siége des douleurs.

Enfin il n'y eut aucune expectoration caractéristique, comparable comme on l'a décrit, à de la gelée de groseille, et il n'y a pas lieu de s'en étonner parce qu'aucun foyer cancéreux ne communiquait avec les bronches.

M. Longuet. Le fait de M. Desprès offre une certaine analogie, au point de vue des accidents thoraciques, avec un cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Gallard. Un malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'une broncho-pneumonie à marche aiguë: il meurt quelques jours après et l'on trouve un sarcome du testicule méconnu qui s'était généralisé aux poumons. Comme dans la pièce actuelle, il avait l'aspect de l'encéphaloïde.

M. Malassez. M. Desprès semble admettre que le sarcome du testicule a pu se transformer en cancer encéphaloïde. Le mot encéphaloïde est vague, car il n'indique qu'une apparence macroscopique, sans spécifier la nature de la tumeur, qui peut être aussi bien un sarcome qu'un carcinome.

M. Ollivier. Je demanderai à M. le présentateur si la douleur thoracique a été fort intense chez son malade. Il n'est pas rare d'observer, dans ces cas de généralisation de tumeurs, de véritables névrites cancéreuses qui donnent lieu à des douleurs intercostales intolérables. L'envahissement de la plèvre par des noyaux cancéreux se traduit aussi fréquemment par l'apparition d'une pleurésie qui peut fournir ainsi de précieuses indications sur la nature des tumeurs restées jusque là douteuses. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu une malade qui avait dans l'abdomen des tumeurs que l'on croyait de nature fibreuse. Une pleurésie se déclara, qui nécessita une ponction: le liquide retiré était hémorrhagique. On fut ainsi conduit à diagnostiquer la nature cancéreuse des tumeurs abdominales, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic.

M. Charcot. La tumeur du testicule a été reconnue pour être un sarcome: elle s'est généralisée de préférence au poumon, c'est-à-dire probablement par la voie des veines. Ce mode de propagation paraît être plus spécial au sarcome qu'au carcinome.

14. Epithéliome développé sur une cicatrice de fistule osseuse articulaire : extension de la néoplasie à une partie de la jointure; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

Decaux, 52 ans, entré le 12 juin 1874, à l'hôpital de la Charité, (service de M. Gosselin.) — A l'âge de 12 ans, ce malade a reçu un coup de pied sur le genou gauche. L'articulation est devenue enflée, douloureuse; les moindres mouvements déterminaient des souffrances très-vives. Le malade fut obligé de prendre le lit et ne put se lever pendant un an environ. Pendant ce temps, l'inflammation d'abord aiguë prit une marche chronique; les mouvements devinrent de moins en moins prononcés et l'ankylose fut complète au bout de quelques mois. En outre des fistules nombreuses se déclarèrent, donnant issue à un écoulement continuel de pus.

Jamais le malade n'a remarqué de séquestres, ni d'esquilles. Au bout d'un an, il s'est levé, et pendant 7 ans, il n'a pu marcher qu'avec des béquilles. Les douleurs étaient beaucoup moins vives, mais les fistules ont persisté de même que l'ankylose.

Vers l'âge de 20 ans, la marche fut un peu plus facile. Les fistules se fermaient par moments, mais ne tardaient pas à s'ouvrir de nouveau :

Jamais l'articulation n'a présenté de mouvements. Cet état est resté stationnaire jusqu'à l'âge de 50 ans. Pendant cette longue période, cet homme n'a eu, à aucun moment, de signes de tuberculose. On ne trouve dans sa famille aucun antécédent de tuberculose ni de scrofule.

Nous trouvons donc chez ce malade tous les signes d'une arthrite d'origine traumatique, qui d'abord a été subaiguë et qui est passée ensuite à l'état chronique. Mais ce qui est insolite, c'est la persistance aussi longue de fistules avec une ankylose complète. Il y a environ 15 mois, sans cause appréciable, les douleurs ont reparu, les fistules, principalement celles qui siégeaient en avant du genou, ont cessé de se fermer. Les fongosités qui les recouvraient ont augmenté de volume. Puis, peu à peu, les orifices fistuleux [illegible] agrandis, se sont réunis, formant ainsi un large ulcère recouvert

de bourgeons saignant facilement, d'aspect verruqueux, de couleur rougeâtre. — Cette ulcération a marché rapidement, envahissant en même temps les parties superficielles et les parties profondes. La santé s'est altérée, le malade a maigri de plus en plus.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constata, en avant du genou, au niveau du ligament rotulien, une excavation large, profonde, anfractueuse, dirigée d'avant en arrière, semblant se prolonger jusqu'à l'espace intercondylien et présentant sur toute sa surface des bourgeons énormes semblables au premier abord à des fongosités de tumeurs blanches, ou à certaines végétations syphilitiques

Mais la marche de l'affection, l'absence complète d'antécédents syphilitiques firent rejeter ce diagnostic et M. Gosselin les considéra comme étant de nature épithéliomateuse. Les ganglions inguinaux étaient augmentés de volume, mais ne présentaient pas la dureté et les bosselures que l'on remarque souvent dans les cas de tumeurs malignes. La peau voisine de l'ulcération du genou était rouge, adhérente aux tissus sous-jacents.

Un liquide sanieux et infect sortait en abondance de l'excavation dont nous avons parlé. Les fongosités étaient tellement abondantes qu'il était impossible de porter le stylet sur les surfaces osseuses. Il est probable que cet épithéliome du genou est du genre de ceux que l'on voit quelquefois se développer sur les tissus cicatriciels, et auxquels on donnait autrefois le nom d'ulcères verruqueux.

Outre toutes les lésions précédentes, on remarquait au-dessus du genou un gonflement considérable que l'on pouvait considérer comme une hyperostose du fémur, mais qui, en réalité, dépendait, ainsi que l'a montré l'examen anatomique, de l'extension de l'épithéliome aux tissus environnants. — M. Gosselin pratiqua l'amputation de la cuisse à la partie moyenne le 5 juillet.

Examen anatomique. — Le genou présente une ankylose osseuse. Dans certains points le tissu osseux du fémur se continue presque sans ligne de démarcation avec celui du tibia, la rotule est soudée au fémur. Dans d'autres points l'ankylose se fait par jetées osseuses, par stalactites les unes éburnées, les autres plus ou moins aréolaires.

La partie supérieure du tibia se laisse facilement déprimer; des travées osseuses de nouvelle formation circonscrivent des espaces remplis de moelle de couleur grisâtre. La rotule présente une excavation recouverte de bourgeons de même aspect que ceux des parties molles. Au-dessous d'eux on remarque une ostéite raréfiante très-manifeste.

Les muscles ont subi la dégénérescence graisseuse. Les autres tissus périphériques présentent une consistance et un aspect lardacés. Ce sont ces dernières lésions qui donnaient au-dessus du genou la sensation d'une hyperostose ou d'une tumeur du fémur. Les ganglions poplités sont augmentés de volume et ramollis. Quant à l'ulcère lui même, il présente l'aspect et les particularités que nous avons indiqués plus haut dans le cours de l'observation.

L'examen microscopique a été fait par M. Cornil. — On trouve dans les bourgeons, les éléments caractéristiques de l'épithéliome pavimenteux lobulé. Ce sont des globes épidermiques en quantité considérable.

La portion ramollie de l'extrémité supérieure du tibia et celle de la rotule présente des cavités remplies de moelle embryonnaire au milieu desquelles on voit également des bourgeons épithéliaux.

M. Ory. A propos de ce fait, je rapporterai l'exemple d'une femme de 72 ans, soignée dans le service de M. Trélat pour un épithéliome développé sur la cicatrice d'un ancien cautère.

M. Charcot. Les faits de ce genre ne sont pas rares à la Salpétrière.

M. Debove. On peut tirer de la connaissance de ces détails des applications importantes à la dermatologie. Il existe en effet une catégorie de lupus à marche lente qui après être restés longtemps stationnaires, finissent par se transformer en de véritables épithéliomes de sorte que dans la seconde phase de l[illegible] évolution, [illegible] tenté de croire à une erre[illegible] [illegible] Le [illegible] dans les deux cas il est

possible qu'on fût dans le vrai, l'épithéliome s'étant développé sur la cicatrice d'un lupus guéri. Le cas qui a été présenté à cette société, il y a quelques semaines, par M. Cornil rentre peut être dans cette catégorie.

M. Malassez. Il existe en ce moment à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Lailler, une malade qui porte sur le front et la nuque une lésion qualifiée cliniquement de lupus, et depuis longtemps stationnaire. L'examen microscopique a montré que ce lupus avait la structure des épithéliomes pavimenteux et qu'il reconnaissait pour point de départ les glandes sébacées. Il existe donc des épithéliomes qui présentent cliniquement les mêmes caractères que le lupus. Ici encore, on peut se demander s'il s'agit d'une transformation du lupus en épithéliome, ou bien d'une variété de cancroïde à marche lente, développé sur une ancienne cicatrice de lupus. Sous ce terme de lupus il est bien probable que l'on englobe un grand nombre d'espèces pathologiques différentes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. Prestat (de Pontoise) présente à la Société, un malade porteur d'une énorme tumeur du testicule, survenue d'une manière graduelle à la suite d'une orchite qu'il a eue il y a dix ans. — La tumeur n'offre pas de bosselures, n'adhère pas à la peau; elle est en partie constituée par un épanchement de liquide dans la tunique vaginale, en partie par le testicule qui a atteint au moins huit fois son volume ordinaire. Le cordon est indemne et l'état général bon. Le malade n'en ressent que de la gêne pour se livrer à ses occupations. M. Prestat demande l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir. — MM. Boinet, Lannelongue, Dubrueil, Paulet, sont unanimes à dire qu'il faut l'extirper, ayant vu des cas semblables où l'opération a fort bien réussi.

M. Guéniot lit une communication qu'il intitule : *Simplification opératoire de l'extirpation de certains polypes de l'utérus.* Généralement, on attend que le polype soit descendu dans le vagin, et alors seulement on l'attire au dehors. M. Guéniot reproche à cette manière d'agir, d'abord de laisser les malades s'épuiser par des métrorrhagies trop prolongées; puis la difficulté à saisir le pédicule, et enfin le danger de renverser la matrice. Il est d'avis qu'on doit hâter l'excision alors que le polype est encore renfermé dans l'utérus. Pour cela, le col de l'utérus étant dilaté, on introduit, en se guidant avec la main gauche, une anse métallique fixée au serre-nœud de Maisonneuve — à laquelle on a donné sur le constricteur une courbure à peu près égale à celle du forceps — sur la paroi utérine opposée à celle où l'on a reconnu l'implantation du polype. On fait glisser le fil jusqu'au fond de l'utérus, et l'on embrasse ainsi la tumeur; on n'a plus qu'à serrer le fil et le pédicule est sectionné. Il cite à l'appui de cette manière de procéder, une extirpation de corps fibroïde opérée ainsi et qui a parfaitement réussi.

M. Hervez de Chégoin n'est pas partisan de la ligature du pédicule du polype dans la matrice; il a vu périr toutes les malades opérées de la sorte par Baudin et Lisfranc.

M. Boinet dit qu'il est souvent fort difficile de savoir si la tumeur est pédiculée : parfois elle est sessile. Voilà des cas très-embarrassants pour l'application du procédé de M. Guéniot.

M. Tillaux a remarqué sur le dessin présenté par M. Guéniot que la tumeur était un peu sortie de l'utérus; par conséquent il ne s'agissait pas absolument ici d'un de ces cas dont l'orateur a parlé : la tumeur n'était pas complétement incluse dans la matrice.

M. Cruveilhier trouve que le col n'est pas toujours assez dilatable pour laisser passer une anse métallique suffisante pour embrasser la tumeur

M. Guéniot répond à M. Hervez de Chégoin que ce qui faisait périr les malades à qui on avait lié les polypes pédiculés, c'est la résorption putride de la tumeur qu'on laissait se sphacéler; à M. Boinet, qu'avec l'anse métallique on peut circonscrire la tumeur; à M. Tillaux qu'il y a une grande différence entre une tumeur un peu sortie de l'utérus ou [illegible]-à-fait. Puisqu'il faut que le col [illegible] dilaté pour [illegible] fil du constricteur, il

est nécessaire d'attendre que la tumeur ait produit cette dilatation et nécessairement alors une partie du polype fait une légère saillie en dehors.

M. Terrier lit une observation de *kyste multiloculaire de l'ovaire; adhérences intestinales, ovariotomie, guérison.*

M. Tillaux présente un malade à qui il a fait une véritable greffe tendineuse un mois après l'excision. Les tendons de l'extenseur du petit doigt et de l'annulaire étaient coupés. N'ayant pu retrouver le bout central, il a fixé ces deux bouts périphériques dans une excision faite à l'extenseur du médius. La réunion s'est opérée, et le malade se sert très-bien de ses doigts.

M. Polaillon dit que c'est à Denonvilliers que revient l'idée première de cette opération, et qu'il a eu, lui aussi, à pratiquer la suture tendineuse.

M. Le Fort a reçu un malade qui avait les tendons des deux fléchisseurs et du cubital antérieur sectionnés. Après avoir avec peine saisi les bouts centraux, la difficulté n'a pas été moindre pour reconnaître chaque bout périphérique correspondant. Néanmoins la guérison s'est opérée. Il n'est resté que quelques adhérences à la peau qui ne gênent pas trop les mouvements. I. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. **Note sur le monobromure de camphre**, par M. Gault (*Revue méd. de l'Est*, tome II, n° 8.

II. **Monobromure de camphre**, par E. Perret. (*Union médicale*, 1874 p. 951.)

III. **Neurotic Medicines; with special reference to Camphor and its monobromide**, by Robert Lawson (*The Practitioner*, 1874. t. XII, p. 324).

IV. **Sur le mode d'élimination du monobromure de camphre**, par L. Pathault (*Société de Biologie* et *Gazette médicale*, 1874, p. 602.)

V. **Deux observations sur l'emploi thérapeutique du bromure de camphre**, par F. Raymond (*Société de Biologie*, déc. 1874 et *Gazette médicale*, 1875, p. 36).

VI. **Observation concernant le même sujet**, par le Dr Mathieu. (*Tribune médicale*, 1875, p. 159.)

Depuis l'apparition de nos premiers mémoires sur le monobromure de camphre (1), divers auteurs ont publié des documents intéressants sur les propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques de cette substance. Nous allons en donner l'analyse et, chemin faisant, nous ferons les remarques que pourront nous suggérer les nouvelles expériences que nous avons entreprises et les recherches que nous avons poursuivies à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot.

Propriétés chimiques. — Nous n'entrerons à cet égard dans aucune discussion. Nous nous bornerons à rappeler que le monobromure de camphre est désigné sous des noms différents (camphre monobromé, bromure de camphre); qu'il a été découvert par M. Swarts, puis étudié successivement par Perkin et Maisch; que c'est à MM. Clin et Silva, comme l'a très-justement dit M. Bourgoin (2), que nous devons en France les premiers spécimens de ce corps et qu'enfin, tout récemment, M. Gault et M. E. Perret ont examiné de nouveau ses propriétés chimiques et consigné les résultats qu'ils ont obtenus dans des notes dont nous avons reproduit le titre en tête de cette revue, afin de fournir, à ceux de nos lecteurs pour lesquels ce côté de la question a quelque attrait, des indications capables de leur être utiles.

Propriétés physiologiques. — M. R. Lawson, dans un mémoire récent, a consacré quelques pages au monobromure de camphre. Il résume plusieurs expériences sur des lapins auxquels il a injecté des doses variables de cette substance et trois autres faites sur un homme sain, auquel il fit prendre, à des jours différents, 10, 16 et 20 grains (1) de monobromure de camphre. Les conclusions générales qui découlent de ces expériences c'est que le monobromure de camphre diminue le nombre des pulsations, celui des respirations, et qu'il abaisse la température.

Quant aux effets hypnotiques, ils n'ont pas été constants; ils ont été quelquefois nuls, d'autres fois peu marqués. M. R. Lawson pense que la substance, dont il s'est servi n'est pas parfaitement pure; cela est fort probable car les doses qu'il a données sont bien suffisantes pour déterminer une action sérieuse. Très-souvent, en effet, nous avons vu l'emploi du bromure de camphre, durant quelques jours, modifier le sommeil d'une façon avantageuse : les malades s'endorment plus vite, leur repos est plus calme et plus long.

M. L. Pathault, dans la note qu'il a communiquée à la *Société de biologie* s'est préoccupé d'un autre côté de la question : du mode d'élimination du monobromure de camphre. Jusqu'ici, ses recherches, — qu'il se propose de poursuivre, — sont encore incomplètes. Les points principaux qui en ressortent, c'est que l'élimination est lente et que les urines sont plus jaunes qu'à l'état normal, ce qu'on doit attribuer à ce que le brome s'élimine par la voie rénale. M. Rabuteau, auquel sont dues les analyses, estime qu'une partie du médicament, sous une forme qu'il ne saurait encore indiquer, s'éliminerait aussi par la muqueuse respiratoire.

Il est à regretter que M. Pathault n'ait pas relevé en même temps les changements en quantité apportés par le monobromure de camphre sur la sécrétion urinaire. Expérimentant sur lui-même, il pouvait arriver à des résultats plus rigoureux que ceux qu'il est possible d'observer chez les malades. Nous avons essayé, malgré les difficultés inhérentes à ce genre d'investigations, de combler cette lacune. Tout d'abord, nous avons fait surveiller les malades qui, dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, prenaient quotidiennement trois grammes de monobromure de camphre et nous avons appris qu'elles urinaient notablement plus qu'avant l'institution du traitement.

Cette notion un peu vague nous conduisit à faire recueillir d'une façon régulière, tous les jours, les urines d'une malade atteinte de chorée (2) et dont nous relaterons plus tard l'histoire. Durant les cinq jours qui précédèrent tout traitement, la moyenne des urines évacuées fut de 400 gr. environ. Elle prit successivement : 1 gr (octobre), 2 gr. (novembre), 3 gr. (décembre) et 3 gr. 50 de bromure de camphre (janvier). Du 23 au 27 novembre, la moyenne des urines recueillies fut de 528 gr.; du 23 au 27 décembre, elle fut de 616 gr. et du 11 au 15 janvier, elle a été de 762 gr. Cette observation isolée, d'une rigueur relative cependant par rapport aux autres, annoncerait donc que l'usage continu du bromure de camphre augmente la secrétion urinaire.

Thérapeutique. — Les résultats généraux obtenus de l'emploi du monobromure de camphre dans l'épilepsie et sur lesquels nous avons appelé l'attention se sont maintenus chez les malades en traitement. Parmi ces modifications avantageuses, les plus saillantes sont, nous croyons bon de le répéter : 1° une diminution des accès ; 2° une diminution considérable des vertiges ; 3° la disparition presque complète de l'excitation maniaque si commune à la suite des accès : ainsi, chez de très-anciennes épileptiques, les moments de fureur, l'insomnie, l'agitation nocturne, ont cédé sous l'action du médicament. Nous reviendrons plus tard sur ce point, car, aujourd'hui, notre but est de faire connaître plus spécialement les observations provenant de sources différentes.

Dans une note communiquée à la *Société de Biologie* (séance du 26 décembre), M. F. Raymond a rapporté deux faits d'inégale importance, au point de vue qui nous occupe, en ce sens que l'expérimentation complète, suivie, méthodique dans l'un d'eux, a été, au contraire, assez imparfaite dans le second. Voyons d'abord celui ci.

(1) *Notes sur quelques points de l'action physiologique du monobromure de camphre* (*Progrès méd.*, 1874, nos 25 et 26). — *De l'emploi thérapeutique du monobromure de camphre* [illegible] — [illegible] *Researches on the Monobromide of Camphor* [illegible] — *Du monobromure de camphre dans l'épilepsie* [illegible]

(2) [illegible]

(1) [illegible]

(2) Cette malade [illegible] la même [illegible]

Obs. I. — X..., 18 ans (service de M. Gombault, hôpital de la Pitié), est atteinte d'hystérie avec tremblement et secousses dans les membres supérieurs et inférieurs. Cette jeune fille, 28 jours après son entrée, sortit débarrassée de ses accidents ; mais, comme on a eu recours, chez elle, à des agents thérapeutiques autres que le bromure de camphre, nous nous bornerons à cette simple mention.

Le second fait ne prêtant pas aux mêmes objections, nous allons le reproduire presque textuellement.

Obs. II. — X..., 19 ans (service de M. Vulpian, hôpital de la Pitié,) est sujette à des accidents nerveux caractérisés par des envies fréquentes de pleurer, des douleurs épigastriques, rachidiennes, etc. Le jour de son admission à l'hôpital, avec un peu d'embarras gastrique, elle était affectée d'une toux sèche rauque, quinteuse, légèrement aboyante, revenant à intervalles indéterminés, surtout dans la journée ; elle se plaiguait encore de dyspnée et de douleurs dans le côté droit ; l'auscultation, d'ailleurs, était négative.

Vingt-sept jours après son entrée, alors que sa toux était modifiée, moins fréquente, que son état général était redevenu bon, après avoir éprouvé, pendant quelques jours, des palpitations cardiaques asssez violentes, elle fut prise tout d'un coup, dans la matinée, de *tremblements*, très-forts dans la jambe gauche, plus faibles dans la jambe droite. La veille, la malade avait ressenti des douleurs dans les genoux.

Le tremblement, composé de mouvements spontanés s'effectuant toujours dans le même sens, occupe surtout les muscles de la cuisse. Il disparaît pendant le repos et arrive à son maximum dans les mouvements. Si, par exemple, on commande à la malade de lever la jambe, les muscles sont le siége de secousses convulsives. La sensibilité au contact est perdue dans les membres inférieurs.

Le lendemain, le tremblement qui, la veille, disparaissait pendant le repos, est constant et, de plus, le membre supérieur droit est atteint à son tour. — Le troisième jour, le membre inférieur gauche est agité de mouvements involontaires (flexion de la jambe sur la cuisse,) occupant presque tous les membres. Ce même jour, dans la soirée, il survient un tremblement de la langue, des palpitations et une oppression assez forte. Le cinquième jour, la situation étant la même, M. Vulpian prescrit cinq dragées de bromure de camphre, et le 6e jour (17 *juillet*), six dragées. Le tremblement est un peu moins fort et la sensibilité revient dans les membres paralysés. 23 *juillet*. Dix dragées. Les mouvements ont beaucoup diminué. —25 *juillet*. Vers 5 heures du soir, tout d'un coup, le bras droit et la jambe gauche sont envahis par un tremblement très-prononcé.

A la date du 4 *août*, la malade prenait 15 dragées (1 gr. 50); le tremblement avait diminué.—10 *août*. 19 dragées (1 gr. 90). — 11 *août*. 20 dragées. L'amélioration fait des progrès.—Le 15 *août*, X... sort guérie.

Elle revient à la consultation au bout d'une dizaine de jours ; le tremblement ayant menacé de reparaître, on lui ordonne de nouveau le bromure de camphre. Vers la fin d'août, elle rentre dans le service pendant quelques jours, parce que le tremblement est un peu revenu. On lui prescrit encore du bromure de camphre. Au bout de huit jours, elle sort entièrement rétablie.

Si le premier fait n'est pas exempt de critique, le second nous paraît apporter des preuves sérieuses à l'appui de l'heureuse intervention du bromure de camphre dans les affections du système nerveux. Il justifie par conséquent les prévisions basées sur l'expérimentation, en ce qui concerne les fonctions cérébro-spinales. Mais, d'un autre côté, les enseignements puisés dans l'étude des effets du monobromure de camphre sur la respiration et sur la circulation, fortifiés par les notions tirées de l'analyse chimique qui semblent annoncer que le bromure de camphre s'élimine, au moins en partie, par les voies respiratoires, indiquaient aussi que l'on obtiendrait probablement quelque bénéfice de l'usage du bromure de camphre dans le traitement de certaines dyspnées et dans celui des palpitations cardiaques. Or, la clinique confirme encore cette hypothèse.

Obs. III. — *Palpitations hystériques; insomnie ; traitement par le bromure de camphre ;* par M. le Dr Mathieu (de Saint-Rémy-en-Bouzemont). « La veuve B..., femme de chambre, âgée d'une trentaine d'années, a perdu, il y a quelques mois, son mari, mort d'un érysipèle de la face. Elle en avait été très-vivement impressionnée ; il lui semblait voir, jour et nuit, son mari dans le délire et les convulsions. Dès lors, sa santé s'altéra, des symptômes de chlorose et d'hystérie se manifestèrent : palpitations, bruits de souffle vasculaires, bouffées de chaleur alternant avec la pâleur de la face, sommeil difficile et agité, exaltation de la sensibilité morale, névralgies erratiques, tremblements convulsifs et anesthésie incomplète, surtout dans les membres du côté gauche, menstruation irrégulière, urines incolores et abondantes, etc.

«La veuve B... revint chez ses parents, à la campagne, où je lui fis continuer le traitement tonique institué à Vitry par M. le Dr Wast er, quinquina, bains sulfureux et bains de Pennès. Plus tard, quand survinrent les mouvements convulsifs, je donnai le bromure de potassium; elle en prenait 3 à 4 grammes vers la fin du mois d'octobre dernier, quand, tout-à-coup, pendant la nuit, elle fut prise de palpitations intenses et précipitées, suivies de véritables lipothymies. Ces accidents survenaient aussitôt qu'elle commençait à s'endormir. Aussi le sommeil, qu'elle redoutait, a-t-il été à peu près nul pendant cinq nuits consécutives. Pas de fièvre du reste.

» Les antispasmodiques ordinaires et les narcotiques n'ayant pas amené d'amélioration sensible, j'eus recours aux dragées au bromure de camphre, je débutai par quatres dragées seulement qui amenèrent dès la première nuit, un calme relatif. Les nuits suivantes le sommeil redevint normal ; le pouls qui avait atteint 135 pulsations, revint à 80, 85 et se régularisa. Ces résultats étaient bien dus au bromure de camphre, car j'avais supprimé tout autre médicament, y compris le bromure de potassium.

» Je continuai pendant 15 jours, en variant les doses, suivant les indications. Alors je les diminuai progressivement ; mais étant arrivé à ne plus donner que deux dragées par jour, les palpitations et l'insomnie se reproduisirent ; elles cédèrent de nouveau à la dose journalière de cinq à six dragées, que je dus maintenir un certain temps pour assurer la pacification définitive du cœur et du cerveau.

» C'est, en effet, sur ces deux organes que paraît porter l'action sédative spéciale du bromure de camphre. C'est du moins ce qui ressort de l'expérimentation qui se poursuit en ce moment et que l'observation précédente ne fait que confirmer. »

Nous n'ajouterons aucun commentaire à cette observation qui vient à l'appui de celles qui ont été publiées sur ce sujet et nous terminerons cette revue par une indication pratique.

Dès l'origine de nos recherches, nous nous sommes préoccupé de trouver les moyens d'administrer facilement le monobromure de camphre. Pendant longtemps, nous avons été obligé de nous en tenir aux dragées contenant 0 gr. 10 du médicament. Dans la plupart des cas, ce mode de préparation nous a suffi. Mais, lorsqu'on veut porter la dose à trois grammes, ou au-delà, les malades ont à prendre 30 dragées, ce qui parfois les ennuie. Nous avons donc engagé M. le Dr Clin, qui avait eu l'obligeance de nous préparer le bromure de camphre nécessaire à nos expérimentations, à essayer de faire des *capsules*. Il y est fort heureusement parvenu et maintenant, dans les cas qui exigent des doses élevées, nous donnons des *capsules*, à enveloppe de gluten, renfermant chacune *vingt centigrammes* de bromure de camphre. Ce procédé pharmaceutique contribuera, nous l'espérons, à vulgariser l'usage d'une substance dont les effets physiologiques sont si remarquables.

Bourneville.

BIBLIOGRAPHIE

Des symptômes de la tuberculisation chez les enfants et de leur valeur séméiologique; par GRANGÉ. — Delahaye, éditeur.

Dans sa thèse, dont les éléments ont été recueillis dans le service de M. Roger, le docteur Grangé s'applique à montrer que le diagnostic de la tuberculisation doit, chez l'enfant, reposer sur l'ensemble des symptômes généraux bien plus que sur l'examen des signes physiques dont la constatation est parfois si difficile. C'est par l'étude des modifications survenues dans chacun des grands appareils que l'auteur cherche à nous mettre sur la voie du diagnostic de la phthisie pulmonaire, abdominale ou encéphalique. C'est ainsi, que M. Grangé étudie les modes respiratoires différents dans la tuberculose pulmonaire, dans la tuberculisation des ganglions bronchiques (asthme) et enfin dans la méningite.

Des tracés, joints aux observations, montrent toute la valeur de la température dans le diagnostic différentiel de la tuberculose et de la fièvre typhoïde; ils nous montrent également la chaleur moindre dans la tuberculisation péritonéale que dans la tuberculisation pulmonaire.

L'étude du pouls fournit des indications non moins précieuses; le contraste entre le nombre des pulsations et la température doit faire songer à la dothiénentérie; la chute subite du pouls dans le cours d'une maladie aiguë doit faire redouter une affection cérébrale intercurrente. La constatation d'un œdème de la face, en l'absence de toute albuminurie, devient un fait diagnostique important; il indique le plus souvent une hypertrophie ganglionnaire comprimant la veine cave supérieure.

Une compression de même origine, portant sur le pneumogastrique, se traduit par de l'aphonie, ou, plus fréquemment, par une toux coqueluchoïde dont les médecins d'enfants savent toute l'importance.

Ces quelques lignes suffisent pour indiquer comment le docteur Grangé s'est attaché à demander aux symptômes généraux la preuve de la tuberculisation infantile, étude d'autant plus importante, que, comme le professe M. Roger, « les » méthodes d'investigation physique ne sont pas seulement » plus difficiles à mettre en œuvre chez les enfants, mais en- » core donnent, parfois, chez eux, des résultats moins certains » que chez les adultes. »

L. LANDOUZY.

VARIA

De moribus Germanorum.

Nous trouvons dans un livre récent (1) la traduction d'un document qui éclaire d'un singulier jour l'état moral de l'Empire d'Allemagne. C'est une pétition présentée au Reichstag le 30 mars 1869 par le Comité central de l'Eglise évangélique allemande, et renvoyée à M. de Bismark. Pour l'édification de nos lecteurs, nous en avons *copié littéralement* quelques passages.

« Il n'y a que très-peu de rues à Berlin, même parmi les plus fréquentées » par la haute classe, qui ne soient pas infestées par les domiciles des pros- » tituées... Dans tous les quartiers de la capitale la spéculation a ouvert à » l'immoralité de vrais marchés... Chaque jour, des affiches apposées sur » les murs de Berlin et des environs font connaître les époques de ces af- » freuses exhibitions... Le nombre des femmes placées sous la surveil- » lance de la police, s'est élevé à 71,319 (2)... Dans le cours de l'année » dernière (1868) à Berlin seulement on a trouvé 154 cadavres d'enfants... » et ce chiffre ne représente qu'une très-faible partie des infanticides com- » mis dans la capitale dans l'espace d'un an... Le nombre des enfants » illégitimes, l'année dernière à Berlin, a été de 150 sur 1,000 naissances... » La même année, à Munich, les naissances en dehors du mariage ont été » dans une proportion de 300 sur 1,000.

» A Magdebourg, il n'y a pas une rue. peut-être pas une maison qui ne » soit l'asile de filles perdues ou de racoleuses... En 1868, la statistique » médicale a constaté pour toute la ville de Magdebourg (90,000 hab. 75,006 » cas de syphilis; — A Posen (50,000 hab.), sans compter les prostituées » clandestines, 1.264 femmes relèvent de la police, c'est-à-dire 1,264 prosti- » tuées et plus sur 20,000 femmes environ : 16 pour cent. — A Stettin, sur » 85,000 hab. dont 20,000 femmes adultes, 2,000 prostituées, c'est-à-dire 10 » pour cent environ, et sans compter les [illegible] et les femmes entrete- » nues. Les dispositions du code pénal de [illegible] ne suffisent plus; la po- » lice est débordée, les prostitués des deux sexes, accoupleurs et accou- » pleuses, marchent le front haut.

» A Breslau (156,000 hab.) 1,088 prostituées; la durée des emprisonne- » ments prononcés l'année dernière contre les prostituées représente 5,750 » semaines ou plus de 110 ans. — Dantzig (60,000 hab.) compte environ » 850 femmes placées sous le contrôle de la police. — A Meinel (19,000 hab.) » on trouve sur les livres de la police 234 noms de prostituées, toujours abs- » traction faite des prostituées libres. — A Kœnigsberg, dans presque toutes » les rues sont installées des maisons de débauche. — A Cologne (114,000 » hab.) on compte 200 prostituées inscrites; mais on en connaît 1,000 autres » environ qui font le métier. — A Leipsick (78,000 hab.) on compte 52 mai- » sons de tolérance. — Dans le duché d'Anhalt le nombre des naissances » illégitimes est de 12 sur cent, de 18 sur cent dans le duché du Dessau. La » police a dû renoncer à toute mesure de répression. — A Brême (70,000 » hab.) on ne compte que 70 filles placées sous le contrôle de la police, mais le » nombre des prostituées libres et clandestines y est incalculable. — A » Hambourg (215,000 hab.) le nombre des maisons de prostitution ou éta- » blissements analogues est de 189.

» Il y a sans doute bien des localités où l'on trouve encore la pureté des » mœurs primitives, mais elles sont rares et l'immoralité a envahi les petites » villes comme les moindres villages. Dans les campagnes, le mal empire » chaque jour parce que les unions légitimes y sont devenues à peu près des » exceptions; aussi compte-t-on 50 naissances illégitimes sur cent dans cha- » que commune. »

Pour compléter le tableau, aux doléances du Comité évangélique, joignons les réflexions légèrement comiques de la police de Berlin.

« L'immoralité est tellement « chose commune » le dévergondage couvre » avec tant de liberté les membres de la société allemande de ses ignobles » baveurs; la femme mariée ou non, en est arrivée à une telle dégradation » qu'un homme honnête tremble devant le mariage et se demande sérieuse- » ment si la femme qu'on lui offre n'est pas un résidu de lubricité, et si réel- » lement il n'est pas exposé à n'admettre dans sa couche qu'un amas de pour- » riture. » (Rapport annuel 1867).

L'amour, disait Mme de Staël, est une religion en Allemagne, mais une religion poétique. D'après les chiffres précédents, sur 100 femmes, cette religion compterait donc environ 10 prêtresses vivant de l'autel, les prêtres ne se comptent pas.

Traitement du Coryza.

a) Formule pour les adultes :

Tannin........................ 0 gr. 05.
Poudre d'Iris.................. } àà 1 gr.
— de guimauve............... }
Teinture de vanille............... 4 gouttes.

A prendre par très-faibles doses, 3 ou 4 fois par jour ou plus si le besoin s'en fait sentir.

b) Formule pour les enfants à la mamelle :

Tannin........................ 0 gr. 03.
Axonge........................ 5 gr.
Teinture de vanille.............. 5 gouttes.

On roule entre le pouce et l'index un très-petit carré de papier de façon à en faire un cylindre plein, mais si peu rigide qu'il se plie au moindre mouvement latéral que fait l'enfant quand on le lui introduit dans les narines, puis après l'avoir enduit de la pommade ci-dessus, on le fait pénétrer dans chaque fosse nasale. (*Tribune méd.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT fera sa leçon du dimanche 24 janvier sur quelques points de l'*épilepsie*.

Hôpital de Charité. — Service du Dr TRÉLAT. Salle Saint-Jean (H.) : 7, tumeur de la parotide; 11, hématocèle; 13, plegmon iliaque; 21, rétrécissement du rectum. — Salle Sainte-Rose : 1, épithéliome de la cuisse; 5, ostéomalacie; 6, iritis syphilitique; 8, pelvi-péritonite; 11, gomme du pied; 12, décollement épiphysaire du fémur; 14, tatouage de la cornée. — Lundi spéculum; mercredi à 9 h. 1/2, clinique et opérations; vendredi, ophthalmoscope.

Service du Dr GOSSELIN. Cliniques les mardi, jeudi et samedi, à 9 h. — Service du Dr SÉE. Clinique les lundi, mercredi, vendredi. — Service du Dr HAYEM, suppléant le professeur Bouillaud. Clinique : mardi, jeudi, samedi. — Service du Dr BERNUTZ. Salle Saint-Ferdinand. Clinique le mercredi.

Hôpital Beaujon. — Service du Dr MOUTARD-M[illegible]. Salle Saint-François : 2, insuffisance aortique, 8, cancer du bassin; [illegible], rhumatisme articulaire aigu; 25, asthme. — Salle Sainte-Claire (F.) : [illegible] exophthalmie; 4, métro-péritonite; 7, laryngite chronique; 9, insuffisance aortique; 18, hémorrhagie cérébrale; 27, cancer de l'utérus.

Service de M. LE FORT. Salle Saint Vincent-de-Paul (F.) : 20, [illegible] du bassin; 25, abcès dentaire bilatéral; 30, épithélioma de l'anus, 42, phlegmon du cou; 43, coxalgie avec hydarthrose au genou. — Salle Sainte-Agathe (F.) :

(1) *Les odeurs de Berlin*, Léouzon le Duc.

(2) Berlin compte environ 700.000 hab., ce qui suppose 170,000 femmes adultes. La proportion est belle

4, ankylose du genou; 6, esthiomène de la vulve; 7, arthrite aiguë rhumatique; 17, coxalgie; 18, carie du bassin.

Service du Dr Axenfeld, remplacé par le Dr [illegible]. Salle Saint-Jean (H.) : 10, fièvre typhoïde; 11, kyste hydatique du foie suppuré; 16, insuffisance mitrale; 20, encéphalopathie saturnine. — Salle Saint-Paul (F.): 1, syphilis (accidents secondaires); 2, mal de Pott; 7, diabète; 21, ovarite

Service du Dr Dolbeau. Salle Ambroise-Paré. 3, fracture de jambe; 14, lipome du pli inguino-fémoral. — Salle Saint-Félix : 17, ectopie testiculaire; 18, fracture de l'humérus; 22, fracture du col du fémur, 25. onyxis scrofuleux. — Salle Saint Denis : 35, lipomes multiples symétriques; 36, tubercules prostatiques; 54, végétations anales; 56, épithélioma de la joue. —Salle Sainte-Clotilde (F.) : 1, adénite chronique sarcomateuse; 4, kyste riziforme de l'avant-bras; 8, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; 9, fistule vésico-vaginale; 14, obstruction intestinale. — Salle Sainte-Marthe : 8, tumeur fibreuse de la fosse iliaque; 28. rhagades syphilitiques des orteils; 21, fistule recto-vaginale.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Labbé. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 2, mal perforant, 4, épispadias; 5, luxation de l'atlas, polyurie 14, épididymite caséeuse. — Salle Saint-Jean (F.) : 3, abcès par congestion; 12, tumeur de la paroi thoracique; 17, carcinome du pénis; 23, corps fibreux de l'utérus; 24, atrophie d'une des lèvres du col utérin.

Service de M. Lorain. — Salle Saint-Michel (H.) : 20, ataxie locomotrice, 23, rhumatisme blennorrhagique; 34, ataxie locomotrice. — Salle Notre-Dame : 2, coliques hépatiques; 4, insuffisance mitrale; 26, rhumatisme noueux; 30, hémiplégie hystérique; 40, chorée; 43, paralysie hystérique.

Service de M Gombault. — Salle Sainte Eugénie (F.) : 3, tumeur abdominale; 22, gomme ulcérée du voile du palais et de la voûte palatine; 40, rhumatisme, endocardite, pleurésie; 35, pleurésie diaphragmatique. — Salle Saint-Benjamin (H.) : 10, pleurésie symptomatique; 14, phthisie laryngée; 18, tumeur cérébrale.

Hôpital Necker. — M. Potain. Consultation le jeudi. Examen des nouveau-nés, vendredi. — Salle Sainte-Anne (F.) : 6, sciatique hystérique, 9, hystérie, accès de céphalalgie quotidiens avec poussée d'érythème; 21, fièvre typhoïde, forme abortive; 25, vomissements hystériques incoercibles; 31, hypertrophie congénitale du cœur, péricardite adhésive. — Salle Saint-Louis (H.) : 6 chorée en voie de guérison, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral; 11, dilatation bronchique; 18, inversion du cœur, tuberculose, 2e degré; 19, hémorrhagie cérébrale en voie de guérison; 20, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie et anesthésie; 27, angine de poitrine.

M. Delpech. Consultations le lundi. Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 4, coliques hépatiques; 6, métrite (suite de couches); 11, hémorrhagie cérébrale; 12, incontinence d'urine (hystérique); 14 rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 16, paraplégie hystérique; 20, ascite et kyste multiloculaire de l'ovaire; 22, phlegmon du ligament large; 26, hépatite aiguë; 30, diabète. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, pleuro pneumonie double; 10, paraplégie; 15, pityriasis rubra aigu; 16, insuffisance aortique, ataxie, 32, périt phlite.

Chirurgie : M Guyon. Consultations mardi, jeudi et samedi. Opérations mercredi et samedi (le samedi plus spécialement opérations sur les voies urinaires). — M. Le Dentu [illegible]. Consultations : lundi, mercredi et vendredi. Opérations le jeudi. Endoscope, lundi et jeudi.

Hôpital temporaire (rue de Sèvres). Service du Dr Audhoui. Salle Saint-Joseph (F.) : 2, lésion mitrale double avec congestion hépatique; 8, abcès stercoral; 14, ataxie locomotrice; 20, ulcère simple de l'estomac. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 6, cirrhose; 16. endocardite rhumatismale; 21, myélite centrale. — Salle Sainte-Marthe : 10, paralysie agitante au debut, chez un jeune homme; 18 cancer du foie; 21, cancer de l'estomac.

Service du Dr Damaschino. Visite à 9 h. *Examen des malades par les élèves.* — Salle Sainte-Anne (H.) : 1, mal de Pott cervical, *névralgie brachiale*; 5, pleuro-pneumonie aiguë; 8, affection mitrale et double lésion aortique; 16, emphysème pulmonaire: 18, mal de Bright chronique, 22, phthisie au 1er degré; 25, pleurésie purulente, vomique; 29, double affection mitrale. — Salle Saint-François (F.) : 1, névralgie ovarienne hystérique, 2, cancer du péritoine; 3, pleurésie aiguë sèche. 4. tumeur cérébrale; 5, perforation de la voûte palatine d'origine syphilitique; 11 et 30, rhumatisme chronique; 15, phthisie aiguë; 16 pleuro-pneumonie puerpérale: 17, hernie de la ligne blanche ayant occasionné des troubles dyspeptiques de longue durée; 18, cancer du corps de l'utérus avec propagation au péritoine; 18, onyxis syphilitique; 26, bronchite chronique et double lésion aortique; 31, syphilis tertiaire, éruption papulo-tuberculeuse, gomme, périostite syphilitique. — Salle Sainte-Marie (crèche) : 4 et 20, syphilis congénitale; 6 et 7, phlegmon du ligament large; 11, rachitisme; 12. hépatite interstitielle (mère).

Service du Dr Rigal. Salle Saint-Jean (F.) : 2, corps fibreux de l'utérus; 5, tumeur du rein droit; 16. pneumothorax; tuberculose pulmonaire; 23, pleurésie tuberculeuse droite; 27, cancer de l'épiploon — Salle Saint-Louis (F.) : 12, myélite chronique; 18, syphilide papulo-squammeuse. — Salle Sainte-Hélène (H.) : 12, diabète insipide; insuffisance mitrale; 14, mal de Pott cervical; 16. gravelle urique; 18. rétrécissement de l'œsophage; 22, encéphalopathie saturnine; 24, insuffisance mitrale; congestions viscérales multiples; 27, pleurésie purulente.

Service du Dr Terrier. Salle Saint-André (H.) : 1, maladie de Ménière; 2, 5 et 45, rétrécissement de l'urèthre; 6, tumeur lacrymale; 8, fracture du maxillaire inférieur; 16. coxalgie; 19. abcès de la fosse iliaque; 24, plaie de tête à l'occiput, douleurs vives au point diamétralement opposé, au front du côté gauche; embarras de la parole; 31 et 43, fistule à l'anus; 35, affection syphilitique de la langue; 41, cancer de la langue. — Le jeudi examen des yeux et des oreilles.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 15 janvier, on a constaté 894 décès, savoir : Variole, 5; rougeole, 7; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 15; érysipèle, 7; bronchite aiguë, 50 : pneumonie, 96; dyssenterie, ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1 : — choléra nostras, »; — angine couenneuse, 6; — croup, 11; — affections puerpérales, 5; — autres affections aiguës, 211; — affections chroniques, [illegible], dont 169 dues à la phthisie pulmonaire — affections chirurgicales, [illegible], — causes accidentelles, 22.

A Londres. — Population : 3,400,701 habitants. Décès du 28 déc. au 2 janv., 2,142, savoir : Variole, 4. — rougeole, 14; — scarlatine, 69; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 16; — bronchite, 609; — pneumonie, 136 : — dyssenterie, 1; — diarrhée, 12; — choléra nostras, »; — diphthérie, 8; — croup 18; coqueluche, 57.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 3 au 9 janvier 1875, 2,296, savoir : variole, 5; — rougeole, 16; — scarlatine, 61; — fièvre typhoïde, 27; — érysipèle, 20; — bronchite, 523; — pneumonie, 180; — dyssenterie, »; — diarrhée, 0, — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 7; — croup, 18; — coqueluche, 52.

Agrégation (*Médecine*). — Voici la liste des questions orales (2e épreuve, avec les noms des candidats qui les ont traitées : 1° *Typhlite et pérityphlite* (Demange et Landrieux) : — 2° *Endocardites aiguës* (Renaut et Strauss) ; — 3° *Phlegmatia alba dolens* (Rathery et Quinquaud) : — 4° *Complications du diabète* (Audhoui et Desplats) ; — 5° *Complications de la scarlatine* (Legroux et Liouville) : — 6° *Du rhumatisme blennorrhagique* (Dieulafoy et Grasset) ; — 7° *Des accidents cérébraux dans le mal de Bright* (Grancher et Debove) ; — 8° *Péritonite chronique* (Balleste et Du Castel) ; — 9° *Angine de poitrine* (Hallopeau et Lépine) ; — 10° *Bronchite capillaire* (Joffroy et Rendu). — La troisième série d'épreuves commencera lundi à 5 heures.

Ecole de Limoges. — M. Astaix, professeur de chimie et pharmacie, vient d'être nommé directeur, en remplacement de M. Bardinet, décédé. M. le docteur Boudet est chargé du cours complémentaire de physique. (Emploi nouveau).

Conseils généraux. — M. le docteur Faure a été nommé conseiller général pour l'un des cantons du département des Bouches-du-Rhône.

Assistance publique. — M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique a reçu de M. Gillet, à titre de don annuel, 350 fr. pour les pauvres des 10e et 19e arrondissements ; — d'une personne qui désire garder l'anonyme, 2.000 fr. pour les pauvres du 20e arrondissement ; — du Crédit foncier de France, 300 fr. pour les bureaux de bienfaisance ; — de M. E. Moïana, 2,000 fr. ; — de M. J. Reinach, 1.200 fr. pour les bureaux de bienfaisance, — de la Banque de Paris et des Pays-Bas, 2.000 fr. répartis entre les bureaux de bienfaisance des 13e, 14e, 19e et 20e arrondissements.

— A la suite de l'information judiciaire relative au sieur Le Febvre, dit Lafoye, dit des Roziers, M. Cortillot chef de bureau à l'Assistance publique a été mis en arrestation et conduit à Mazas, sous l'inculpation de faux nombreux et de détournements considérables commis de complicité avec Le Febvre. Hier, M. Sallatin, procureur de la République, et M. Rigon, juge d'instruction, se sont transportés aux bureaux de l'Assistance publique pour s'y livrer à une perquisition qui n'a pas duré moins de trois heures. *Le Temps* du 11 janv. M. de Bourgneuf, chef de la division des Enfants Assistés, est mis à la retraite.

Lépreux dans l'Inde. — D'après le *Homeward mail* le dernier recensement donnerait à l'Inde 93,231 lépreux. (*Gaz. hebd.*)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

Ire ET IIe LEÇONS.—**Objet du cours.—Image laryngienne. — Mode opératoire et instruments** (*Suite*) (1).

Leçons recueillies par MM. AFFRE et MOIZARD, internes du service.

Messieurs,

Nous avons indiqué d'une façon générale le mode opératoire, qui doit être employé lorsque l'on veut pratiquer l'examen laryngoscopique. Il nous reste à parler de quelques difficultés que l'on peut rencontrer, soit pour l'exploration du larynx, soit pour les opérations que l'on veut pratiquer sur cet organe avec l'aide du miroir.

A. Nous allons d'abord passer en revue les difficultés de l'exploration successivement dans les divers temps de l'examen :

1° La position à donner au malade est très-importante, il faut que le point, sur lequel tombent les rayons lumineux, soit à peu près invariable et ne soit situé ni trop haut ni trop bas. S'il est trop haut, la vue ne pénètre pas suffisamment derrière l'épiglotte; s'il est trop bas, l'ombre portée par la base de la langue cache plus ou moins complétement l'image. Le rayon d'incidence doit tomber à peu près *sur la racine de la luette*. L'image est alors vivement éclairée.

Pour obtenir ce résultat, le malade pourra être placé sur un tabouret à vis, qu'on relève ou qu'on abaisse suivant la taille du sujet. Celui-ci devra être assis sans raideur; on lui recommandera de ne s'élever ni de s'abaisser sur ses reins, de manière que la position prise par lui reste à peu près fixe pendant l'examen. Malgré ces recommandations, il se produit à chaque instant des variations dans la position du malade qui se relève ou s'affaisse plus ou moins. Pour y remédier, on a imaginé une table mobile (table de Fauvel) dont le centre portant le foyer de lumière peut, au moyen d'une vis, être levé ou baissé suivant la taille du malade. Mais, avec ce moyen, on ne peut suivre assez rapidement les changements de position qui se produisent. Ce but est bien mieux atteint par les laryngoscopes à lentille mobile, dont nous vous parlerons tout-à-l'heure.

2° On fait ensuite ouvrir la bouche au malade. Il semble d'abord étonnant que ce temps de l'exploration puisse présenter la moindre difficulté. Il y a cependant des gens auxquels il est presque impossible de faire écarter convenablement les mâchoires. Ce sont ordinairement des sujets très-nerveux. On triomphera assez facilement de ces premières difficultés avec de la patience : l'éducation du malade se fait peu à peu, et l'examen finit par devenir plus aisé. Il n'en est pas de même quand le défaut d'écartement des mâchoires tient à une conformation vicieuse particulière ou à une sorte d'ankylose des articulations temporo-maxillaires. On ne peut alors introduire le miroir que d'une façon très-imparfaite, et l'examen sérieux du larynx est parfois tout à fait impossible.

Dans les cas plus ordinaires où il n'y a pas d'obstacle matériel, mais seulement impéritie ou indolence du malade, il suffit de prévenir à plusieurs reprises celui-ci en frappant légèrement l'arcade dentaire supérieure avec le dos du miroir, ou en faisant renverser plus ou moins la tête en arrière. Enfin, quelquefois, des moustaches très-longues et retombant au-devant de la bouche peuvent cacher une partie de l'image. Il est toujours facile de les couper ou tout au moins de les écarter.

3° Le malade doit faire sortir sa langue de sa bouche, et le médecin la maintient au-dehors. Certains sujets, inintelligents ou très-nerveux, éprouvent quelques difficultés à pousser la langue plus loin que les arcades dentaires ou que les lèvres ; il faut cependant que la pointe de la langue touche presque le menton. En même temps, on enseigne au malade à creuser la langue en gouttière vers sa base, de sorte qu'il y ait un plus grand espace dans le fond de la bouche pour le passage des faisceaux lumineux. Sans cette précaution, la base de la langue se renfle ou vient s'appliquer sur le miroir en cachant complétement l'image. C'est par l'éducation du malade que l'on arrive à vaincre cette petite difficulté. En tout cas, il faut bien retenir ce précepte que le rôle du médecin se borne à maintenir la langue ; il ne doit jamais tirer dessus, c'est au malade de la pousser suffisamment au-dehors. On profite de l'ouverture de la bouche et de l'aplatissement de la langue pour explorer la cavité buccale, puis on prend le miroir.

4° Avant de se servir d'un miroir, il est toujours absolument indispensable de s'assurer de sa propreté. Cela est surtout nécessaire dans une clinique comme celle-ci où l'on examine successivement un grand nombre de malades, atteints souvent de maladies contagieuses. Ayons toujours présents à l'esprit les accidents déplorables de contamination auxquels un médecin auriste, mort depuis plusieurs années, avait donné lieu par sa négligence à cet égard. Aussi faut-il laver avec soin le miroir après chaque examen. Nous nous servons pour cela d'une solution de permanganate de potasse dont on connaît les propriétés désinfectantes. On essuie ensuite avec soin le miroir pour le sécher, puis on le chauffe légèrement: sans cette précaution, l'haleine du sujet déposerait sur la glace une légère buée qui ternirait l'image: quelques médecins, pour laver et chauffer le miroir en même temps, le plongent dans l'eau chaude : cela a plusieurs inconvénients, d'abord, il reste toujours sur la glace une couche mince de liquide qui rend l'image moins nette, et puis quelques gouttes de liquide, s'introduisant dans la sertissure du miroir, glissent entre la glace et sa garniture métallique, et finissent par en altérer plus ou moins le tain. Cette détérioration du miroir se produit quelquefois instantanément quand on le chauffe sans l'avoir bien essuyé. Une sorte de fusée de vapeur s'introduit derrière la glace et la met hors de service.

Il est plus simple et plus sûr de chauffer le miroir bien séché soit au-dessus de la lampe même du laryngoscope, soit sur une lampe à alcool. Mais, encore ici, il faut avoir bien soin de ne pas présenter à la flamme la face métallique du miroir; en effet, le métal atteint rapidement une température assez haute, et comme il est en contact immédiat avec le tain de la glace, ce tain serait vite fondu par la chaleur, et en quelques instants le miroir peut être hors d'usage. Il faut donc toujours le chauffer par sa face réfléchissante ; avec ces précautions, un miroir doit durer plusieurs mois.

Avant d'introduire le miroir dans la bouche, on l'essuyera sur la main ou sur la joue, pour s'assurer que la température n'est pas trop élevée.

5° La luette peut constituer un obstacle à l'examen laryngoscopique par son volume extrême, soit que ce volume résulte d'une disposition congénitale, soit que la luette soit œdématiée ou gonflée par des glandules hypertrophiées. Toute la partie de la luette, qui dépasse le bord inférieur du miroir, s'y réfléchit et vient se placer au-devant de

(1) Voir les nos [illegible] du *Progrès Médical*.

l'image laryngienne. On peut quelquefois ramasser en quelque sorte la luette avec l'angle inférieur du miroir, pour la repousser tout entière sur la face postérieure de cet instrument.

Mais il faut avouer que cette procidence de la luette, très-gênante pour les commençants, devient peu importante quand on a acquis un peu l'habitude du laryngoscope. On finit par faire abstraction de cette image importune, et par ne plus guère apercevoir dans le miroir que le larynx lors même que la pointe de la luette y serait en partie réfléchie. Néanmoins, on a inventé un grand nombre d'instruments pour remédier à cet inconvénient : ce sont les relève-luettes; les principaux sont le relève-luette en fourche et le relève-luette en cuiller. Mais leur grand inconvénient c'est que, lorsque l'on tient le miroir et le relève-luette, les deux mains sont occupées; il est alors impossible de se servir d'aucun autre instrument. Pour remédier à cela, j'avais imaginé un miroir portant sur la face postérieure une sorte de petite corbeille dans laquelle se plaçait la luette de sorte que le miroir servait en même temps de relève-luette. Mais j'en ai depuis longtemps abandonné l'usage.

Pour qui a l'habitude du laryngoscope, la luette n'est pas, en général, un obstacle sérieux, cependant lorsqu'elle est trop développée on peut chercher à en diminuer le volume par des cautérisations avec le nitrate d'argent, par exemple. On a même conseillé d'en pratiquer l'excision préalable, mais on a singulièrement abusé de cette petite opération. Quelque facile, quelque inoffensive qu'elle soit, on ne doit pas cependant y recourir pour un motif aussi futile. Il faut la réserver pour les cas où la luette est largement ulcérée à sa base. Dans ces cas, elle se détache souvent elle-même, naturellement, et alors l'ulcération guérit avec rapidité. L'indication est donc d'imiter la marche de la nature et de pratiquer l'incision toutes les fois que les ulcérations sont assez vastes pour menacer l'intégrité du voile du palais lui-même. On pourra encore la pratiquer quand la luette extrêmement procidente chatouille l'orifice supérieur du larynx ou la base de la langue. Mais on a aussi fort exagéré le nombre des cas dans lesquels cela est nécessaire. Quoiqu'il en soit on ne doit pas exciser la luette dans le seul but de faciliter l'examen du larynx ; on n'est autorisé à prendre ainsi ses aises que pour aller à la recherche de quelque lésion grave de la région sus-palatine du pharynx. En dehors de ces cas, cette opération ne doit être décidée que par des raisons d'ordre pathologique.

6° Les amygdales hypertrophiées gênent parfois beaucoup en rétrécissant l'isthme du gosier, au point de ne plus laisser la place nécessaire pour placer le miroir dans la gorge. On y parvient quelquefois en se servant de miroirs ronds très-petits. Il n'en est pas moins vrai que l'hypertrophie des amygdales constitue parfois un obstacle assez sérieux, pour qu'on doive attendre avant de pratiquer l'examen que leur volume ait diminué.

Les astringents donnent peu de résultats. Nous en avons obtenu de meilleurs par l'emploi du gargarisme iodé (iode métallique et iodure de potassium). Quelquefois enfin, on devra recourir à l'excision, mais ce que nous venons dire de l'excision de la luette est applicable en tous points à celle des amygdales. Ajoutons de plus que l'amygdalotomie, opération si innocente chez l'enfant, peut être suivie chez l'adulte d'hémorrhagies graves pour lesquelles on a dû parfois recourir au fer rouge.

7° Mais les difficultés les plus sérieuses proviennent ordinairement de la position de l'épiglotte. L'épiglotte est un opercule qui ne doit s'appliquer sur le larynx que dans des circonstances déterminées, en dehors desquelles elle est assez relevée pour que l'orifice supérieur du larynx soit parfaitement libre. La distance qui sépare alors l'épiglotte de la glotte est toujours assez grande pour permettre au rayon réfléchi par le miroir de pénétrer jusqu'aux cordes vocales. Quelquefois, cependant, l'épiglotte est beaucoup plus inclinée qu'à l'état normal sur l'infunbulum du larynx, de sorte qu'elle cache alors plus ou moins complétement les cordes vocales.

Dans ces cas de procidence de l'épiglotte, il est bon de faire respirer tranquillement le malade, de lui faire faire des mouvements alternatifs et réguliers d'inspiration et d'expiration, puis de le faire chanter et de lui faire émettre des notes un peu hautes.

On peut ainsi faciliter l'examen, grâce au mouvement d'élévation total du larynx qui se produit lors de l'émission des sons élevés. Malheureusement il y a des malades absolument dépourvus d'*oreille* musicale. Il est impossible de leur faire comprendre ce que c'est qu'une note haute ou une note basse ; d'autres entendent bien la différence du son, mais le chant leur est tellement étranger que, malgré toute leur bonne volonté, ils ne peuvent émettre les sons que vous leur indiquez, ou ils se livrent à des efforts considérables qui produisent l'astriction du pharynx, et rendent l'examen plus difficile que dans les simples mouvements respiratoires ; on est alors obligé de renoncer à ce moyen ; d'autres fois on réussit en faisant faire au malade une série d'expirations brusques ou encore en l'engageant à pousser, à faire des efforts diaphragmatiques.

Le meilleur moyen de faire pénétrer la lumière derrière l'épiglotte, c'est de renverser fortement la tête en arrière, ce qui a pour effet de tendre mieux la langue et le larynx, et de permettre de relever le manche du miroir de manière à placer celui-ci dans un plan de plus en plus vertical.

Il suffit de comparer la figure ci-contre avec la

Fig. 5.

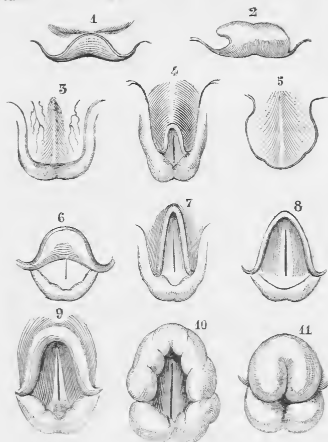


figure 3 donnée ci-dessus pour voir que plus le miroir se rapprochera de la verticale, plus le rayon réfléchi pénétrera sous l'épiglotte et vers la commissure des cordes vocales.

Enfin, on a conseillé de saisir l'épiglotte au moyen d'une pince ou d'un ténaculum, pour la ramener en avant. Türck a même imaginé dans ce but un instrument spécial. Mais ces manœuvres sont toujours très-mal tolérées et, en outre, elles ont l'inconvénient d'occuper les deux mains à la fois, de sorte qu'il est alors impossible de pratiquer aucune opération ou de porter aucun topique sur le larynx.

D'autres fois, en portant le miroir obliquement dans le fond de la gorge alternativement à droite et à gauche, on parvient à tourner l'obstacle, et à apercevoir successivement la moitié gauche, puis la moitié droite de la glotte. Mais c'est surtout par l'habitude, c'est surtout par l'éducation du malade, qui devient de plus en plus tolérant, que l'on arrivera à triompher de ces sérieuses difficultés : aussi un des meilleurs moyens d'y arriver promptement est d'introduire en tâtonnant dès la première séance une de nos petites éponges laryngiennes dans le larynx : le malade s'habitue rapidement à ce contact et bientôt débarrassé des phénomènes réflexes qui augmentent tellement la difficulté, il laisse voir à la quatrième ou cinquième séance, ce qu'il aurait été incapable de montrer au début.

L'épiglotte présente une forme très-variable suivant les sujets. C'est elle qui donne à chaque larynx sa physionomie spéciale, de même que le nez pour les traits du visage. Nous avons coutume d'employer des comparaisons familières pour exprimer toutes ces variétés de forme et d'aspect. et nous en représentons quelques-unes dans la figure ci-contre.



(*Fig. 6*)

Ainsi au lieu de l'épiglotte normale (n° 1), nous trouvons quelquefois l'épiglotte enroulée sur elle-même d'arrière en avant comme une *feuille sèche* (n° 2), tantôt pendante comme un *tablier de cuir* (n° 3), tantôt allongée en forme de *spatule* (n°4), tantôt projetée en avant comme une *trompe d'éléphant* (n° 5), d'autres fois elle est relevée et présente la forme d'un *chapeau de gendarme* (n° 6). Quelquefois, elle est pliée longitudinalement, de sorte qu'elle ne laisse apercevoir la glotte qu'à travers une fente étroite, c'est l'épiglotte en *oreille de lapin* (n° 7), on peut en rapprocher l'épiglotte en *mitre d'évêque* (n° 8). Enfin, dans certains cas d'œdème, l'épiglotte est rouge, gonflée, très-volumineuse, semblable à un prépuce dans les cas de *phimosis* ou de *balano-posthite* (n° 9 et 10), tantôt étranglée à ce bout et violacée comme un *paraphimosis* (n° 11). Dans ces derniers cas, l'examen de la glotte est rendu à peu près complètement impossible, mais ce sont des cas pathologiques.

8° Quelque précaution que l'on prenne dans l'application du miroir au fond de la gorge, il est rare qu'elle ne provoque point quelques mouvements réflexes. Ces mouvements sont plus ou moins prononcés, suivant les personnes. Ce sont souvent les gens lettrés, intelligents, nerveux, qui y sont le plus sujets. On comprend combien ces efforts sont gênants pour l'exploration. On en triomphe par la patience. On emploie aussi pour diminuer la sensibilité du pharynx et prévenir les mouvements réflexes, le bromure de potassium à l'intérieur. On peut aussi l'employer en badigeonnage sur le fond de la gorge, immédiatement avant l'examen. Mais il n'y faut pas trop compter. On fera bien cependant de donner cet anesthésique, ne fut-ce que pour l'effet moral qu'il produit sur le malade, dont la confiance augmente singulièrement la docilité et la tolérance. On a employé aussi les pulvérisations de chloroforme. Mais le meilleur moyen de calmer le malade et de venir à bout des mouvements réflexes, c'est d'habituer le larynx au contact des instruments en le touchant le plus tôt possible avec des topiques inertes ou calmants.

Les difficultés sont encore plus grandes lorsque l'on veut pratiquer la rhinoscopie avec le miroir laryngien. On n'y peut arriver que si l'on a déjà une grande habitude du maniement de cet instrument. Mais l'habileté de l'observateur ne suffit pas, il faut encore que l'on ait à faire à un malade dont l'éducation soit faite depuis longtemps et dont le pharynx soit devenu très-tolérant. Il faut que le malade aplatisse sa langue et la creuse fortement à sa base; il est très-important que l'opérateur ne touche pas cet organe avec le manche du miroir. La luette est quelquefois tellement gênante que l'on est forcé de l'exciser quand l'examen présente une grande importance.

On a imaginé dans ce but plusieurs instruments nommés *relève-luette*, parmi lesquels nous pouvons citer celui de M. Duplay, qui réunit en lui le relève-luette et le miroir : un mouvement de pédale fait jouer au moment voulu la petite fourche qui relève la luette. Mais l'emploi de cet instrument est toujours difficile, malgré quelques perfectionnements qu'y a apportés un médecin russe et dont on peut trouver le modèle chez M. Charrière: tous ces instruments provoquent très-vite des mouvements réflexes. On voit alors les piliers du voile du palais se rapprocher et fermer pour ainsi dire l'entrée du pharynx. Les difficultés de la rhinoscopie sont tellement grandes que l'on est souvent obligé d'y renoncer.

Il en est de même pour l'examen des *trompes d'Eustache* : nous avons indiqué plus haut la position à donner au miroir, mais il est des malades dont le pharynx présente un espace si étroit entre le pilier postérieur de l'amygdale et la paroi postérieure du pharynx, ou qui contractent si facilement ce pilier de manière à voiler l'orifice tubaire, qu'il est absolument impossible de faire venir l'image de celui-ci dans le miroir. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

L'érythème et le rhumatisme ;

Par le docteur **A. MALHERBE.**

Notre ami Sevestre a publié dans le n° du 13 décembre 1873 du *Progrès médical*, une intéressante observation d'érythème marginé, suivi de douleurs articulaires et d'endo-péricardite. La lecture de ce fait nous a rappelé un cas que nous avons observé en 1869, pendant notre internat à Saint-Louis dans le service du docteur Guibout. Ce cas nous avait frappé et nous en avions conservé la relation dans nos notes. Il est utile, pensons-nous, lorsqu'une question vient sur le tapis, que chacun apporte son contingent de faits ou de réflexions. Pour le point en litige notre opinion est faite depuis longtemps et nous croyons aussi, nous, que l'érythème peut très-bien être une manifestation du rhumatisme. Nous prierons donc le lecteur, désireux de s'édifier sur les rapports de ces états morbides, de lire l'observation que voici et les quelques réflexions qui la suivent.

Observation. — Un jeune homme de 18 à 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles. dans le courant de mai 1869 pour se faire soigner d'une affection cutanée occupant la partie inférieure du tronc, l'une des fesses et le haut de la cuisse du même côté. Je ne me souviens pas, et j'ai omis de noter si l'éruption fut plus généralisée. Cette éruption était un érythème polymorphe, c'est-à-dire un mélange d'érythème marginé et d'érythème papuleux.

17 mai. Environ huit jours après son entrée, X... présente des douleurs lombaires, augmentant par la pression et s'irradiant dans les jambes. Il se plaint d'avoir de la faiblesse des membres inférieurs qui présentent un peu de sensibilité à la pres-

sion. Il a une épistaxis ; la langue est blanche ; le pouls à 96. Toux sèche.

18 mai. Le matin, la douleur des reins persiste ; les pieds sont douloureux à la pression ; le malade ne peut remuer les jambes.—Le soir, l'érythème a presque disparu. Il y a des douleurs articulaires dans les membres inférieurs et dans le bras droit. Il n'y a pas d'angine. L'auscultation du cœur révèle de la rudesse et un manque de netteté des deux bruits ; le pouls est irrégulier, à 100, et légèrement dicrote.

19 mai. Même état ; le bras gauche est toujours indemne ; mêmes signes stéthoscopiques ; environ 88 pulsations ; sueur abondante. — *20 mai.* Pouls 84 ; langue blanche.

22 mai. Pouls 76 à 80. Les articulations sont mieux, surtout celles de la jambe droite. Les sueurs sont extrêmement abondantes ; il y a une épistaxis légère.

23 mai. Petite éruption vésico-pustuleuse, attribuée à la sueur ; l'état du cœur semble s'améliorer. On entend un souffle doux au premier temps à la pointe, et un souffle plus rude du second temps à la base ; pouls 60. (Les douleurs articulaires ont été combattues par le sulfate de quinine).

25 mai. Les articulations sont complétement libres. Une sorte de frottement difficile à saisir et à apprécier s'entend à la base du cœur. Etat général assez bon, pas de dyspnée ; pouls régulier. — Les jours suivants, réapparition d'une partie de l'éruption primitive. Gonflement articulaire des poignets qui dure un jour ; diarrhée durant environ trois jours. Les bruits du cœur présentent les mêmes altérations, mais avec moins d'intensité.

8 juin. Depuis deux jours le malade présente une légère excitation maniaque ; il a un peu de délire de persécution, et quelque peine à trouver ses mots. — Souffle au premier temps plus fort ; pouls 88

9, 10, *11 juin.* Il présente le même état qu'on peut résumer ainsi : Il croit avoir dit des insolences à quelqu'un ; il croit être très-malpropre : Un bain, dit-il, ne suffirait pas pour me laver. Il croit qu'on l'épie ; qu'on fait semblant de regarder les autres malades et que c'est lui qu'on observe. Il fait beaucoup de difficultés pour manger, non parce que les aliments sont mauvais, mais parce qu'il a peur de dégoûter les autres malades en se mettant à la même table qu'eux, etc. Il a, avec ces idées délirantes, le regard fixe et les mouvements saccadés. Il trouve péniblement ses mots et parle très-bas. Le pouls est à 100 environ. Il y a toujours un souffle assez rude au premier temps et à la pointe. Cette rudesse paraît même augmenter. Plus rien d'anormal au second temps.

Là s'arrêtent les notes que nous avons prises sur ce malade. Ses parents l'emmenèrent de l'hôpital Saint-Louis quelques jours plus tard. — Nous n'avons pas su ce qu'il était devenu depuis, ni si sa manie rhumatismale avait duré longtemps.

RÉFLEXIONS. — Lorsqu'on dit : — l'érythème polymorphe est-il une manifestation du rhumatisme ? — la question me paraît mal posée. L'érythème peut être, comme la plupart des affections cutanées, l'expression de diverses maladies. Mais si l'on dit : l'érythème *peut-il* être une manifestation du rhumatisme ? à coup sûr il faut répondre oui. Mettre des douleurs articulaires, accompagnées d'endo-péricardite, de sueurs profuses, d'épistaxis, suivies comme dans notre cas d'un accès de manie, conséquence rare du rhumatisme, mettre, dis-je, tous ces symptômes graves sur le compte d'une éruption insignifiante par elle-même, c'est presque comme si l'on attribuait à l'érythème puerpéral la gravité des accidents puerpéraux qu'il accompagne quelquefois. A-t-on jamais songé à mettre le rhumatisme sur le compte de l'angine ? Non, mais on reconnaît l'angine comme une manifestation rhumatismale. Le rhumatisme, ce protée pathologique, a des manifestations séreuses, muqueuses, viscérales. Une grande classe des affections cutanées le reconnaît pour cause première, s'il faut en croire M. Bazin ; et l'érythème polymorphe, éruption légère, passagère, bénigne s'il en fut, fugace, comme tout ce qui est rhumatismal, ne saurait en être quelquefois l'expression ?

On peut protester, ainsi que l'a fait M. Gubler, contre l'épithète de rhumatismales appliquée aux douleurs du poignet qui s'observent dans la scarlatine ; mais nous ferons remarquer que dans notre observation aussi bien que dans celle qu'a publiée M. Sevestre, l'évolution rhumatismale était à peu près complète. Notre observation offre même un exemple de manie avec délire de persécution, manifestation rhumatismale assez rare.

Nous conclurons donc, sans plus nous étendre sur ces réflexions que l'érythème polymorphe peut aussi bien que l'érythème noueux, être une des manifestations du rhumatisme. Quand il se présente dans ces conditions, il apparaît en général dès le début, plusieurs jours avant les douleurs, vers l'époque où s'observe dans d'autres cas l'angine rhumatismale.

Phthisie aiguë, Symptômes typhoïdes. Lésions simultanées de tuberculose et de dothiénenérie;

Par **E. BARIÉ**, interne des hôpitaux.

Le 20 septembre 1874, un jeune homme de 20 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. MESNET).— Le malade nous dit avoir eu une pleurésie à droite, il y a 9 mois ; depuis ce temps il tousse un peu, mais malgré cela il a pu travailler encore jusqu'à présent, sa santé ne s'étant pas autrement altérée. Jamais d'hémoptysie. Depuis 4 jours, il a un léger point douloureux à droite, et la toux a un peu augmenté ; c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

Le pouls est un peu fréquent, à 80 ; la langue est blanche, la peau un peu chaude. La percussion nous dénote une matité presque complète, dans toute la hauteur du *poumon droit* en arrière ; et nous trouvons à l'auscultation, absence du murmure vésiculaire, et un point sous l'aisselle où l'on entend distinctement du *souffle doux* et quelques frottements. Au sommet, l'expiration prolongée est inégale, saccadée. En avant, sous la clavicule, mêmes signes. Du côté gauche, rien de particulier, si ce n'est de la faiblesse du murmure vésiculaire dans tout le poumon. Rien au cœur. Large vésicatoire à droite et en arrière.— Le lendemain le malade est mieux, il dit qu'il respire à l'aise, et demande à manger. Il a toujours un peu de fièvre. Pouls 90.

22 septembre. Le malade n'a pas dormi, il a eu du délire, a quitté son lit ; le matin à la visite, nous le trouvons couché dans ses matières. Il a uriné sous lui, sans s'en apercevoir. Pouls 120. Langue sèche. Ventre ballonné, douloureux à la pression. Pas de taches. Diarrhée. Aucun signe nouveau du côté du poumon. 1 verre d'eau de Sedlitz ; potion extrait quinquina.

24. Très-agité pendant la nuit ; le malade parle sans cesse entre ses dents ; facies typhique ; maigreur, yeux excavés, fuliginosités noirâtres sur la langue et les lèvres. Ventre ballonné, douloureux ; diarrhée. Pouls dicrote. Le souffle a disparu au poumon droit. Mêmes signes au sommet. Peu de toux.

25. Pouls 120. Adynamie profonde ; le malade se plaint d'avoir d'affreux cauchemars. Epistaxis pendant la nuit. En arrière au sommet gauche, on trouve un peu d'expiration soufflante. Le soir, pouls 132. Peau brûlante.

27. Le malade est très-agité, il rend quelques crachats sanglants. La toux est peu fréquente. Dyspnée. Ventre moins ballonné. Plus de diarrhée.

28. Prostration profonde. Pouls 132. Langue sèche, noire, fendillée. Diarrhée. — 29. Beaucoup de délire cette nuit. Mort à 7 heures du matin.

AUTOPSIE. — Les deux *poumons*, mais surtout le droit, sont enveloppés d'une coque pseudo-membraneuse de 4 millimètres d'épaisseur ; pas de liquide. Ces fausses membranes sont parsemées de quelques petits grains de mil, grisâtres. Les *deux poumons* sont *farcis* dans toute leur hauteur et dans toute leur masse, d'un nombre considérable, de petites granulations miliaires, grises, dures et résistantes. Au sommet du poumon droit, leur masse est tellement confluente, que le tissu pulmonaire semble avoir disparu en entier.— Le *cœur* n'offre rien de particulier.

Le *foie* est volumineux, il est très-congestionné. Pas d'autres

altérations. La *rate* est énorme, molle, noirâtre, diffluente. Aucune trace de granulations miliaires. — *Reins* très-congestionnés. Pas de granulations. — *Cerveau* absolument intact.

Après avoir enlevé le diaphragme, on voit que le *péritoine* est absolument *parsemé* de petites granulations tuberculeuses, dans presque toute son étendue. L'*intestin grêle* et le *gros intestin*, dans toute leur longueur, en sont infiltrés sur leur tunique séreuse. Les *ganglions mésentériques* volumineux sont remplis d'une matière grisâtre, caséo-plâtreuse.

En incisant l'*intestin grêle* nous trouvons dans ses dernières portions un grand nombre d'ulcérations ; celles-ci, dont quelques-unes ont la largeur d'une pièce de un franc, sont profondes, à bords taillés à pic ; leur fond granuleux est grisâtre, ou légèrement teinté en brun par les matières fécales; — la muqueuse qui les sépare est fortement congestionnée. Outre ces ulcérations, on remarque trois ou quatre *plaques de Peyer dures, saillantes, granuleuses, gaufrées,* teintées de jaune, l'une d'elles forme une masse infiltrée de trois centimètres de long. Nous avons dit que la tunique péritonéale de l'intestin était farcie de petites granulations miliaires; nous ajouterons qu'au niveau des plaques de Peyer, ces petites masses tuberculeuses, forment sur la séreuse un véritable semis; il en est de même au niveau des ulcérations. Dans le *gros intestin* on trouve également quelques plaques saillantes, mais ces lésions sont beaucoup moins marquées que dans l'intestin grêle. Les *muscles* sont rouges et extrêmement poisseux.

Réflexions.—Résumant l'histoire de ce malade, nous voyons un jeune homme de 20 ans, qui a eu une pleurésie il y a 9 mois, et tousse un peu depuis cette époque. Malgré cela sa santé est bonne, et il est ramené à l'hôpital par une poussée inflammatoire dans son ancien foyer pleurétique. L'état général est bon, le malade veut se lever et demande à manger.

Puis subitement, le surlendemain de son entrée, il présente de graves symptômes : délire, incontinence d'urine, ballonnement du ventre, diarrhée, fièvre intense, épistaxis, pouls dicrote. Ces symptômes s'aggravent de jour en jour, la langue est sèche, noire, couverte de fuliginosités, la fièvre est toujours intense; et, au bout de 9 jours de séjour à l'hôpital, le malade meurt, ayant accusé, dans les 7 derniers jours, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde.

L'autopsie nous montre deux séries de lésions: 1° Une tuberculose miliaire généralisée dans les poumons et dans le péritoine (Phthisie aiguë); 2° Un ensemble de lésions qu'on ne trouve que dans la dothiénenterie : tuméfaction énorme et ramollissement de la rate, tuméfaction des ganglions mésentériques, plaques gaufrées et ulcérations de l'intestin grêle, muscles poisseux, etc.

Faut-il conclure de ces faits qu'il s'agit ici d'une phthisie aiguë et d'une fièvre typhoïde concomitante, suivant dans le même temps chacune leur évolution, sur le même sujet? On sait combien de pareils faits, s'ils existent, sont rares. D'un autre côté, doit-on regarder simplement la maladie comme une phthisie aiguë, avec symptômes typhoïdes, les ulcérations intestinales n'étant plus que des altérations tuberculeuses? D'après MM. Hérard et Cornil, l'ulcération tuberculeuse de l'intestin aurait les caractères suivants :

« L'aspect à l'œil nu de l'ulcère est caractéristique et facile » à distinguer des autres ulcérations, et de celles de la fièvre » typhoïde. Les bords, en effet, sont festonnés, saillants; chacune des granulations tuberculeuses qui s'y trouvent, produit un relief isolé; de plus, le fond de l'ulcère est parsemé, le plus souvent, des mêmes nodosités tuberculeuses, » et en le regardant du côté du péritoine, on voit toujours de » petites granulations miliaires semi-transparentes sous la » séreuse. »

» Ailleurs, les mêmes auteurs déclarent que ce qui distingue » ces ulcérations (tuberculeuses) de celles de la fièvre typhoïde, c'est que sur ses bords il existe toujours quelques » follicules hypertrophiés et isolés, ou de véritables granulations tuberculeuses. »

Or, tel n'est pas l'aspect des ulcérations que nous trouvons chez notre malade : leurs bords sont nets, tranchants, ni le fond de l'ulcère, ni ses bords ne sont parsemés de granulations; enfin, s'il est vrai que la séreuse, à leur niveau, est infiltrée de tubercules miliaires, d'autres points de cette membrane, non contigus aux ulcérations, sont également farcis de ces nodosités. Ajoutons enfin, que si l'on voulait absolument considérer ces ulcérations comme tuberculeuses, il n'en est pas moins vrai que d'autres organes (rate, ganglions du mésentère, muscles striés), présentent les altérations typiques de la dothiénenterie. Sans vouloir rien conclure, nous nous contenterons de signaler, comme extrêmement intéressant ce fait qui sera complété d'ailleurs par un examen microscopique ultérieur (1).

MALADIES DES VOIES URINAIRES

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Calcul vésical ; opération de lithotritie périnéale ; mort par infection purulente ; lithiase rénale.

Par **E. ORY**, interne des hôpitaux.

Millot, menuisier, âgé de 45 ans, vint au mois de septembre consulter M. Trélat, au sujet de troubles de la miction. Le début des accidents remontait, selon lui, au mois de mars 1871, époque à laquelle, pour la première fois, il eut une hématurie abondante; alors seulement, il éprouva, du côté de la région lombaire, de violentes douleurs; puis, les urines devinrent plus abondantes, elles étaient en même temps plus épaisses, et laissaient un dépôt floconneux au fond des vases ; plusieurs fois des graviers furent constatés. Malgré ces accidents, l'état général resta satisfaisant, et les forces commencèrent seulement à diminuer il y a six mois. Depuis lors, le malade a de fréquents besoins d'uriner et il explique très-bien que souvent, il a vu le jet d'urine s'arrêter subitement, puis reprendre quelques instants après. Il accuse de la douleur à l'extrémité de la verge, un sentiment de pesanteur dans le petit bassin.

Le malade porte un hypospadias congénital, et l'orifice du méat, situé au-dessus du niveau de la couronne du gland, est très-étroit et peu dilatable; aussi, M. Trélat éprouve-t-il quelque difficulté pour faire l'exploration de la vessie et l'introduction d'une sonde Béniquet (n° 27), après l'incision du méat, permet de constater le choc contre un calcul. La consistance, le volume du calcul sont difficilement appréciés parce que la vessie du malade est très-irritable et ne peut contenir une injection d'eau. Cette exploration détermina un peu d'uréthrite et une légère augmentation dans les dépôts floconneux des urines. On constate aussi une forte proportion d'albumine et du pus; les urines sont alcalines.

L'étroitesse du méat, tenant à l'hypospadias, la présence d'un rétrécissement valvulaire, à 2 centimètres de ce méat, la susceptibilité de la muqueuse uréthrale, décidèrent M. Trélat à conseiller au malade de se laisser pratiquer une lithotritie périnéale. L'opération est faite le 21 *octobre*, le malade étant anesthésié.

Rien à noter à ce moment, pas d'hémorrhagie, à peine de sang, pendant l'incision médiane, dilatation très-peu étendue et facile du col de la vessie, broiement rapide du calcul sans grand effort (car la pierre était peu résistante), lavages faits avec soin et curage attentif des débris et fragments du calcul. Rien, en un mot, ne pouvait alors faire présager les accidents qui se développèrent si rapidement à la suite de l'opération.

Le calcul peu résistant est ovoïde, il pèse environ 30 gr., le diamètre est d'environ 3 centimètres. Il présente une couche superficielle lisse, plus homogène, plus blanche, légèrement verdâtre, étalée en croûte d'environ 1 millimètre d'épaisseur, et une partie centrale d'aspect grenu, poreuse, d'un jaune rougeâtre briqueté, constituant le noyau du calcul. L'examen clinique a été pratiqué par MM. Foconneau et Sergent.

Le calcul contient : de l'acide urique et des urates de chaux en assez forte proportion; du phosphate de chaux en petite quantité; du phosphate ammoniaco-magnésien. Pas d'acide oxalique, pas d'oxalates ni de cystine.

21 *octobre, soir.* — La température est de 40°, 8; le malade est un peu surexcité. On lui prescrit une potion avec : hydrate

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique* et déposées au musée Dupuytren.

de chloral 6 gr. pour la nuit. D'ailleurs, l'urine s'est écoulée régulièrement en partie par le méat, en partie par l'incision périnéale. On a le soin de maintenir les cuisses demi-fléchies, les jambes fixées modérément.

22 *octobre*. — La nuit a été bonne, T. 37°, 6. On retrouve autour de la plaie périnéale quelques débris de graviers. — *Soir*. T. 38° (5 heures). Léger frisson vers huit heures du soir, 36 heures environ après l'opération.

23 *octobre*. — Sulfate de quinine 0,25 c. La plaie a bon aspect, pas de rougeur anormale, pas de gonflement douloureux, la peau est fraiche. T. 37°, 5. Le malade a de l'appétit, il n'a pas de douleur. — *Soir*. 37°, 6. A 8 *heures*, second frisson, malgré le sulfate de quinine.

24 *octobre*. — La langue est un peu sèche ; le malade a de l'inquiétude et du découragement. T. 38°, 8 ; 0,50 c. sulfate de quinine à 10 h. du matin, et 0,25 le soir. — *Soir*. Un peu de prostration. T. 37°, 4. — La nuit se passe sans accès de fièvre et sans frisson. T. 37°,7.

25 *octobre*. — T. 37°, 4. — *Soir*. 37°,6.

26 *octobre*. — Au moment de la visite, le malade est pris d'un très-violent frisson, il accuse de la douleur dans les genoux. La peau est sèche, la langue rugueuse au doigt. T. 39°,2. Le malade n'a pas mangé, pas de douleur dans les fosses iliaques ni dans la région hypogastrique. — *Soir*. T. 39°, 6.

Depuis lors, la température reste à 40°,8 ; le matin et le soir du 27 *octobre*, ainsi que le 28 *octobre* au matin. La douleur dans les genoux s'accompagne de gonflement et d'un peu de rougeur, surdité.

28 *oct*., *soir*. T. 40°,4. Somnolence, grande soif. Le malade n'urine guère depuis deux jours que par l'incision périnéale.

29 *octobre*. — Délire, pâleur de la face. T. 39°, 6. On suspend le sulfate de quinine, on continue le vin de quinquina. *Soir*. T. 40° ; langue sèche, abattement, la nuit délire ; le malade veut se lever. — Mort dans le coma le 30 *octobre* à 6 h. matin, le septième jour après l'opération.

Autopsie. — On constate l'état d'intégrité parfaite du péritoine. Les poumons sont sains, le foie ne présente pas trace d'abcès. La rate, un peu hypertrophiée, est légèrement ramollie. — Le *rein droit* est volumineux, sa substance est fortement injectée.

Le *rein gauche* a conservé extérieurement un aspect normal, mais, au toucher, on remarque la présence de gros noyaux très-durs. Une coupe longitudinale fait reconnaître la présence de calculs ramifiés, comme des branches de corail, l'un d'eux, le plus gros, a près de 3 cent. de long et 1 cent. de diamètre; il se termine à son extrémité la plus rapprochée de la surface du rein par une sorte de houppe grenue blanchâtre, semblant comme surajoutée à la masse du calcul et qui est lisse et jaunâtre. Autour des prolongements de calcul comme autour de ceux des autres plus petits que l'on rencontre en d'autres portions, le tissu rénal est altéré, il s'est formé des dilatations kystiques, limitées par une substance d'aspect fibreux et résistant. Dans ces cavités, autour des calculs rameux, se trouve un peu d'urine mélangée de pus.

Les calculs rénaux sont constitués par : du phosphate de chaux et surtout du phosphate ammoniaco-magnésien, pas de cystine ni d'acide urique, ni d'urate. Dans les calices et le bassinet, on ne trouve pas de graviers mais du pus en petite quantité sort par l'expression suivant la longueur de l'uretère.

La *vessie* est ouverte sur la ligne médiane de sa face antérieure. On note les lésions suivantes : la face interne de la vessie est d'un gris ardoisé, il y a des traces de cystite chronique peu intense; au voisinage du col vésical, petit décollement de la muqueuse vésicale. Pas de foyers purulents autour du trigone vésical, non plus que dans les parois de la vessie, ni dans les tissus traversés par l'incision périnéale : le bulbe, la prostate, sont à l'état physiologique. Il y a du pus en abondance dans les deux articulations des genoux. On n'en constate pas aux coudes, aux poignets, ni au cou-de-pieds (1).

Réflexions. — Ce malade est mort d'infection purulente.

L'état du rein contre-indiquait évidemment l'opération, mais comment constater la présence certaine de ces calculs ramifiés et d'une pyélite, alors que l'état des urines alcalines ammoniacales, la présence du pus, l'hématurie, la fièvre légère décrite par le Dr Malherbe, peuvent, en l'absence de douleurs lombaires, être aussi bien attribués à l'irritation de la vessie par le calcul constaté durant l'exploration. De fait, la question n'est guère plus nette maintenant dans de pareilles conditions qu'elle ne l'était pour Cruveilhier en 1833. Les cas comme ceux de Nidart (1844), Legentil (1845), Liégeois (1854), etc. rapportés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, cas où il y a indolence lombaire coïncidant avec un travail morbide plus ou moins grave des reins et de la vessie, exposent le chirurgien le plus circonspect à un insuccès presque certain. Thompson, dans ses leçons au College Hospital, constate la même impuissance, il exprime le même désir de voir élucider ce point de diagnostic.

M. Trélat a résolu de tenter la lithotritie périnéale chez ce calculeux, parce que cet homme vigoureux commençait à souffrir sérieusement de sa vessie ; l'état du canal de l'urèthre a été pour beaucoup dans le choix du mode opératoire.

La présence d'un hypospadias, suivant l'avis de M. Trélat, en déterminant une difficulté pour l'émission des urines, a dû jouer un grand rôle pour la production de la lithiase urinaire; l'altération des urines a provoqué un état inflammatoire, que les calculs ont entretenu et exaspéré. D'où l'indication d'opérer les hypospadias, lorsque cette infirmité entrave la libre émission des urines.

Nous ferons enfin remarquer la différence de composition des calculs rénaux et du calcul vésical. Ce dernier était constitué, ici surtout, par de l'acide urique et des urates, tandis que les calculs ramifiés, trouvés dans le rein gauche, ne contenaient pas d'acide urique ni d'urate, mais surtout du phosphate ammoniaco-magnésien et du phosphate de chaux.

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique des départements. — M. POTIER-DUPLESSY.

Phlegmon de la fosse iliaque. — Caries multiples. — Tuberculose miliaire aiguë. — Symptômes de dysenterie ;

Par le Dr **SPOKEEL**, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Versailles.

Le nommé Ber..... âgé de 22 ans, soldat au 117e de ligne, entre le 23 juillet 1874 à l'hôpital militaire de Noailles (Versailles), (service de M. Potier-Duplessy, médecin principal). — Ce malade, d'une constitution peu robuste, ressent depuis quelques jours une douleur très-vive dans le flanc droit. Il a de l'anorexie, la langue est recouverte d'un enduit jaune-verdâtre, épais. Le ventre est ballonné; la palpation du côté droit de l'abdomen est tres-douloureuse. B... accuse une constipation opiniâtre. — La fièvre est intense. — La poitrine, examinée avec soin, ne révèle aucune lésion des poumons ni de la plèvre. — Purgatif salin et 8 ventouses scarifiées sur la région douloureuse.

29. — Peu de modification; cependant un peu moins de douleur, le ballonnement est plus prononcé qu'hier. Nouvelle purgation. — 30. — La douleur reparait aussi forte que le jour de l'entrée. 15 sangsues.

31. — Langue toujours sale, ballonnement fort prononcé. La palpation de l'abdomen est très-douloureuse. Purgatifs, cataplasme sur le ventre.

4 août. — La douleur est encore aussi vive. On commence à sentir de l'empâtement dans le flanc droit; vésicatoire à ce niveau. — 10. — L'empâtement fait des progrès. Les explorations sont toujours très-difficiles à cause de la douleur.

12. — La rénitence étant de plus en plus manifeste dans le flanc droit, on fait à quatre centimètres au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une ponction capillaire avec l'appareil de M. Potain. On retire de la sorte un litre et demi de pus bien lié, de couleur chocolat, et d'une odeur stercorale des plus marquées.

18. — Nouvelle ponction qui amène encore la sortie de 500 grammes de liquide de même nature.

19. — Malgré les ponctions répétées, on commence à sentir de la fluctuation sous l'arcade crurale. Œdème de toute la partie qui correspond à la loge du psoas iliaque.

20. — L'œdème est plus prononcé qu'hier, la peau est rouge, la fluctuation devient plus manifeste.

21. — On fait une incision à 1 centimètre au-dessous de l'arcade crurale, et à 3 ou 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il s'écoule en grande abondance un liquide analogue à celui qui fut retiré précédemment par les ponctions faites au-dessus du ligament de Falloppe.—22. Œdème considérable de la partie supérieure et antérieure de la cuisse. Cette région est rouge et très-douloureuse; on donne au membre une position déclive, en relevant le genou au moyen d'un double plan incliné.

2?. — Fluctuation manifeste au niveau du grand trochanter, incision de la peau, il s'écoule un pus sanieux mêlé de détritus de tissu cellulaire gangréné. — On passe un drain par l'une et l'autre ouverture.

Du 23 au 26. — Il s'élimine par la contr'ouverture une quantité considérable de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, — en même temps que, par l'orifice supérieur, il continue de s'écouler un pus fétide, analogue à celui des premiers jours.

27. — Le pus auquel donne passage la première incision est jaune verdâtre, épais. Il est moins abondant. — La fièvre qui n'a point cessé depuis le début, présente depuis quelques jours des exacerbations très-marquées le soir. De plus, malgré les toniques, administrés presque dès les premiers jours, le malade s'affaiblit, il maigrit rapidement.

L'anorexie persiste. Il tousse, mais les quintes de toux n'amènent point d'expectoration. La sonorité est plutôt exagérée. On entend dans toute la partie antérieure du thorax de gros râles sous-crépitants. — Dès lors la nature de la complication thoracique ne saurait laisser aucun doute. Il s'est fait en même temps au sacrum une eschare large comme une pièce de deux francs.

30. — Tout le tissu cellulaire de la partie supérieure de la cuisse, atteint par la mortification, s'est éliminé. La peau a repris des adhérences dans toute l'étendue du décollement. Les plaies sont rosées, bourgeonnantes. On retire le drain.

2 *septembre*. — Le pus qui s'écoule par la plaie supérieure est de nouveau fétide, couleur café au lait, il est abondant. — Un stylet, introduit par cet orifice, passe sous l'arcade crurale et pénètre dans une cavité dont il est impossible d'apprécier les dimensions. Ces recherches d'ailleurs sont faites avec la plus grande réserve, une exploration plus prolongée pouvant n'être pas sans dangers.

6. — Le pus de nouveau est jaune verdâtre. La plaie faite au niveau du grand trochanter est cicatrisée, il en est de même de celle du sacrum. La fièvre néanmoins persiste, malgré des doses réitérées de sulfate de quinine, malgré les toniques.

10. — De nombreux dyssentériques sont entrés à l'hôpital depuis quelques jours. Notre malade contracte lui-même cette maladie. Il perd par les selles une quantité assez considérable de sang; les selles sont fréquentes, accompagnées de ténesme. Le facies est profondément altéré. — Le pus que fournit la plaie de la cuisse reprend la coloration brune signalée plus haut. Le matin surtout, il sort en assez grande abondance des détritus organiques noirâtres, mélangés à du pus sanieux et fétide. — 12. La dyssenterie persiste; on trouve toujours une notable quantité de sang dans les garde-robes qui sont très-fréquentes.

15.— Les selles, de plus en plus fréquentes, sont aujourd'hui tout-à-fait involontaires. Elles consistent en un liquide séro-sanguinolent mêlé aux grumeaux décrits sous le nom de « lavure de chair. » La fièvre est modéré, mais le malade continue à tousser. Il est oppressé et couvert de sueurs froides, surtout vers le soir. Cet état persiste parfois à la visite du matin.— 18. Le pus qui s'écoule sous l'arcade crurale reprend une teinte plus claire, gris verdâtre, et sort en abondance lorsqu'on exerce une forte pression en embrassant avec la main les dernières fausses côtes. — 20. Plus de sang dans les garde-robes. La suppuration est un peu moins abondante.

21. — Le malade fait remarquer que, lorsqu'on exerce une forte pression au-dessous des fausses côtes, on détermine des selles involontaires, en même temps que du pus s'échappe par la plaie de la cuisse. Les matières qui s'écoulent par l'anus ont toute l'apparence et l'odeur du pus de la plaie crurale.

23. — Même état. Les pressions renouvelées plusieurs fois par jour font toujours sortir du pus à la fois par la plaie et par l'anus. — 24. Le pus qui s'écoule par la plaie est brun foncé, et contient de nouveau des grumeaux, tandis que celui qui sort par l'anus est jaune-verdâtre.

26, *au matin*. — Plus de pus par l'anus. La pression sur le flanc droit amène par la plaie du sang pur en assez grande abondance. Le soir ce n'est plus du sang qui s'écoule, mais un liquide transparent et de coloration rosée.

28. — Toujours même sérosité, peu abondante. La dyssenterie persiste toujours, les selles sont liquides, très-fréquentes. L'ingestion de la plus petite quantité de boissons, provoque aussitôt un écoulement séreux par l'anus. Les lavements simples ou astringents sont rendus immédiatement.

1er *octobre*. — La plaie de la cuisse livre passage de nouveau à un liquide séro-purulent très-abondant. Le malade s'affaiblit de plus en plus; il est presque réduit à l'état de squelette. La seule nourriture qu'il puisse supporter consiste en du bouillon et des œufs. Il a depuis quelques jours de l'œdème localisé aux mains et aux pieds dont le volume contraste avec la maigreur du reste des membres. Cependant il n'a plus de fièvre. Parfois, on le trouve couvert de sueurs, mais en même temps il est froid, ses membres sont glacés, et il a conscience de ce refroidissement général. Il continue à tousser, mais ce dont il se plaint surtout, c'est de l'oppression qui ne le quitte pas il a une sensation d'anxiété précordiale continuelle. Les efforts de toux amènent à peine quelques crachats muqueux qu'il expectore avec la plus grande difficulté.

A partir de ce moment jusqu'à sa mort, point de changements notables. La pression sur le rebord costal fait couler, chaque fois qu'on l'exerce, d'abord de la sérosité jaunâtre, puis un mélange de pus et de sérosité, enfin du pus franc. Parfois il se mêle à ce liquide quelques grumeaux noirâtres, et il prend alors une odeur fétide des plus marquées. — La diarrhée est continuelle et ne cède à aucun des moyens thérapeutiques dirigés contre elle. Enfin, notre malade meurt le 20 octobre dans un état de consomption des plus avancés. — L'intelligence était restée intacte jusqu'à la fin.

AUTOPSIE. — L'*abdomen* est ouvert par le côté gauche. Les parois sont fort amincies, les muscles qui les composent sont pâles, couleur feuille morte.

La cavité abdominale contient environ un litre et demi de sérosité jaunâtre, d'aspect louche, mais sans trace de fausses membranes. Les circonvolutions intestinales n'adhèrent entre elles en aucun point. Le calibre de l'intestin grêle est diminué, la paroi est très-transparente. Les *ganglions*, compris entre les deux feuillets du mésentère, sont volumineux et ramollis. De plus, on trouve sur les deux feuillets de ce repli du péritoine, une quantité notable de petites granulations dures, les unes grises, les autres jaunes. Ces granulations disparaissent presque partout au point où le mésentère se dédouble pour envelopper l'intestin grêle.—On n'en trouve nulle part sur la face convexe de cette portion du tube digestif.

Le *gros intestin* est volumineux, gonflé par des gaz depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque. Les faces latérales du cœcum adhèrent intimement au péritoine de la fosse iliaque. On ne voit point de granulations tuberculeuses sur le cœcum ni sur le colon transverse, mais à partir de l'S iliaque la paroi intestinale en présente en grand nombre. Ces granulations sont confluentes au niveau du petit bassin et y occupent non-seulement la paroi intestinale, mais le péritoine qui tapisse toute la cavité pelvienne. En détachant le péritoine au niveau de la fosse iliaque droite, on arrive dans une vaste cavité, située en arrière du cœcum et remplie d'un pus sanieux et fétide.

Description de la cavité. La paroi antérieure est formée de bas en haut par la face postérieure du cœcum et le péritoine pariétal notablement épaissi, par la face postérieure du rein (dont la loge cellulo-adipeuse est complétement résorbée); enfin, tout-à-fait en haut, par le bord postérieur du foie, dans une étendue de trois à quatre centimètres. La face postérieure est constituée par le muscle iliaque, par le carré des lombes,

et tout-à-fait en haut, par les insertions du diaphragme aux fausses côtes. Le fascia iliaca et l'aponévrose antérieure du carré des lombes ont été détruits par l'inflammation, de sorte que les fibres musculaires sont à nu, noirâtres, tomenteuses, ramollies. Le cul-de-sac supérieur de la cavité est limité par des fausses membranes qui font adhérer le péritoine pariétal au feuillet qui tapisse le bord postérieur du foie.

En bas, la cavité purulente se termine en un diverticulum qui passe sous l'arcade crurale, immédiatement en dehors du muscle psoas et qui aboutit à l'ouverture signalée dans le cours de l'observation et qui se trouve à un centimètre au-dessous du ligament de Fallope et à trois centimètres en bas et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les bords latéraux de la poche sont formés: 1° l'interne par la face latérale droite du corps des vertèbres lombaires et plus bas par la gouttière constituée par l'union du psoas à l'iliaque; 2° le bord externe par l union du péritoine et de la paroi abdominale, au niveau d'une ligne verticale qui passerait en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ainsi constituée, la cavité purulente offre en longueur, c'est-à-dire de haut en bas, dix-huit à vingt centimètres, et en largeur ou transversalement dix à douze centimètres.

Le muscle psoas, qui limite la poche en dedans et en bas, n'est pas resté intact au milieu de ce travail plegmasique, les fibres antérieures seules sont conservées, mais pâles et anémiées. Les fibres postérieures ont été détruites par la suppuration, de sorte qu'en soulevant ce qui reste de ce faisceau musculaire, on arrive à l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre lombaire. Cette apophyse, l'extrémité postérieure et interne de la crête iliaque, dans une étendue de quatre centimètres, et la dernière fausse côte, au niveau de sa partie moyenne, sont le siége d'une carie superficielle. Les *nerfs génito-crural* et *fémoro-cutané* sont à nu dans la poche, qu'ils traversent de part en part, appliqués sur la paroi postérieure. Avant d'enlever l'intestin, nous lions le colon transverse à sa partie moyenne et nous poussons une injection du côté du cæcum pour constater s'il y a une perforation de la paroi. Quelque pression que nous ayons exercée, aucune goutte de liquide ne s'est échappée au dehors. Il n'y a point de lésions apparentes de la muqueuse de l'intestin grêle, pas plus que de celle du cæcum et du colon ascendant. Au niveau de la partie moyenne de l'arc du colon la muqueuse est sphacélée, ulcérée et présentant un fond noirâtre, mamelonné. — Cette plaque présente les lésions types de la dyssenterie aiguë. — Rien au colon descendant, mais l'S iliaque et le rectum présentent des lésions analogues, plus marquées même. La muqueuse est déchiquetée dans toute l'étendue. La paroi, en plusieurs points, est excessivement mince. De plus, on trouve de nombreuses ecchymoses dans l'épaisseur des tuniques de cette portion de l'intestin. — Remarquons en passant que ce point correspond aux granulations confluentes que nous avons signalées plus haut.

Le *foie* est gros, dur, il se laisse difficilement déchirer et présente à la coupe l'aspect dit « muscade. » Il n'y a point d'altération de l'organe au point où il était en contact avec la cavité purulente. — Point de traces d'inflammation ni de pus dans les veines intrahépatiques. — On trouve de nombreuses granulations sur la surface convexe. — Les *reins* sont petits, sans épaississement de leur capsule, ils sont très-durs et difficiles à déchirer. — A la coupe, la substance corticale tranche par sa couleur pâle sur la substance médullaire. Il n'y a point toutefois de dégénérescence amyloïde de ces organes, point de coloration bleue par la teinture d'iode. — La *rate* est normale comme volume, mais elle présente de nombreux infarctus, dont l'un surtout est volumineux et occupe toute l'épaisseur du bord antérieur et pénètre profondément dans l'intérieur. En outre, on trouve tant sur la capsule qu'à l'intérieur de nombreuses granulations tuberculeuses.

Le *péricarde* renferme 150 à 200 gr. de sérosité. — Point de lésion des orifices du *cœur* qui est mou, flasque et un peu pâle. — La *plèvre* du côté droit contient environ un litre de sérosité, dans laquelle nagent quelques fausses membranes. De plus, le poumon est fort adhérent au diaphragme. Le sommet est également difficile à détacher. Le feuillet pariétal de la plèvre présente de nombreuses granulations tuberculeuses. — Du côté gauche, point de liquide, mais adhérence intime du poumon à la plèvre pariétale, dans presque toute l'étendue. Ce poumon est fort difficile à détacher. La coupe des *poumons* les montre envahis par une grande quantité de granulations, du volume d'un grain de millet à un grain de chènevis, les unes grises, les autres jaunes. En outre, le poumon droit présente au niveau de la racine des bronches quelques points bien limités de pneumonie caséeuse. En deux ou trois points, il y a des éliminations de la masse caséeuse et formation de petites cavernes. — Point de granulations des *méninges*, point d'altération du *cerveau*.

Réflexions. — Cette observation nous paraît intéressante sous plusieurs rapports que nous passerons en revue.

A. Quel fut, en effet, le point de départ des désordres observés dans la fosse iliaque? L'étiologie de l'affection qui a emporté notre malade est tout au moins fort obscure. Nous ne croyons pas, quant à nous, et c'est bien aussi l'avis de M. Potier-Duplessy, qu'il faille attribuer aux lésions osseuses trouvées à l'autopsie l'inflammation aiguë qui a envahi en si peu de temps toute la fosse iliaque. Les caries observées sont probablement consécutives à la présence prolongée du pus dans cette région. En effet : 1° notre malade ne présentait lors de son entrée à l'hôpital aucun symptôme d'ostéite; — 2° et surtout comment comprendre que trois points encore voisins l'un de l'autre soient devenus simultanément malades, chez un sujet qui présentait lors de son incorporation, encore toute récente, un état général assez satisfaisant pour le faire admettre dans l'armée active. On nous dira peut-être que si les trois caries ne sont point primitives, l'une d'elles peut avoir marqué le début, les autres étant dues, comme nous le pensons, à la présence du pus dans cette région. Mais cette objection ne nous paraît pas acceptable. Nous ferons remarquer, en effet, que les points malades sont tous placés à la partie déclive (le malade était constamment couché sur le dos, parce qu'il étouffait lorsqu'il essayait de se coucher de côté), que c'est précisément la crête iliaque, c'est-à-dire le point le plus déclive, où l'altération est le plus marquée; qu'enfin, nous ne retrouvons pas dans l'histoire de notre malade la marche ordinaire des désordres produits par les altérations osseuses chroniques primitives. 3° D'ailleurs, la marche même qu'a suivie la collection purulente nous fournit un argument sérieux pour rejeter cette étiologie. Le pus, en effet, semble bien s'être formé d'abord dans le tissu cellulaire, compris entre le péritoine et le fascia iliaca. C'est au-dessus de l'arcade crurale que ce liquide était situé lors des ponctions qui furent faites d'abord. Ce n'est que consécutivement, lorsque le travail inflammatoire eut envahi et détruit le fascia iliaca, que le pus pénétrant dans la loge iliaque vint apparaître sous le ligament de Fallope et déterminer, à la partie supérieure de la cuisse, l'inflammation aiguë qui rendit nécessaire l'incision pratiquée en ce point.

Nous nous croyons autorisé à regarder les lésions osseuses comme consécutives. Reste à trouver une cause au phlegmon que nous avons décrit. Cette cause, à vrai dire, nous échappe. Nous pensons toutefois qu'il s'est agi, au début, d'une pérityphlite dont la constipation antérieure pourrait bien expliquer le développement. Nous n'avons trouvé ni du côté de la muqueuse du cæcum, ni du côté de l'appendice iléo-cæcal aucune lésion qui puisse nous mettre sur la trace de la cause de ce travail inflammatoire.

Mais notre observation prête encore à d'autres remarques intéressantes, savoir: B. L'absence de psoïtis (il n'y a jamais eu de rétraction du membre), quoique le psoas ait été fortement endommagé, ainsi que l'autopsie nous l'a démontré. — C. L'absence de douleurs dans la cuisse, alors que des nerfs sensitifs étaient à nu au milieu de la collection purulente. — D. La tuberculisation généralisée qui s'est développée dans le cours de la maladie. — E. La dyssenterie que notre malade a contractée à l'hôpital (c'est le seul cas de ce genre que nous ayons observé). — F. La communication qui semble avoir existé quelques jours entre le foyer et le gros intestin, communication dont il ne nous a pas été possible de retrouver de traces à l'autopsie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du pansement ouaté.

L'*Académie des sciences* a entendu, dans une de ses dernières séances, la lecture d'un rapport présenté par M. Gosselin, au nom d'une Commission composée de MM. Cl. Bernard, Pasteur, Larrey, Sédillot, sur un travail de M. A. Guérin ayant pour titre : *Rôle pathogénique des ferments dans les maladies chirurgicales*. Pour obvier aux inconvénients qui résultent de l'exposition des plaies à l'air ambiant, surtout dans les services hospitaliers, M. A. Guérin a imaginé un mode de pansement à l'ouate sur lequel nous ne donnerons aucun détail ; tous nos lecteurs connaissent pour l'avoir vu appliquer ou pour l'avoir appliqué eux-mêmes, ce mode d'occlusion des plaies. Dans un travail récemment couronné par la *Société de Chirurgie* (1), notre collègue, M. le Dr Hervey a donné les règles de son application, énuméré les résultats d'un certain nombre de cas et les avantages principaux de cette méthode.

Dans son rapport, M. le professeur Gosselin admet d'une façon générale les effets signalés par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu et qui sont : 1° l'absence ou l'existence à un faible degré de la fièvre des premiers jours (fièvre traumatique); — 2° la continuation du sommeil et de l'appétit ; — 3° l'absence ou l'intensité très-modérée de la douleur ; — 4° la présence, au moment où l'on enlève l'appareil (au vingtième ou vingt-deuxième jour) d'une plaie vermeille, sans détritus gangréneux, recouverte d'un pus très-épais qui est dépourvu de mauvaise odeur et qui est peu abondant si l'on tient compte du nombre de jours pendant lesquels l'occlusion a été maintenue. — 5° Enfin et comme conséquence, sinon constante, au moins très-fréquente, des avantages qui précèdent, la soustraction de l'opéré au danger de mort par infection purulente et la guérison.

Ces avantages, constatés maintes et maintes fois par divers chirurgiens, M. A. Guérin les attribue en grande partie à la filtration de l'air à travers l'épaisse enveloppe de coton ; je dis en grande partie, car l'auteur fait entrer en ligne de compte la compression élastique régulière, exercée par le coton et l'immobilité assurée au membre blessé. Partant des belles expériences de M. Pasteur, des recherches de Tyndall. M. A. Guérin voit dans ce mode de pansement un moyen efficace de retenir les ferments capables de développer à la surface des plaies des productions putrides. Ses recherches lui donnaient quelque droit de croire à la solution du problème; il n'avait, en effet, jamais trouvé de vibrions ni de bactéries dans le pus des pansements qu'il changeait.

Malheureusement, soit par défaut d'instrumentation suffisante pour reconnaître ces vibrions, soit coïncidence curieuse, les cas examinés par la Commission ont prouvé que le bandage ouaté n'empêchait pas la formation de ces agents de fermentation. Les plaies mises à découvert offraient cependant l'aspect le plus favorable. Y a-t-il donc une différence entre ces bactéries développées sous ces couches de coton et celles à l'air libre? Ce n'est guère probable ; en effet, le pus retiré du pansement et injecté sur des animaux détermine des phlegmons gangréneux très-graves.

(1) *Application de l'ouate à la conservation des membres et des blessés.* Thèse de Paris, 1874. — V. aussi *Progrès méd.*, 1874, p. 319 et 336.

M. Ollier, dans les observations qu'il a présentées à la suite de la lecture de ce rapport, a cité des faits qui montrent bien que tout en étant similaires, ces agents n'ont plus la vitalité qu'ils présentent sur une plaie à découvert. D'une part, ils sont en petite quantité; de plus dans les quelques cas de pyohémies survenues sous le bandage ouaté et observées par le chirurgien de Lyon, il y a eu des modifications symptomatiques assez curieuses à noter.

Les frissons, dit M. Ollier, étaient toujours moins intenses et moins fréquents ; la marche de la maladie moins rapide. Les blessés paraissaient succomber à une septicémie lente plutôt qu'à une véritable pyohémie. L'infection purulente prenait, pour ainsi dire, un caractère chronique; la vie était prolongée et, dans cet intervalle, grâce au ralentissement des processus morbides, on pouvait combattre efficacement l'affection, par l'évacuation des malades dans un milieu salubre et par des moyens thérapeutiques qui fussent restés sans effet dans l'atmosphère nosocomiale. »

A l'appui de ces faits, nous pouvons citer une observation personnelle, très-intéressante, recueillie dans le service de M. Léon Labbé.

Il s'agissait d'un malade apporté la veille pour un écrasement du pied et de l'articulation tibio-arsienne, sur lequel on pratiqua le matin l'amputation au tiers inférieur, par la méthode circulaire. A ce niveau, les tissus paraissaient en bon état. Un bandage ouaté fut appliqué après l'opération. Du 7 au 20 juillet, le malade fut en parfait état, mangeant, ne se plaignant en aucune façon ; la température (rectale) oscillait du soir au matin, de 37° 6. à 38° 2, n'ayant dépassé ce dernier chiffre que le second jour. Au treizième jour survient une hémorrhagie extrêmement abondante qui traverse tout le bandage; on enlève le pansement et on trouve une gangrène complète des lambeaux. Le thermomètre n'avait, à aucun moment, décélé cette complication qui a paru marcher sourdement, insidieusement, sous le bandage ouaté.

Ce fait montre qu'il y a certainement une différence à établir entre la décomposition des produits exhalés à la surface de ces plaies fermées et des plaies étalées au grand air ou insuffisamment protégées.

Deux conditions principales paraissent favoriser le développement des vibrions ; d'une part l'imprégnation de l'ouate, s'il est permis de se servir de cette expression, par les vibrions ; le pansement est septique avant d'avoir servi ; d'autre part, le retrait des tissus, le relâchement du bandage lui-même, d'où la pénétration possible de l'air impur à la racine du membre. M. Trécul admettrait plus volontiers que cet apport des germes extérieurs, un développement *in situ* des bactéries. Il conviendrait, dit-il, de demander si les bactéries et vibrions développés ne proviennent pas de la modification de matières albuminoïdes ou organisées, sous l'influence de l'air tamisé par le coton.

Nous n'essaierons pas de résoudre ces problèmes théoriques ; à un point de vue pratique, on pourrait chercher, suivant l'idée émise par M. Ollier, à préserver d'une façon plus complète les surfaces des plaies au moyen de lavages phéniqués. Il serait possible de combiner avec le pansement de M. A. Guérin la méthode antiseptique de Lister, un peu trop compliquée pour être admise d'une façon courante, et de faire un bandage ouaté phéniqué, au moyen de coton préparé *ad hoc* ou de lames de gaze phéniquée interposées entre les couches de ouate.

Je me souviens avoir vu employer dans le service de M. Ollier les bains huileux dont il a fait mention dans sa note à l'Institut ; ce moyen réunissait l'avantage d'un pansement doux, émollient, à un écoulement constant du pus, des exsudats qui, plus lourds que l'huile, tombaient au fond du vase, laissant la surface de la plaie en contact permanent avec ce liquide ; mais il était inapplicable à une foule de cas, par suite de la configuration des organes

lésés. A l'époque où M. Ollier expérimentait ces bains huileux, j'employai sur une malade de son service, amputée de jambe, le moyen suivant : le moignon fut placé dans une espèce de boîte sur un lit de Talc (1) (silicate de magnésie) et recouvert complétement d'une couche épaisse de cette poudre, inoffensive et présentant l'avantage d'être douce, onctueuse au toucher, assez légère ; il offrait, comme les bains, l'inconvénient de n'être applicable qu'à un nombre de cas restreint. Sur cette malade très-indocile et sortant plusieurs par jour la jambe de cet appareil, on fut obligé de recourir à d'autres moyens : je n'ai pas renouvelé cet essai.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir au pansement de M. A. Guérin, le bandage ouaté offre des avantages incontestables ; les résultats sont là pour le prouver : qu'on admettre, comme M. Gosselin, que ce mode d'action favorable est dû à la compression, à la rareté des pansements, à l'occlusion ; qu'on insiste, comme M. Ollier, sur les conditions d'immobilité, la réalisation de ces diverses indications est obtenue par ce procédé et si des perfectionnements de détail peuvent être apportés à la méthode, le bandage ouaté a réalisé, suivant les expressions du rapporteur, un progrès utile dans la thérapeutique des plaies. A. Cartaz.

Une bonne mesure.

Nos lecteurs trouveront aux *Nouvelles* l'avis d'un concours spécial pour la nomination à la place de médecin-chirurgien vacante à l'hôpital de Forges-les-Bains. C'est là une bonne mesure et si M. de Nervaux n'introduit dans l'administration que des réformes de ce genre, il ne méritera que des éloges.

Cette mesure ne restera pas limitée, nous l'espérons, à l'établissement de Forges et elle s'étendra nécessairement, lorsque l'occasion s'en présentera, à l'hospice de Berck-sur-Mer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 janvier. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Carville donne lecture d'une lettre adressée par M. Hitzig, de Berlin, au président de la société. Dans cette lettre M. Hitzig se plaint vivement que MM. Carville et Duret n'aient pas assez souvent prononcé son nom à propos de leurs expériences sur l'excitation des hémisphères cérébraux.—M. Carville répond par une note fort nette où il dit, en substance, que voulant contrôler le seul mémoire de Ferrier il n'avait point, ayant mentionné les expériences antérieures de M. Hitzig, à répéter, à chaque ligne, le nom de cet expérimentateur.

M. Chatin fils dépose sur le bureau un intéressant travail de M. Jobert sur la terminaison des nerfs au pourtour des follicules pileux et des cils en particuliers qu'il montre comme étant un organe fort délicat du toucher.

M. Chatin fait, en son propre nom cette fois, une communication sur l'utricule prostatique du castor. On sait que l'utricule prostatique, qui s'ouvre au niveau du vérumontanum n'est, chez l'homme, qu'une insignifiante dépression. Les embryogénistes lui font jouer cependant un rôle d'une certaine importance et la considèrent comme l'analogue de l'utérus ; de là le nom d'utérus mâle qui lui est parfois donné. Chez le castor cet organe prend un grand développement; il s'ouvre dans le canal de l'urèthre, par un conduit qui devient bientôt bifide et donne naissance, non pas à un cœcum dilaté en ampoule vers son extrémité terminale comme on l'a décrit chez certains animaux, mais par une espèce de tube fort rétréci au contraire.

M. Rabuteau met sous les yeux des membres de la société des échantillons de bromoforme, obtenus par la décomposition du bromal par la potasse et la soude. Ce corps, comme on le sait, se colore par l'iode en rouge cramoisi; il est beaucoup plus lourd que le chloroforme. M. Rabuteau montre aussi des échantillons de bromal. Les effets produits sur l'économie par ce corps ne rappellent en rien ceux que provoque le chloral. C'est un excitant et non un anesthésiant : il détermine la salivation, la sécrétion des larmes, etc. M. Rabuteau s'occupe ensuite du formiate de potasse et veut prouver que les assertions de M. Byasson à ce sujet seraient inexactes sur quelques points. Son action anesthésique serait nulle.

M. Bert a ouvert les flacons dont il avait parlé dans la précédente séance. Le seul fait important qu'il ait à signaler c'est que les substances conservées dans l'air comprimé, viande, pain, œufs étaient devenues fortement acides. Cet acide est fixe ; l'ébullition ne le fait point disparaître. Sans vouloir se prononcer encore, M. Bert croit que ce doit être de l'acide lactique.

M. Bert revenant sur ce qu'il a dit, dans la précédente séance, se demande si on ne pourrait pas employer comme important moyen d'analyse ce fait qu'il a établi par de nombreuses expériences que l'air comprimé tue les ferments organisés, la levure de bière par exemple, tandis qu'il conserve, parfois indéfiniment, les ferments non organisés, entre autres la diastase. Ainsi le sang de rate agit-il par les bactéries, comme le dit M. Davaine, ou devient-il infectieux par quelques substances albuminoïdes non organisées? Si la substance infectante, soumise à l'air comprimé, conserve son action, ne faudrait-il pas conclure que ce ne sont pas les bactéries ou les bactéridies qui provoquent les accidents? En effet, l'air comprimé aurait dû les détruire; il aurait dû, au contraire, conserver les ferments non organisés. Cette méthode pourrait être étendue et rendre de signalés services pour l'étude des virus et même des venins.

M. Budin, dès le commencement de l'année 1874, a eu l'occasion de donner un grand nombre de fois le chloroforme. Il a remarqué qu'il existait un rapport entre la pupille et l'état de la sensibilité, rapport qui pouvait servir de guide dans l'administration de l'agent anesthésique (1). Plus tard, en août 1874, il a fait avec M. Coyne des recherches sur les animaux afin de vérifier les résultats de son observation clinique. Il expose ce qu'ils ont eu l'occasion de constater maintes fois : 1° pendant l'administration du chloroforme; 2° lorsque des vomissements survenaient ; 3° à la suite d'injections intra-veineuses de chloral.

I. Lorsqu'on donne le chloroforme à l'air libre en ayant bien soin d'éviter l'asphyxie on voit quelquefois, non toujours, survenir la période d'excitation; la pupille, à ce moment déjà insensible à l'action de la lumière, se dilate très-largement. Puis arrive la période d'anesthésie. Cette anesthésie peut être *incomplète* ou *totale*.

Lorsque survient l'anesthésie *incomplète*, la pupille se contracte progressivement, mais dès qu'on excite le sujet, elle se dilate rapidement, en même temps que surviennent des mouvements et des gémissements du patient. Lorsque l'anesthésie est *totale* il y a: 1° un état de *contraction* de la pupille et 2° une *immobilité absolue* de cet organe qui est immobile quel que soit le mode d'excitation que l'on emploie. On reproduit exactement les mêmes phénomènes lorsqu'on administre le chloroforme aux animaux.

MM. Budin et Coyne ont pratiqué leurs expériences sur des chiens ; sur eux, on peut pousser plus loin l'étude. Lorsqu'ils sont arrivés à un état d'anesthésie qui paraît totale, on peut écraser les pattes, sectionner la peau, mettre à nu le nerf sciatique sans que la pupille se dilate, sans que l'animal fasse un mouvement, pousse un gémissement. On va alors plus loin,

(1) Le talc de Venise, craie de Briançon, est un silicate de magnésie ; les gantiers, les bottiers s'en servent pour faciliter l'entrée des gants, des chaussures, d'où le nom de savon des gantiers.

(1) Voy. *Le Progrès médical*, 5 septembre 1874, p. 525. De l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme. Indications pratiques qui peuvent en résulter; par P. Budin.

on pince le nerf sciatique ou on le sectionne, on voit la pupille se dilater et l'animal remuer et crier. On donne une nouvelle quantité de chloroforme et on peut pincer fortement le bout central du nerf, l'exciter même à l'aide du courant maximum de l'appareil à chariot, sans que la pupille qui s'était contractée de nouveau se dilate, sans que l'animal remue. Il existe donc une différence entre le degré de la sensibilité de la peau et celui des nerfs. Des animaux ont survécu sans présenter aucun accident.

II. Pendant l'administration du chloroforme surviennent parfois les *vomissements*. Si le sujet était totalement anesthésié, les pupilles contractées et immobiles, dès qu'apparaissent les efforts de vomissements, on les voit se dilater largement ; simultanément apparaissent des mouvements et des plaintes du patient si l'on veut continuer l'opération. Lorsque les vomissements arrivent l'opération étant terminée, le réveil est beaucoup plus rapide. Les efforts de vomissements détruisent donc en partie les effets de l'agent anesthésique. On a, avec l'apomorphine, reproduit des vomissements, sur des chiens totalement anesthésiés par le chloroforme. Les phénomènes pupillaires observés ont été les mêmes. (Voy. communication antérieure) (1).

MM. Budin et Coyne ont aussi étudié l'action du *chloral*. Suivant la dose injectée, ils ont produit l'anesthésie incomplete ou l'anesthésie totale. Ils ont observé les mêmes phénomènes pupillaires.

La seule différence qui existe entre le choral et le chloroforme est la suivante : avec le chloral la pupille est très-contractée, punctiforme avec le chloroforme la contraction est moins exagérée. De plus avec le chloral on ne constate pas de période d'excitation. *Il existe donc un rapport entre l'insensibilité absolue du sujet et la contraction avec immobilité de la pupille, entre le retour à la sensibilité et la dilatation avec mobilité de cet organe.*

M. Paul Bert fait remarquer que depuis quelque temps, dans les laboratoires, on se sert en effet de l'immobilité de la pupille comme moyen de reconnaître l'anesthésie : c'est ainsi que l'on peut distinguer les chiens curarisés des chiens anesthésiés. — Quant à l'état de contraction de l'iris, il est difficile d'être bien précis à cet égard, car on ne connait pas de moyenne exacte, cet état varie sur les sujets. M. Moreau a fait sur l'état de l'iris des recherches qu'il a abandonnées parce qu'il manquait d'un critérium.

M. Budin. En physiologie, cette immobilité de la pupille a été constatée, surtout dans les laboratoires ; peu de choses ont été écrites suivant ce sujet, cependant je pourrais citer une ou deux phrases de M. Vulpian et rappeler une communication que nous a faite M. Carville. Jusqu'ici cependant personne n'avait cherché à faire de ces états de la pupille un guide dans l'anesthésie chirurgicale. Dès qu'on voit la pupille se dilater pendant les opérations, cette dilatation indique que l'anesthésie n'est plus totale. Les remarques de M. Bert sur l'état de contraction de la pupille sont parfaitement exactes ; j'aurais peut-être dû dire contraction relative. De plus, je rappelle qu'il y a non-seulement un état de contraction, mais en même temps et surtout une *immobilité complète* de la pupille.

M. Galippe fait une communication sur les lésions consécutives à l'emploi de la cantharide. Il montre que cette substance n'a pas, comme le croit l'école italienne, une action élective sur les organes génitaux sur lesquels elle se fixerait seulement, mais bien qu'elle pénètre dans le sang et va produire des lésions dans d'autres organes. Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 *janvier* 1875. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Secrétaire Perpétuel présente, au nom de M. Benjamin Anger, un nouveau trachéotome dilatateur, au nom de M. Guillon, un insufflateur pour projeter le nitrate d'argent réduit en poudre, jusque dans les secondes divisions bronchiques, dans les angines couenneuses et le croup.

M. le Président rappelle aux candidats des diverses places vacantes qu'ils doivent envoyer aux commissions la liste, *imprimée autant que possible*, de leurs travaux scientifiques, etc.

M. Voisin lit un mémoire intitulé : *Nature inflammatoire, fièvre de la paralysie générale.* Bien entendu, il n'est question que de la fièvre qui existe lorsque la maladie suit sa marche ordinaire. Que la paralysie soit lente ou rapide, la lésion inflammatoire originelle se trouve toujours dans les vaisseaux, en outre dans la forme rapide il y a transsudation d'une partie du plasma sanguin à travers les parois capillaires. Enfin, les lésions ressemblent à celles des autres inflammations viscérales chroniques.

M. Broca lit un remarquable rapport sur *les travaux de statistique médicale* de M. Bertillon. (Voir dans le *Progrès médical* du 23 août 1873, le compte-rendu de l'Académie). Depuis, à la suite de longues recherches, M. Bertillon semble être arrivé à prouver que le mariage, contracté par les jeunes filles avant 20 ans et par les jeunes gens avant 25 ans, augmente le chiffre de mortalité dans une proportion effrayante. M Bertillon poursuit avec patience ses travaux depuis plus de 20 ans ; aussi n'est-il pas surprenant que les conclusions suivantes du rapporteur, aient été adoptées à l'unanimité : 1° Remercier M. Bertillon ; 2° publier ses travaux ; 3° lui donner une des places vacantes dans la section des académiciens libres ; 4° émettre à M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce le vœu qu'il fasse publier par le bureau de statistique de France un état des mariages contractés avant 25 ans.

M. Laboulbène a actuellement dans son service une femme de 40 ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, ayant environ 15 centim. de diamètre. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, la région où est le kyste, indolore d'abord, est devenue très-douloureuse, la peau est mince et rouge comme quand elle doit donner passage au liquide d'un abcès ; à la percussion au lieu de matité, on a de la sonorité, enfin par le ballotement avec les mains, on fait produire au liquide kystique le timbre particulier de la *succussion hippocratique.* Des recherches ont permis de constater que l'air n'avait pu pénétrer dans le kyste ni par la vessie, ni par l'intestin. N'y aurait-il pas eu une fermentation putride à la suite de laquelle des gaz se seraient développés spontanément ? — MM. Delpech et Chauffard ont vu la malade et ont constaté le fait rapporté.

M. Depaul fait observer qu'il est bien rare de voir un kyste contracter des adhérences avec la peau du ventre. Il pense en outre, comme cela a lieu dans certaines grossesses extra-utérines, que les gaz ont pu pénétrer par un point éloigné de l'intestin dans le kyste et qu'ils ne peuvent en sortir,

M. Lagneau donne lecture d'un travail intitulé : *De l'influence de l'illégitimité sur la mortalité.* La proportion de mortalité pour les enfants naturels est beaucoup plus grande que pour les enfants nés d'un légitime mariage. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 *octobre* 1874. — Présidence de M. Charcot.

37. Phthisie aiguë. Symptômes typhoïdes. Lésions simultanées de tuberculose et de dothiénenérie ; par E. Barié.

M. Coyne fait remarquer que la fièvre continue et la tuberculose ne s'excluent pas absolument, et que les ulcérations intestinales sont tout-à-fait celles que l'on rencontre chez les typhiques. Si, à ce niveau, les granulations tuberculeuses du péritoine sont plus confluentes, cela tient à ce qu'elles se développent de préférence sur un terrain préparé par des irritations antérieures.

Élections.

Ont été nommés après un tour de scrutin : *Membres titulaires de la Société* : MM. Bouilly, Coyne et Marcano. — *Membres adjoints* : MM. Exchaquet, Lorey, Fioupe et Lemaistre.

Le Secrétaire, Rendu.

Séance du 6 *novembre* 1874. — Présidence de M. Charcot.

1. Mélano-sarcome du globe Oculaire ; par M. A. Rémy, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé d'environ 50 ans, avait déjà eu dans un œil plusieurs attaques d'accidents qualifiés de glaucomateux.

(1) Société de Biologie. Séance du 12 décembre. *Le Progrès médical*, 1874, p. 778.

Dans l'été de 1874, M. Galezowski fut appelé auprès de ce malade repris des mêmes accidents. Ne pouvant éclairer le fond de l'œil par suite des troubles dans les milieux de l'œil, il ne fit que constater les signes suivants : injection des vaisseaux de la partie antérieure de l'œil malade avec larmoiement ; l'iris était pâle, grisâtre, d'une teinte sale ; la cornée elle-même n'avait plus toute sa transparence, la pupille était déformée et dilatée, il y avait enfin des douleurs très-violentes au niveau de la tempe ; par suite de ces symptômes et aussi à cause du diagnostic porté avant lui, M. Galezowski se décida à pratiquer l'iridectomie. L'opération ne produisit pas tous les résultats qu'on en attendait, et 4 ou 5 mois environ après cette opération, on dut faire l'énucléation de l'œil. Les douleurs avaient recommencé plus vives qu'auparavant, l'injection de l'œil avait augmenté et dans 4 ou 5 points, on voyait sur la sclérotique de petites saillies noirâtres ; tout ceci portait à croire que les accidents glaucomateux présentés par le malade résultaient de la présence d'une tumeur intra-oculaire sur le point d'envahir et de traverser la sclérotique. A l'examen de l'œil, on trouva un énorme sarcome mélanique emplissant totalement la cavité du globe oculaire. Le nerf optique paraissait à peu près sain, sauf quelques points mélaniques, comme dans tous les cas de ce genre. Ce fait peut être rapproché d'un autre cas de sarcome présenté par M. Rémy au mois de février dernier (page 128 du Bulletin).

2. Ossification de la choroïde ; par M. A. Rémy.

Les ossifications de la choroïde ne sont pas très-rares, à la suite des piqûres, des contusions du globe oculaire. Il s'agit bien ici d'une ossification véritable et non d'une pétrification ou d'une dégénération calcaire simple ; l'examen histologique a montré, en effet, la présence des ostéoplastes.

M. Pozzi a observé plusieurs cas analogues ; l'ossification occupait la couche externe de la choroïde.

M. Després a présenté une pièce du même genre sur laquelle MM. Cornil et Ranvier avaient constaté l'existence d'ostéoplastes. Cette ossification siégeait dans la couche celluleuse de la choroïde.

3. Tumeur caverneuse de l'orbite ; par M. Rémy, interne des hôpitaux.

Au mois de mars 1874, on apporte à la clinique de M. Galezowski un enfant de 15 mois, atteint d'exophthalmie congénitale. Cette exophthalmie était due à la présence d'une tumeur située entre la paroi supérieure de l'orbite et le globe oculaire qu'elle repoussait en avant. Cette tumeur était très-facile à sentir en introduisant l'extrémité du doigt au-dessous de l'arcade orbitaire. Elle était molle fluctuante et à travers les téguments très-minces en cet endroit, on sentait qu'elle était très-irrégulière à sa surface et comme bosselée. Cette tumeur a été seulement réductible à la pression et aussitôt qu'on cessait la compression, elle revenait à son volume primitif. Elle pouvait avoir la grosseur d'une noix. La coloration de la peau qui recouvrait la tumeur était un peu plus foncée que celle des parties voisines.

On fit le diagnostic de tumeur caverneuse, l'opération fut faite le 3 mars. L'examen microscopique a montré que la masse de cette tumeur était uniquement composée de tissu conjonctif laissant libre dans son épaisseur d'énormes espaces caverneux remplis de sang.

4. Tumeur fibreuse intra-utérine ; par M. A. Rémy, interne des hôpitaux.

Gaillard, Louise, âgée de 32 ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Jeanne, n° 2 (service de M. Tillaux) pour une tumeur du bas-ventre, accompagnée de pertes utérines.

Cette femme, qui n'a jamais eu d'enfants, a, depuis cinq ou six ans, des pertes continuelles, et, selon son expression, elle est constamment dans le sang depuis deux ans. Elle accuse dans le ventre et les reins des douleurs, revenant au moment des règles ; souvent, à cette époque, elle est prise de vomissements. Elle prétend qu'au moment de ses époques, lorsque les douleurs surviennent la tumeur sort à la vulve et fait une saillie qu'elle compare à une tête de fœtus. Mais il nous a été donné d'assister à une de ses époques menstruelles et la tumeur n'apparaissait nullement en dehors.

Le doigt, introduit dans le vagin, arrive sur une masse volumineuse qui arrive presque à l'orifice vaginal. Cette masse est dure, rénitente. Lorsqu'on écarte fortement les grandes et les petites lèvres, on voit apparaître la tumeur qui a un aspect blanchâtre, légèrement rosé, l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On ne peut arriver sur le col utérin avec le doigt.

Le diagnostic porté fut *tumeur fibreuse sous-muqueuse*, développée dans la cavité utérine et faisant saillie dans le vagin. M. Tillaux se décida à l'opération, la tumeur fut attirée au dehors avec assez de peine et en déterminant une déchirure du périnée. On put alors sentir avec le doigt la lèvre postérieure du col une chaîne d'écraseur fut passée et la tumeur sectionnée au niveau de son pédicule.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur pyriforme a 22 centimètres de longueur et 33 centimètres de circonférence ; au niveau de son pédicule, se trouve un morceau de la lèvre postérieure du col enlevé avec elle ; — au-dessous, se trouve la surface de section ; le reste de la tumeur a un aspect blanchâtre rappelant la muqueuse utérine ; au niveau de la grosse extrémité, c'est-à-dire à la partie inférieure, se voient plusieurs points noirâtres ecchymosés, au niveau desquels la tumeur avait donné du sang pendant la vie.

A la coupe, elle offre tout-à-fait l'aspect des *tumeurs fibreuses*, et contient dans son intérieur des tubercules desquels sort de la sérosité, ce qui nous explique la formation des kystes que l'on rencontre si fréquemment dans cette variété de tumeur.

M. Tillaux pense que cette tumeur a pris naissance primitivement dans le corps de l'utérus et trouvant moins de résistance du côté du vagin que du côté de la cavité péritonéale, est venue définitivement se fixer sur la lèvre postérieure du col et à gauche.

5. Mort subite dans un cas de fièvre typhoïde ; dégénérescence graisseuse du cœur ; par M. Dianoux, interne des hôpitaux.

Rica..., Nicolas, âgé de 27 ans, entre le 15 octobre 1874 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 18 (service de M. Fauvel.) — Cet homme, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, dit être malade depuis plusieurs semaines, mais ce n'est que depuis six ou huit jours qu'il garde le lit. Il offre tous les symptômes habituels d'une fièvre continue dans le premier septennaire : céphalalgie, épistaxis, vertige, insomnie, stupeur légère, diarrhée modérée, etc. A son entrée, il se plaint surtout d'une dyspnée extrême qui serait survenue depuis la veille ; de fait, la gêne respiratoire parait considérable ; il y a plus de 60 respirations à la minute ; il existe une douleur vive au niveau des insertions du diaphragme.

L'examen du cœur et des poumons ne donne en rien l'explication de ces troubles. — 30 ventouses sèches sont appliquées à la base de la poitrine.

Le lendemain matin, la dyspnée a disparu ; à partir de ce moment, on voit se dérouler la série habituelle de symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Des râles sibilants peu nombreux se font entendre dans les poumons ; la diarrhée persiste avec météorisme médiocre ; puis apparaissent des sudamina et des taches rosées en quantité moyenne. La surdité seule acquiert une grande intensité. Le malade n'a jamais eu de délire. La stupeur a toujours été très-modérée. Le pouls, assez plein, n'a jamais présenté une grande fréquence, il variait entre 80 et 92 pulsations ; la température oscillait régulièrement entre 39° et 40°.

Vers le 18e jour, survint une rémission marquée de la chaleur qui, le lendemain, ramenait le thermomètre à plus de 40°. — M. Fauvel prescrivit : Sulfate de quinine (2 paquets de 0,50 par jour.)

Le 21e jour de la maladie, la température au matin était de 37°. Les symptômes avaient subi un amendement notable, et le malade entrait franchement en convalescence. A 2 heures de l'après-midi, il sommeillait depuis quelque temps, lorsque son voisin de lit le vit s'asseoir brusquement, la figure con-

vulsive, pousser deux ou trois soupirs et retomber mort.

Cette mort inopinée surprit tous ceux qui avaient observé le malade. Rien ne pouvait la faire prévoir. Le malade n'avait pas cessé de s'alimenter autant que possible ; le pouls n'avait, à aucun moment, présenté ni irrégularité, ni faiblesse, ni lenteur pouvant faire présager une telle fin.

A L'AUTOPSIE, on trouve les poumons sains, légèrement engorgés à leur bord postérieur. L'artère pulmonaire, examinée avec soin, ne présente pas de caillots. Rien d'appréciable dans les centres nerveux.

La muqueuse intestinale, faiblement injectée, montre dans les dernières portions de l'ilion des plaques de Peyer cicatrisées ; deux ou trois ulcérations en voie de réparation se voient encore vers le cœcum. Les ganglions mésentériques sont volumineux, mais simplement hypertrophiés. — Le foie est un peu gras et hypérémié ; — la rate de volume modéré.

Le péricarde, ouvert en place, ne contenait aucun liquide. La face antérieure du *cœur* présente un aspect jaunâtre, uniforme, dû à une couche de tissu adipeux assez mince. Les cavités droites contiennent du sang de couleur un peu brunâtre et quelques caillots cruoriques sans signification. Les cavités gauches sont vides de sang. La coupe du cœur montre un aspect feuille morte, jaune pâle, de la fibre musculaire ; le doigt déchire facilement les parois du cœur ; les muscles valvulaires surtout offrent une friabilité excessive. — La dégénérescence graisseuse, manifeste à l'examen macroscopique, est confirmée par l'examen histologique. M. Liouville qui a bien voulu faire cet examen a constaté une dégénérescence graisseuse énorme et de plus de nombreux foyers remplis de cristaux d'hématoïdine, résidus de petites apoplexies capillaires.

6. Calcul vésical ; opération de lithotritie périnéale ; mort d'infection purulente ; lithiase rénale ; par M. ORY, interne des hôpitaux. (Voir page 13.)

M. POZZI. — Il est fâcheux que la température n'ait pas été prise avant l'opération. On sait, en effet, que l'on constate ordinairement dans le cas de pyélite, outre la douleur lombaire, une fièvre rémittente à exacerbation vespérale ; cette fièvre est souvent peu intense, et peut passer inaperçue si l'on n'emploie pas le thermomètre.

7. Phlegmon de l'aisselle. — Thrombose de la veine axillaire. — Mort subite ; par M. MAUNOIR, interne des hôpitaux.

Car.. Henri, âgé de 33 ans, tourneur, entre le 30 octobre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 19.

Ce malade se présenta à la consultation avec un vaste phlegmon suppuré de l'aisselle gauche, consécutif à une blessure insignifiante du pouce, datant de douze jours environ. La collection fut incisée et les choses marchaient de la façon la plus normale vers la guérison, lorsque le 3 *novembre* au soir le malade, en rentrant du jardin, mourut subitement tandis qu'il causait avec un de ses voisins de lit.

A l'AUTOPSIE, on trouva que la veine axillaire qui passait au milieu du foyer purulent, contenait des caillots de formation déjà relativement ancienne. En outre, la veine une fois ouverte n'avait ni le même aspect ni la même consistance que celle du côté sain ; elle était plus blanchâtre et ses parois, épaissies, adhéraient au tissu cellulaire et aux ganglions enflammés voisins.

On supposa que cette thrombose était l'origine d'une embolie cardiaque ou pulmonaire, mais malgré une recherche attentive il ne fut pas possible de découvrir la cause de la mort subite. Le cœur et le cerveau étaient absolument sains. Les artères pulmonaires et leurs divisions ne contenaient aucun caillot embolique appréciable. Cependant les poumons présentaient quelques points de congestion intense, comme s'il s'était fait de petites embolies qui auraient échappé aux recherches.

15. Kyste de l'ovaire : productions sarcomateuses végétantes au niveau des parois ; par M. TRESFORT, externe des hôpitaux.

La malade dont nous présentons les pièces est une femme de 44 ans, qui est entrée une première fois (service de M. TILLAUX) à l'hôpital Lariboisière, à la date du 26 juillet 1873.

Pas de renseignements sur le début et la marche de la maladie qui paraît cependant avoir évolué assez lentement. Elle présentait alors un développement assez considérable de l'abdomen. Le diagnostic porté fut : *tumeur fibro-kystique de l'ovaire.*

M. Tillaux se décida à faire une ponction et son diagnostic se trouva vérifié par l'écoulement d'un liquide citrin, non filant. Cette tumeur kystique était donc justiciable du traitement par l'injection iodée. C'est en effet ce qui fut fait, et la malade put sortir de l'hôpital le 20 novembre 1873, sans avoir éprouvé d'accident sérieux après son opération. L'état général était satisfaisant, elle se trouvait beaucoup soulagée.

Ce n'est que le 9 avril 1874, c'est-à-dire environ cinq mois après sa sortie de l'hôpital, qu'elle est de nouveau venue trouver M. Tillaux. Son ventre avait beaucoup augmenté de volume, la tumeur remontait à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic et gênait beaucoup la respiration de la malade. De plus, elle accusait des douleurs dans les lombes, les fosses iliaques et la région inguino-crurale, surtout du côté gauche. C'est en effet de ce côté que siégeait la tumeur solide. On pouvait assez bien la limiter à travers la paroi abdominale. Du volume d'une tête de fœtus, elle présentait une dureté légèrement élastique. La palpation à travers la paroi abdominale ne faisait sentir de bosselures ni d'inégalités. Le reste de la tumeur était manifestement fluctuant.

La percussion donnait une matité uniforme, aussi bien au niveau de la partie liquide que de la partie solide de la tumeur abdominale. Elle s'étendait à deux travers de doigt audessus de l'ombilic et dans les flancs et les fosses iliaques de chaque côté. Elle était légèrement douloureuse.

Au toucher vaginal, le doigt trouvait le col utérin fortement appliqué derrière la symphyse pubienne, ce qui semblait indiquer un refoulement en arrière de l'utérus qui était ainsi mis en rétroversion. Le cul-de-sac postérieur légèrement effacé, donnait une vague sensation de fluctuation ; rien d'appréciable dans les culs-de sac latéraux ; pas d'abaissement ni d'élévation notable de l'utérus auquel ou imprimait des mouvements par l'intermédiaire de la tumeur abdominale.

La malade a eu plusieurs enfants; ses accouchements n'ont rien présenté qui mérite la peine d'être noté. Bien qu'irrégulière, la menstruation se faisait cependant. Chaque époque était marquée par des douleurs dans les lombes, les aines et les cuisses, et souvent la malade était forcée de garder le lit ; quoique moins abondantes, les règles avaient continué à apparaître, malgré le développement de la tumeur. Elle n'a eu ses règles que deux fois dans l'intervalle qui a séparé sa première opération de sa nouvelle entrée à l'hôpital, et M. Tillaux dut remettre à huitaine la deuxième ponction qu'il se proposait de faire subir à la malade par suite de l'apparition d'une troisième époque menstruelle.

Telle est l'histoire de cette femme jusqu'au 22 avril, jour où M. Tillaux fit sa seconde ponction. Je dois ajouter que l'état général était assez satisfaisant, bien que la malade prétendit avoir beaucoup maigri depuis sa première opération. Cette fois, au lieu d'un liquide citrin, la ponction donna issue à un liquide qui ressemblait à du chocolat ; 2 litres 1/2 à 3 litres environ furent retirés. Cette coloration fut attribuée à l'action de la 1re opération sur les parois de la poche dont la sécrétion avait ainsi été modifiée, et la teinture d'iode préparée fut injectée sans hésitation dans le kyste. Au bout de dix minutes de contact avec la poche, elle fut évacuée.

Un carré de diachylon servit à boucher la piqûre ; une couche assez épaisse de ouate et une légère compression furent appliquées sur l'abdomen, et la malade portée dans son lit où elle se sentit soulagée. Le repos absolu prescrit fut observé.

Les suites immédiates de l'opération ne laissèrent rien à désirer ; l'inflammation suscitée par l'injection ne fut pas trop considérable ni les douleurs assez vives pour nécessiter une intervention active dans le but de prévenir une péritonite consécutive, seuls des cataplasmes laudanisés furent appliqués. Mais au lieu de disparaître comme cela a lieu habituellement dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération les douleurs persistèrent avec une égale intensité. L'appétit

de la malade était languissant, elle commença à dépérir, et prit une teinte subictérique assez prononcée. En même temps le ventre prit un développement assez rapide, sa sensibilité à la pression augmenta, et du 10 au 14e jour de l'opération, la malade fut prise de vomissements verdâtres.

Il était évident qu'une péritonite subaiguë était survenue, mais eu égard à l'état cachectique dans lequel la malade était tombée assez rapidement, M. Tillaux fit inscrire le diagnostic : kyste de l'ovaire avec dégénérescence carcinomateuse de la poche. Les vomissements persistèrent avec une intensité variable jusque dans les premiers jours du mois de juin. A cette époque, ils parurent laisser quelque répit, et la malade, constipée jusqu'alors, fut prise d'une diarrhée assez intense. Le pouls très-faible variait entre 90-100 pulsations. La température est restée entre 37°,5 et 38° le matin, tandis que le soir, il y avait une légère élévation, et le thermomètre marquait souvent 39°, 39°,4.

L'état cachectique augmentant de plus en plus, la malade, ne présenta rien d'important à noter jusqu'au 19 juin. A cette date, elle se plaignit d'avoir rendu du pus par le rectum, mais il fut impossible de vérifier le fait, les selles n'ayant pas été gardées. Bien qu'un peu moins tendu, le ventre n'avait cependant pas beaucoup diminué de volume.

A dater de ce jour, la diarrhée augmenta, la malade, ne pouvant supporter aucun aliment, put, néanmoins, malgré son extrême faiblesse, vivre jusqu'au 6 juillet.

L'autopsie faite le lendemain fit voir des adhérences celluleuses considérables à la face péritonéale de la paroi antérieure de l'abdomen. Ces adhérences existaient non-seulement entre le kyste et cette paroi, mais entre les anses intestinales et la tumeur kystique. Une collection d'un pus crêmeux existait dans une des poches celluleuses formées par les fausses membranes sous la face inférieure du foie.

Les parois du kyste sont épaissies, rugueuses, tapissées de petites saillies pédiculées ou séniles, dans toute leur étendue. Ces petites masses ont le volume d'un pois ou d'une noisette. A droite, près du bord correspondant de l'utérus, on en trouve un amas beaucoup plus considérable. A gauche siége une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Elle fait corps avec la paroi du kyste et paraît formée d'une quantité de petites tumeurs arrondies fusionnées entre elles sur certains points. Elle répond probablement au siége que l'ovaire occuperait normalement.

La poche a une capacité d'environ 3 ou 4 litres. Par sa face postérieure, elle communique par une petite ouverture de 5 a 6 millim. de diamètre avec le rectum. C'est sans doute au mélange des gaz de l'intestin avec le liquide du kyste qu'est dû l'aspect gangréneux noirâtre de la surface intérieure de la poche. L'*utérus* paraît hypertrophié dans sa masse. La cavité centrale est espacée et projetée en avant par une tumeur fibreuse. Le col est porté en avant. Le *mésentère* renferme de petits ganglions très-hypertrophiés, mais peu durs.

Quelle est la nature de ces petites tumeurs arrondies, pédiculées et sessiles ? Leur consistance est celle d'un tissu mou, granuleux, renfermant beaucoup de vaisseaux. La grosse masse du côté gauche paraît plus consistante. Peut-être est-ce seulement un sarcome kystique de l'ovaire ?

16. Anévrysme diffus de l'aorte abdominale ; par M. Deffaux.

M. Deffaux montre un anévrysme diffus de l'aorte abdominale, observé chez un homme de 30 ans, mort subitement quelques heures après son entrée à l'hôpital. La poche anévrysmale englobe presque complétement le rein gauche, qui est entouré de caillots. Le sang a fusé jusqu'au voisinage du petit bassin, sans avoir passé de l'autre côté de la ligne médiane. Les limites du foyer sont difficiles à circonscrire. Un des points les plus importants de la pièce est l'existence d'un orifice de communication de l'aorte avec la cavité pleurale, à travers une perforation du diaphragme. La plèvre était remplie d'un énorme caillot de sang, cause immédiate de la mort. Le poumon était appliqué le long de la gouttière vertébrale.

M. Homolle demande quels étaient les obstacles qui s'opposaient à l'envahissement de toute la cavité abdominale par le sang de l'anévrysme.

M. Deffaux répond qu'il existait quelques adhérences, à la vérité très-fragiles, et que d'ailleurs le mésentère servait de paroi interne au foyer de l'anévrysme.

17. Absence d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte ; par M. Martin, interne des hôpitaux.

M. Martin montre le cœur d'un homme atteint de rétrécissement aortique et de cirrhose constatés pendant la vie. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont au nombre de deux ; la troisième valvule manque, on n'en retrouve pas les débris. Toutefois, les deux valvules uniques existantes n'étaient point insuffisantes.

20. Note sur la distribution des nerfs collatéraux des doigts et sur les sections nerveuses du membre supérieur ; par Richelot.

Ce travail a pour but de démontrer que les nerfs radial et cubital ne fournissent de collatéraux dorsaux qu'au pouce et au cinquième doigt, et s'arrêtent à la base des trois doigts du milieu, en s'épuisant dans la peau de leurs premières phalanges ; tandis que les collatéraux dorsaux de ces trois doigts viennent exclusivement des collatéraux palmaires, c'est-à-dire du médius jusqu'au bord externe de l'annulaire, et de la branche palmaire du cubital pour le côté interne du même doigt. Ce travail réfute par conséquent l'opinion classique, exprimée dans tous les ouvrages d'anatomie, d'après laquelle le radial et le cubital se distribuent à la face dorsale de tous les doigts, en se les partageant par moitié. Il délimite plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici les sphères de distributions des trois nerfs de la main, et permet ainsi de donner plus de précision au diagnostic de certaines lésions nerveuses, en même temps qu'il explique certains faits en apparence anormaux consignés dans les observations de plaies nerveuses jusqu'ici publiées. Sans doute, on doit s'attendre à trouver encore bien des anomalies apparentes dans la distribution de l'anesthésie à la suite des sections nerveuses, d'une part à cause de la difficulté qu'on éprouve à connaître avec précision l'état de la sensibilité dans certains cas et chez certains malades, d'autre part à cause de l'existence de la *sensibilité suppléée ou récurrente*, dont les effets peuvent être variables quant au siége et à l'intensité. Il n'en est pas moins vrai que le travail de M. Richelot établit un rapport plus exact qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour entre l'anatomie et les faits cliniques.

21. Sac herniaire déshabité. — Persistance de l'orifice de communication avec le péritoine, malgré l'irréductibilité de la tumeur pendant la vie ; par Albert Robin, interne des hôpitaux.

M. Robin montre les pièces provenant d'un malade, mort dans le service de M. Gosselin. Il s'agit d'un ancien sac herniaire déshabité, qui pendant la vie simulait un kyste de la région inguinale. Le fait intéressant de cette observation, c'est que le kyste était absolument irréductible, et qu'on ne pouvait faire refluer une goutte de liquide vers le péritoine, et l'autopsie montra qu'il y avait une communication entre le sac herniaire et le péritoine, capable d'admettre facilement un doigt. L'orifice se trouvait obstrué par un pli de la muqueuse du sac, qui formait valvule, et aussi par un morceau d'épiploon qui venait faire soupape et boucher l'ouverture, toutes les fois que l'on pressait sur la hernie.

M. Ledentu. Cette pièce est fort démonstrative et elle emprunte un intérêt particulier à ce que cette question est précisément discutée en ce moment à la Société de chirurgie. Les avis des chirurgiens se sont partagés à ce sujet : les uns ont admis que la non-réductibilité de la tumeur est une preuve absolue de communication du sac avec le péritoine ; les autres, au contraire, ont soutenu que dans ces cas il peut être dangereux de recourir à l'injection iodée.

Les cas de communication péritonéale, malgré l'irréductibilité du liquide constatés pendant la vie, sont rares, mais il en existe des observations péremptoires. M. Houel en 1848 en a cité un exemple. M. Duplay dans sa thèse en rapporte également. Moi-même j'ai eu l'occasion de voir des hydrocèles du

cordon tout-à-fait irréductibles, bien qu'ils communiquassent avec la cavité vagino-péritonéale. Le fait est donc incontestable. Quant au mécanisme de cette occlusion, il est beaucoup moins bien connu ; je suis tenté de croire pour ma part que certains replis de la paroi du sac peuvent suffire à obstruer exactement l'orifice herniaire. Il se passe là ce qui se produit pour les kystes poplités, où l'extension de la jambe empêche absolument le liquide du kyste de refluer dans l'articulation du genou.

M. Coyne. La discussion de la Société de chirurgie a porté surtout sur l'hydrocèle des nouveau-nés, or, je crois qu'on n'a pas tenu assez de compte des variétés que peut présenter cette affection. Il y a, en effet, trois sortes d'hydrocèles chez les nouveau-nés. Les unes sont congénitales, ce sont celles où il existe une libre communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Les autres sont passagères et liées à la descente du testicule dans les bourses ; elles tendent naturellement à la guérison et finissent par se résorber ; mais pendant un certain temps la communication vagino-péritonéale persiste, encore que le reflux du liquide dans l'abdomen soit presque impossible. Enfin, il y a un troisième groupe d'hydrocèles, que l'on observe plus rarement chez les enfants syphilitiques, à la suite de lésions du testicule ou de l'épididyme.

M. Ledentu. Cette dernière variété rentre dans la catégorie des hydrocèles symptomatiques, et ne doit pas nous occuper ici. Mais la distinction qu'a établie M. Coyne entre les deux autres est très-importante et mérite d'être confirmée, ne serait-ce que pour montrer, contrairement à une assertion émise au sein de la Société de chirurgie, que les injections iodées peuvent dans ce cas être fort dangereuses, et sont tout au moins inutiles. Les hydrocèles qui doivent spontanément guérir s'accompagnent en général d'un œdème des bourses et de l'empâtement du scrotum.

Séance du 8 janvier 1875. — Présidence de M. Houel.

Renouvellement du Bureau.

Ont été nommés:

Président, Charcot; — *Vice-présidents*, Hayem et Périer ; — *Secrétaires*, A. Sevestre et Troisier ; — *Trésorier*, Longuet: — *Archiviste*, Landouzy ; — *Membres du Comité* (titulaires), Bouilly, Monod, Malassez; — Adjoints, Budin, Hanot et P. Reclus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. Verneuil fait l'historique de la *forcipressure* dans la seconde partie de son travail sur cette question. Sous le titre de *forcipressure préméditée*, l'orateur retrace les modifications successives des appareils imaginés pour arrêter les hémorrhagies, dans le cas où les moyens hémostatiques ordinaires n'étaient pas applicables, et fait voir comment de la simple lame de plomb recourbée on a été conduit à la serre-fine et aux pinces plus ou moins compliquées en usage aujourd'hui. Puis, il étudie la *forcipressure de nécessité* et raconte comment, dans le cours de certaines opérations ou en présence d'un danger imminent, les chirurgiens ont été amenés à se servir de ce procédé. — Nous renvoyons aux compte-rendus de la Société les lecteurs que cette longue étude historique pourrait intéresser.

Voici les conclusions de M. Verneuil : La forcipressure est un moyen précieux d'hémostase dans les cas urgents; elle est d'une application facile et ne nécessite point le concours d'un aide. L'application en est peu douloureuse, et le blessé supporte facilement la pince à demeure. Elle n'irrite pas la plaie, fournit une sécurité complète et ne réclame aucun instrument spécial.

M. Taschard (de Toulon) présente un siphon en caoutchouc, destiné à vider les collections liquides pathologiques. On adapte un trois-quarts à ce siphon préalablement amorcé par un système de tubes, on fait la ponction et le liquide s'écoule. Une pompe foulante, adaptée à l'appareil, permet d'opérer le lavage de la cavité. L'auteur s'en est bien trouvé dans des cas d'empyème, d'abcès du foie, de pleurésie, etc. Une commission donnera son avis à ce sujet.

M. Lucas-Championnière lit une observation de trépan, à la suite de fracture de la voûte du crâne, opération suivie de guérison. I. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 7 décembre 1874. — Présidence de M. L. Le Fort

Mort apparente d'un enfant causée par le chloroforme. — Rappel à la vie. — Réflexions ; par le Dr Fieuzal.

Le 20 novembre un enfant, âgé de six ans, nous est amené à la consultation de l'hospice des Quinze-Vingts, pour avoir un certificat de cécité. Il présentait sur l'œil gauche un staphylome de la cornée avec leucome adhérent; l'iris complétement accolé à la cornée qui était opaque dans les trois quarts de son étendue, la partie supérieure seule ayant conservé sa transparence. L'œil droit a été énuclé il y a plus d'une année par M. Giraud-Teulon. L'enfant est complétement aveugle, cependant il lui reste une perception quantitative de la lumière.

Après avoir bien examiné la partie restée transparente de la cornée et nous être assuré qu'une pupille artificielle pourrait être tentée sur cet œil devenu staphylomateux, nous avons proposé aux parents de faire cette opération qui pouvant donner un résultat optique devait, dans tous les cas, produire un très-heureux effet sur la marche ultérieure du staphylome.

L'opération fut acceptée par les parents et l'enfant étant endormi par le chloroforme confié aux soins de notre confrère le docteur Gauran, l'iridectomie fut pratiquée en haut dans la partie correspondante à la cornée restée transparente. L'œil était mou, la friabilité de l'iris et l'absence de chambre antérieure rendirent l'opération tout à fait difficile ; l'iris ne venait que par fragments, cependant nous eûmes la satisfaction d'en enlever un lambeau suffisant; et pour ceux qui ont touché à des yeux ainsi affectés et qui savent quelles sont les difficultés qu'on a à surmonter il y avait de quoi être très-satisfait du résultat obtenu.

La chloroformisation n'avait rien présenté de particulier, la période d'excitation avait été courte et rapidement suivie de collapsus. L'enfant ne voulait pas se laisser endormir, il résista de toutes ses forces et au bout de deux minutes d'inhalation le collapsus arriva avec l'insensibilité; la respiration et le pouls ne présentaient rien d'anormal.

Le chloroforme qui servait ce jour-là avait déjà été employé quelques jours auparavant et ne présentait dans l'odeur qu'il exhalait rien qui pût faire craindre un résultat fatal. Il nous est fourni par la pharmacie centrale.

L'appareil dont nous faisons constamment usage est composé simplement d'un morceau de flanelle tendu sur une tige métallique recourbée qui, s'adaptant au devant de la bouche et du nez, permet l'accès facile de l'air en même temps qu'il offre au chloroforme une assez grande surface d'évaporation. Ces conditions permettent d'obtenir l'anesthésie avec une quantité peu considérable, quelques grammes seulement de chloroforme. Nous ajouterons, ce qui n'est pas indifférent, qu'avec ce procédé on n'est pas exposé comme avec le cornet à répandre du chloroforme sur la peau qu'on évite ainsi d'irriter et de brûler même, comme cela arrive si fréquemment avec les procédés ordinaires.

Tout était fini, l'enfant ne respirait plus de chloroforme depuis plus de trois minutes, nous étions déjà passé dans la pièce à côté prévenir les parents qu'ils pouvaient rentrer dans la salle d'opérations, lorsqu'en revenant près de l'enfant nous fûmes frappé de stupeur en voyant sa pâleur mortelle, son faciès cadavérique, ses lèvres décolorées et nous eûmes la douleur de constater qu'il n'y avait plus de battements du cœur, plus de pouls, plus de respiration.

Le docteur Gauran s'efforça d'ouvrir la bouche dont nous parvînmes à écarter les arcades dentaires avec le manche d'une cuiller métallique, la langue était appliquée derrière les arcades dentaires et nullement refoulée dans le fond de la bouche. Les parents furent renvoyés immédiatement, l'enfant suspendu par les pieds, entièrement renversé et appuyé sur le fauteuil

d'opérations, fut confié à notre confrère et à l'aide, tandis que nous nous mettions en mesure de faire la respiration artificielle.

Après une demi-minute de cette suspension par les pieds et une dizaine de fortes pressions sur la cage thoracique, la face de l'enfant commence à se colorer, il se produit un mouvement de regorgement qui fait sortir par la bouche quelques glaires visqueuses; nous continuons la respiration artificielle une minute environ, après quoi nous replaçons l'enfant sur le fauteuil dans la position horizontale, la face inclinée de côté et un peu plus bas que le reste du corps; on ouvre largement les fenêtres et nous nous mettons en devoir de fouetter vigoureusement la face et la poitrine avec la main, tandis que notre ami en fait autant de son côté avec un linge mouillé.

Le faciès reste encore pâle; mais, sous cette énergique révulsion cutanée, le pouls commence enfin à reparaître, filiforme d'abord, puis bientôt il se relève. La respiration se régularise et des vomissements arrivent par saccades, peu abondants et spumeux.

L'enfant, transporté à l'air, ne tarde pas à retomber dans la somnolence qui suit les éthérisations complètes; mais la respiration et la circulation sont normales et après lui avoir fait son pansement, nous le faisons transporter dans son lit près de la fenêtre. Il conserva pendant quelques heures un état d'hébétude, entrecoupé de vomissements surtout abondants dans la soirée, dix heures encore après l'opération.

La nuit fut excellente et personne heureusement, dans l'entourage, n'a su le danger auquel cet enfant avait échappé et lui moins que personne. Il est hors de doute cependant que cet enfant a été tiré de la mort grâce à l'intervention décisive et prompte qui a été prise à son égard.

Qu'avons-nous fait en présence d'accidents aussi formidables qu'un retard de quelques secondes encore pouvait rendre sans appel; et quelle différence y a-t-il entre cette mort apparente et la mort réelle que nous avons été sur le point de constater? En présence de la suspension des battements du cœur, qui a duré plusieurs secondes, et aussi de celle des mouvements respiratoires, nous avons la conviction d'avoir fait la seule chose utile; aussi sommes-nous doublement heureux de faire connaître à nos confrères et le fait qui nous semble porter avec lui son enseignement et le résultat favorable qui a suivi notre intervention.

En portant la tête en bas, le sang d'une manière purement physique est venu baigner le bulbe dans lequel se trouve le centre respiratoire ; d'un autre côté, les pressions alternatives exercées sur la cage thoracique, en chassant l'air contenu dans les ramifications bronchiques ont provoqué l'entrée d'une nouvelle quantité d'air non imprégné de vapeurs chloroformiques, et à la faveur de ce double jeu artificiel d'entrée et de sortie d'air pur, le cœur qui, à notre avis, avait été paralysé par l'agent anesthésique, a pu retrouver quelque énergie et recommencer à envoyer du sang aux centres nerveux. Sous l'influence de cette reprise de fonctions, le bulbe a été excité de nouveau, le nerf pneumogastrique a pu dès lors exécuter le rôle qui lui est dévolu et la respiration a bientôt pu se faire, faiblement d'abord, à cause des propriétés toxiques du sang chargé des vapeurs chloroformiques, mais peu à peu, l'élimination se faisant les inspirations sont devenues plus profondes, et la vie a repris possession de ce corps tout à l'heure inanimé.

Tels sont les phénomènes que, pour la première fois, nous avons vu se dérouler sous nos yeux, bien que nous ayons fait un très-fréquent usage du chloroforme; nous l'avons employé à tous les âges, chez des enfants, chez des vieillards, même chez des sujets atteints du mal comitial, qui passe cependant pour une contr'indication formelle de l'emploi de cet agent. Chez ces derniers nous avons noté constamment avec une respiration stertoreuse parfois effrayante, la lividité de la face, au lieu de cette pâleur que nous avons constatée dans le cas qui fait l'objet de cette communication, aussi nous semble-t-il que la théorie à laquelle nous rattachons l'enchainement de ces phénomènes, c'est-à-dire la théorie de la mort par syncope, ne laisse pas de place aux diverses théories mises en avant pour expliquer la mort causée généralement par le chloroforme.

Et d'abord le refoulement de la langue vers le pharynx auquel certains chirurgiens voudraient faire jouer le rôle capital dans la mort par les anesthésiques, nous parait devoir être éliminé ici, puisque les dents étant écartées à l'aide d'une cuiller, on a pu s'assurer que la langue était accolée au plancher de la bouche et derrière les arcades dentaires.

Nous nous rappelons toujours l'anxiété de notre ancien maître, M. Desprès, chirurgien à Bicêtre, qui partisan décidé de la théorie du refoulement faisait toujours préparer à l'avance, plusieurs bouts de bois destinés à être glissés entre les arcades dentaires pour permettre d'aller avec le doigt, au besoin avec une érigne chercher à dégager l'épiglotte qu'il supposait renversée sur l'orifice du larynx, aussi l'expression *avaler sa langue* était-elle devenue familière parmi les élèves du service.

Dans un très-grand nombre d'éthérisations que nous avons pratiquées, soit dans le service de M. Velpeau, soit pour notre propre compte (environ quatre cents), nous n'avons jamais eu l'occasion de constater le refoulement en question et comme dans le cas actuel nous avons pu vérifier qu'il n'y avait pas de refoulement, nous croyons que ce ne sera pas trop nous avancer que de contester la théorie de la déglutition de la langue malgré les quelques cas rapportés dans la science et qui paraissent formels à cet égard.

La théorie de l'asphyxie nous paraît également devoir être écartée pour expliquer la mort; dans le cas dont il s'agit aucun phénomène de stase sanguine ne s'est en effet manifesté, bien au contraire, la pâleur était absolument cadavérique, les lèvres cireuses, ainsi que la peau des parties du corps qui étaient exposées à la vue, donc pas d'asphyxie et nous voilà amenés à admettre la théorie de la syncope par intoxication.

Comment l'intoxication s'est-elle produite? Est-ce par l'oxyde de carbone, est-ce par la décomposition en acide formique de l'agent employé? Nous ne nous chargeons pas de résoudre la question. Et quant à la succession des phénomènes toxiques nous partagerions volontiers l'opinion d'un de nos amis, le docteur Lacassagne, professeur agregé au Val-de-Grâce qui dans un mémoire couronné par l'Académie de Médecine a émis la pensée que le chloroforme, exerçant son action sur la cellule nerveuse, produirait son effet d'abord sur les circonvolutions cérébrales et successivement sur la protubérance annulaire, le bulbe et le grand sympathique par l'intermédiaire duquel se ferait finalement l'arrêt des battements du cœur. Les expérimentateurs se chargeront de nous faire connaitre la manière d'agir du chloroforme sur le système nerveux.

Ce qui nous parait établi sans conteste dans le cas actuel, c'est la syncope par empoisonnement, et nous ajouterons que cette conviction, entrainant comme conséquence un mode particulier de traitement, il n'est pas indifférent de la partager ou de se retrancher derrière une *idiosyncrasie*.

C'est avec des mots pareils que la médecine et les médecins ont justement mérité et mériteront longtemps encore les railleries, plus ou moins bien appropriées, des Molières du passé et de l'avenir.

Si ce mot, en effet, ne veut dire autre chose que la manière particulière dont chaque individu peut être influencé par les divers agents capable d'impressionner d'une façon quelconque ses organes, il est évident qu'on ne peut partager l'opinion de Robert qui invoquait l'idiosyncrasie pour expliquer la mort par le chloroforme, attendu qu'on peut l'invoquer au même titre pour toute action en général provoquant une réaction de l'organisme, laquelle variera nécessairement avec l'individu.

Les partisans d'une semblable théorie, s'il en existe encore, seront amenés dans un cas fatal à se croiser les bras en attendant qu'il aient découvert des signes faisant pressentir l'*idiosyncrasie* qui devra contr'indiquer l'usage du chloroforme.

Ceux au contraire qui, comme nous, croient que la mort se produit le plus souvent par syncope, sont appelés à agir énergiquement ainsi que nous l'avons fait dans le cas actuel et nous sommes convaincus qu'en ne perdant pas une seconde dans la tergiversation que beaucoup éprouvent en pareille conjoncture, on aura la satisfaction que nous avons éprouvée

nous-même en mettant en usage le moyen recommandé ci-dessus.

Nous terminerons cette observation en disant que l'enfant, remis de cette cruelle épreuve, a pu quitter le dispensaire au bout de huit jours et retourner chez lui avec une pupille artificielle qui lui avait fait recouvrer la vision. Il aurait même pu s'en retourner quelques jours plus tôt, les suites de cette opération ayant été, comme toujours, des plus simples et n'ayant nécessité que quelques soins de peu d'importance.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Leçons sur l'appareil vaso-moteur (*physiologie et pathologie*), faites à la faculté de médecine de Paris, par M. Vulpian, publiées par le docteur Carville. Germer-Baillière, éditeur.

Le public médical attendait, depuis longtemps, la publication des leçons par lesquelles M. le professeur Vulpian a inauguré son cours de pathologie expérimentale et comparée; les auditeurs de l'époque ont fait connaître la méthode, aussi sûre que féconde, suivie par le savant physiologiste, et tous avaient fait désirer la publication du livre.

S'il était un sujet embrouillé, romantique, qu'on nous passe le mot, c'était bien celui de l'appareil vaso-moteur, relativement à son fonctionnement. A combien d'hypothèses n'a-t-il pas donné lieu? Que de conjectures sans preuves! Que de faits avancés à priori! On se serait cru revenu à l'époque du moyen-âge, aux médecins mécaniciens ou chimiâtres! Les éléments de la question étaient partout épars; tout le monde s'était cru obligé d'expliquer les phénomènes de la physiologie normale ou de la physiologie pathologique!

Reprendre toutes les questions soulevées; les passer au creuset de l'expérimentation; les apprécier à leur juste valeur; des faits parfaitement reconnus, tirer des conclusions; appliquer celles-ci à la pathologie, telle est l'œuvre de M. Vulpian; elle est considérable et accomplie avec cet esprit critique et cette profonde connaissance des choses qui font du professeur de pathologie expérimentale de la faculté l'un des premiers physiologistes de notre temps.

De la préface de M. Vulpian, qui révèle les tendances de l'auteur, nous ne citerons que les passages suivants :

« Si la physiologie des nerfs vaso-moteurs offre de nombreuses lacunes et de grandes incertitudes, on conçoit combien il faut être prudent, lorsqu'il s'agit d'utiliser les données expérimentales pour l'explication des phénomènes morbides.

» J'ai toujours lutté, pour ma part, contre cette tendance déplorable à appliquer d'une façon prématurée à la pathologie les données encore incertaines de la physiologie expérimentale. La plupart des assertions qu'on émet ainsi sans aucune espèce d'esprit critique, sont d'ailleurs absolument dénuées de preuves : ce sont des conceptions de cabinet, comme chacun peut en imaginer à plaisir. Et il serait même facile de prouver que les actions vasomotrices, attribuées à tel ou tel médicament, ou à tel ou tel poison, par des médecins qui n'ont jamais fait la moindre expérimentation sérieuse par eux-mêmes, sont souvent le contraire de ce que la physiologie nous révèle. »

Le premier volume des leçons de M. Vulpian est seulement paru; le second viendra bientôt; avec l'article moelle du *Dictionnaire encyclopédique*, et les leçons sur la physiologie du même auteur, ils constitueront une étude complète, récente, du système nerveux. La première leçon du premier volume est consacrée à l'historique de la découverte des nerfs vasomoteurs; chacun a sa part, juste, exacte; l'auteur montre que Cl. Bernard seul a su, le premier, interpréter les phénomènes qu'il avait sous les yeux. Il y est rappelé également que Henle, en 1840, découvrit ce que quelques médecins, par induction, avaient pensé relativement à la structure des vaisseaux, c'est-à-dire la présence des fibres musculaires. Le professeur passe ensuite en revue la disposition des nerfs vasomoteurs, la structure des vaisseaux, la relation réciproque des éléments musculaires et nerveux.

Dans sa deuxième leçon, il montre l'influence, sur la contractilité des artères, des excitants mécaniques, du galvanisme, des agents chimiques, des substances toxiques ou médicamenteuses, etc; il étudie ensuite la contractilité des veines, des capillaires, le mouvement rhythmique spontané de certains vaisseaux.

La troisième leçon est consacrée à l'étude spéciale de l'action du cordon cervical et du ganglion cervical supérieur du grand sympathique sur les vaisseaux.

Dans la leçon suivante, M. Vulpian donne les preuves cliniques de l'influence des lésions du grand sympathique sur le système vasculaire; il aborde ensuite la question des nerfs vaso-dilatateurs. Rappelant que les vaisseaux sont munis de fibres musculaires dont la disposition est annulaire, et dont la contraction ne peut déterminer qu'une diminution du calibre vasculaire, le professeur montre que l'expérimentation est venue apprendre un fait singulier qu'il faut accepter: il est des nerfs dont l'excitation amène la dilatation des vaisseaux soumis à leur influence. Ces nerfs, dont la connaissance est due à Cl. Bernard, sont appelés *vaso-dilatateurs*, tandis que les autres ont reçu le nom de *vaso-constricteurs*.

C'est en reprenant les études de Ludwig sur la glande sous-maxillaire que Cl. Bernard a démontré ce fait; il fit voir que c'est au filet anastomotique, fourni au lingual par la corde du tympan, qu'est due l'action du lingual ou des filets glandulaires qui naissent de ce nerf, action qui consiste dans l'arrêt de la sécrétion salivaire quand le lingual est coupé, et dans la continuité de la sécrétion salivaire quand le bout périphérique du nerf lingual coupé est excité; la corde du tympan est donc un type de nerfs vaso-dilatateurs.

Cl. Bernard a cherché s'il existait d'autres nerfs vaso-dilatateurs; il lui a semblé que la branche auriculo-temporale du trijumeau, qui s'anastomose avec le facial, avait une action dilatatrice sur les vaisseaux de l'oreille; de même pour les filets nerveux qui entourent la carotide. Cl. Bernard a encore indiqué le pneumo-gastrique comme déterminant une dilatation des vaisseaux du sein; ce fait est nié par M. Vulpian. Ce n'est pas seulement sur les vaisseaux de la glande sous-maxillaire que la corde du tympan exerce son action vaso-dilatatrice; M. Vulpian a démontré par des expériences irréfutables que cette action s'étend aux vaisseaux de la langue.

Des nerfs décrits par M. Eckhard sous le nom de *nervi erigentes*, sont aussi des vaso-dilatateurs; ils naissent du plexus sacré, et avec les nerfs honteux, ils vont aux corps caverneux. Ces derniers n'ont aucune action relative à l'érection, tandis que les premiers produisent l'érection; il est probable que l'excitation des nerfs érecteurs réagit plutôt sur les artérioles que sur les aréoles du tissu caverneux. Dernièrement, M. Goltz a cherché à démontrer que le centre nerveux des nerfs érecteurs se trouve dans la région lombaire de la moelle épinière.

Bien des hypothèses ont été proposées pour expliquer l'action des nerfs vaso-dilatateurs. L'atropine, comme les expériences de Heidenhain l'ont démontré, paralyse l'action de la corde du tympan sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire et laisse intacte, au contraire, l'influence de ce même nerf sur les vaisseaux de la glande; il y a donc des nerfs sécréteurs, ajoute M. Vulpian, et en effet, comment expliquer les résultats de cette expérience, si l'on n'admet pas ces nerfs sécréteurs?

Ces expériences mettent à néant l'hypothèse de l'attraction du sang par les tissus. Faut-il voir dans l'action des vaso-dilatateurs un phénomène comparable à celui qu'on étudie en physique sous le nom d'*interférence de la lumière*; doit-on admettre une action d'*arrêt*? C'est à cette dernière manière de voir, que s'est arrêté M. Vulpian, tout en faisant cette réserve que les nerfs vaso-dilatateurs n'agissaient sur le *tonus vasculaire* que par leur communication avec les ganglions nerveux qui commandaient aux vaso-dilatateurs.

D'où naissent les vaso-moteurs? Ils ont leurs racines principales dans la moelle épinière, sans que l'on sache nettement, malgré l'opinion de M. Jacubowitch leur mode réel d'origine. Il résulte de ce rapport des vaso-moteurs avec la moelle ce fait que les lésions médullaires, ou les excitations de la moelle épinière doivent avoir une grande influence sur ces nerfs, et partant sur les vaisseaux; il en est ainsi, en effet, et les lésions partielles de la moelle déterminent des constrictions ou des dilatations vasculaires dans les parties en relation par leurs nerfs avec la région médullaire lésée, et chacune de ces modifications vient d'une excitation, traduite ou par une dilatation, ou par un resserrement, d'où la variabilité des phénomè-

nes observés. Il est maintenant facile de comprendre comment les excitations faites à la surface du corps, par exemple, agissent par action réflexe, en passant par la moelle, sur les nerfs ou dilatenrs, ou constricteurs. On a ainsi l'explication d'une foule de phénomènes, par exemple des dilatations vasculaires réflexes, produites toutes les fois qu'on met à nu le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, etc; ces parties deviennent, comme on le sait, le siége d'une congestion très-évidente et la dilatation ne se borne pas à la région découverte.

Y a-t-il un centre vaso-moteur nnique, la moelle allongée? Cette opinion a été adoptée par un grand nombre de physiologistes. M. Vulpian la repousse en se fondant sur le résultat de ses expériences; pour lui, il y a dans le bulbe et surtout dans la moelle une série de centres vaso-moteurs. S'il en est ainsi, la moelle et le bulbe sont-ils les foyers principaux d'origine des vaso-moteurs, et les seuls? L'expérience a prouvé que les ganglions sympathiques peuvent être aussi des foyers d'origine pour les vaso-moteurs, et des centres d'actions réflexes pour ces mêmes nerfs.

M. Vulpian montre ensuite l'existence du tonus vasculaire, cet état de demi-contraction, nécessaire aux petits vaisseaux et qui donne à leur tunique musculaire un certain ressort. Par quel mécanisme la moelle exerce-t-elle son action sur le cœur et sur les vaisseaux? Reprenant l'historique de la question, jusqu'à la découverte de Ludwig et Thiry, le professeur établit l'état de la question si importante au point de vue physiologique: nous voulons parler des *nerfs dépresseurs*; on le sait très-bien aujourd'hui, la moelle agit sur le cœur par l'intermédiaire des nerfs vasculaires, vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs, en augmentant ou diminuant la tension artérielle.

Ces faits l'amènent ensuite à étudier l'influence de l'appareil nerveux vaso-moteur sur la pression du sang, sur l'absorption, sur l'érection, sur la congestion réflexe, sur les tumeurs érectiles, et enfin sur les glandes.

L'action des nerfs snr les glandes met en pleine lumière toute l'importance de l'action physiologique des vaso-moteurs. Que d'actions inconnues dont nous avons aujourd'hui l'explication! Que de phénomènes encore inexpliqués, qui le deviendront demain! Les études qui terminent le premier volume, relatives à l'action des nerfs sur les sécrétions, sur l'estomac, sur les intestins, sur les reins, sur le foie en sont la preuve.

Le livre, dont nous venons de donner un sommaire abrégé, est un véritable monument scientifique; il est indispensable à tous ceux qui s'occupent de physiologie; du reste, la rédaction ne laisse rien à désirer; le style est clair, précis, et atteste le soin avec lequel M. le docteur Carville a recueilli les leçons de son métier. F. RAYMOND.

II. Structure de l'ovaire, par ROMITI. (*L'Imparziale*, Florence, 2 mars 1874.)

Dans une communication orale faite à la Société « médico-fisica » de Florence, le Dr Romiti a exposé les conclusions suivantes de ses recherches sur l'ovaire, faites à Strasbourg, sous la direction du professeur Waldeyer. L'épithélium de l'ovaire remplace le péritoine, qui n'existe pas dans cet organe. Contrairement à ce qu'on avait cru, l'ovaire est donc un organe extra-péritonéal. Les caractères de la membrane enveloppante ont été étudiés à l'aide de l'acide osmique. Elle est formée de cellules cylindriques. Entre ces cellules existent d'autres cellules qui ont la forme et le volume de l'œuf primordial. L'auteur a pu étudier le développement du follicule de de Graaf: il aurait vu l'épithélium s'insinuer dans l'ovaire, ce qui le conduit à admettre et à appuyer la théorie de Waldeyer. MARCANO.

BIBLIOGRAPHIE.

I. Du koumys et de son rôle thérapeutique, par le docteur Ed. LANDOWSKI. (Extrait du *Journal de thérapeutique*. N° 14, 16, 17 et 18.) G. Masson, Editeur.

Le travail du docteur Landowski commence par l'historique du koumys dont il fait remonter l'origine aux temps les plus reculés, puis il donne un exposé de son mode de préparation. Les Tartares le fabriquent du lait de leurs juments tandis que chez nous c'est un mélange de lait d'anesse et de lait de vache; il parle ensuite de ses propriétés physiques, de sa constitution chimique et histologique et explique les bons effets de ce médicament par:

1° L'action d'une grande quantité de sels identiques aux sels de sérum du sang introduits dans l'organisme; — 2° L'action des matières albuminoïdes sur les tissus organiques; — 3° L'action éminemment digestive de l'acide lactique; — 4° L'action stimulante de l'alcool et son influence sur le tissu adipeux en général; — 5° Les propriétés stimulantes de l'acide carbonique sur les capillaires et sédative sur la muquense stomacale; — 6° L'état de fermentation permanente du koumys, qui doit être considéré comme une des principales causes de son action rapide et directe.

Le koumys a été administré dans les cas de tuberculose pulmonaire. Sous son influence, le sommeil reparait, la fièvre se calme, le pouls devient ample et modéré, la toux diminue, les crachats changent de nature et de muco-purulents deviennent muqueux, l'appétit est plus vif, le poids augmente. Sur 100 tuberculeux traités par le koumys, Bagoiawlenski compte 15 guérisons, 70 améliorations notables, 10 résultats nuls et 5 décès. Sur 40 cas observés par le Dr Landowski dans le service de MM. Chauffard, Guéneau de Mussy, Gubler, Desnos, il constate 30 bons résultats avec augmentation de poids variant de 500 grammes à 8 kilogr.

Dans la chlorose et la chloro-anémie, la gastrite et les dyspepsies, l'emploi du koumys a donné d'excellents résultats; il a également été employé dans le diabète et dans l'albuminurie.

La durée du traitement est au minimum de six semaines; la quantité à absorber varie de 1 à 4 bouteilles par jour; les deux espèces de koumys employés en thérapeutique ne diffèrent que par le degré de fermentation: Celui qui est fabriqué à Paris, Koumys-Edward n° 1, contient 22,530 d'alcool par litre, tandis que le n° 2 en contient 30,130. On se sert de ce dernier quand on a affaire à des complications gastro-intestinales comme les vomissements, la diarrhée, etc.

II. Etude sur l'emploi du koumys dans les affections pulmonaires, par le Dr DURAND. — Thèse; A. Derenne, éditeur.

Après avoir donné 16 observations dont 4 recueillies dans le service de M. Brouardel, à la Charité, et 12 dans le service de M. Gallard, à la Pitié — dans ses considérations sur les effets thérapeutiques du koumys, l'auteur trouve qu'à la simple lecture de ces observations, on doit être frappé de l'amélioration générale qui ne tarde pas à paraître au bout de quelques jours de traitement.

Cette amélioration générale, il l'a toujours constatée, non-seulement chez les malades dont il reproduit les observations, mais encore chez ceux qu'il a pu voir dans les autres services où le koumys est employé. Il le considère comme le résultat d'une série de phénomènes qui se produisent presque constamment dans le cours du traitement et voici l'ordre dans lequel ils apparaissent le plus fréquemment:

1° Amélioration de l'expectoration et de la toux; — 2° Vomissements suspendus ou tout au moins considérablement diminués; — 3° Amélioration du sommeil; — 4° Augmentation de la diurèse; — 5° Digestibilité plus facile et augmentation d'appétit; — 6° Suspension de la fièvre et des sueurs; — 7° Augmentation de poids; — 8° Constipation.

L'auteur accorde à l'acide carbonique un rôle très-important par son action sédative et détersive sur les voies respiratoires qui diminue l'expectoration et par suite la toux, la dyspnée et les accidents généraux eux-mêmes, et pour terminer la série des phénomènes qui se produisent dans le cours du traitement, il signale l'augmentation notable des globules rouges du sang, ce qu'il était à même de constater à l'aide du compte-globules Malassez.

Nul doute que tous ces phénomènes ne soient sous la dépendance du koumys, car, lorsque pour un motif quelconque le traitement est suspendu, les malades ne tardent pas à le redemander, parce qu'ils s'aperçoivent eux-mêmes de la réapparition des phénomènes morbides et de l'insuffisance de la nutrition.

Le koumys peut être considéré comme un précieux médicament alimentaire, modificateur puissant et au même degré de la nutrition et de l'appareil respiratoire. Par l'alcool : modificateur de la désassimilation. — Par les principes lactés (albumine, lacto-protéine, caséine, lactose, phosphates, beurre) : réparateur puissant. — Par l'acide lactique, l'acide carbonique, l'alcool : eupeptique. — Par l'acide carbonique : modificateur heureux de l'appareil respiratoire.

Ses indications découlent facilement aussi des considérations précédentes. Le kommys trouvera une application heureuse : 1° Dans toutes les phthisies avec troubles gastriques, toux et expectoration pénibles, fièvres et sueurs quotidiennes ; — 2° Dans toutes les consomptions et les cachexies en général ; — 3° Dans tous les cas de vomissements, soit d'origine gastrique, soit de toute autre origine ; — 4° Dans la chloro-œnémie ; — 5° Partout, enfin, où l'organisme, profondément débilité, réclame une réparation prompte et efficace.

VARIA

Statistique de la population.

— Un rapport récemment publié par le bureau des statistiques de Washington, contient un intéressant tableau de la population du globe. Le chiffre total des humains, est de 1,391,032,000. L'Asie, qui est la partie du monde la plus peuplée, en a 798 millions, tandis que l'Europe n'en renferme que 300 millions et demi, l'Afrique 203 millions, l'Amérique 84 millions et demi, et l'Australie et la Polynésie 4 millions et demi.

En Europe, les populations se répartissent comme suit :

Russie	71 millions.
Empire d'Allemagne	41 —
France	36 —
Austro-Hongrie	36 —
Grande-Bretagne et Irlande	32 —
Italie, près de	27 —
Espagne	16 — 1/2
Turquie, près de	16 —

Aucun autre Etat ne dépasse 5 millions.

En Asie, la Chine, qui est de beaucoup la contrée la plus peuplée du globe, possède 425 millions d'habitants ; l'Indoustan, 240, et le Japon, 33 millions ; les îles de l'Inde (est), 30 millions 1/2 ; Burma, Siam et le reste de l'Inde, près de 26 millions.

La population de l'Australie est de 1,574,500, celle des îles de Polynésie, 2,763,500, la Nouvelle-Guinée et la Nouvelle-Zélande y comprises.

En Afrique, les principales divisions sont : le Soudan (ouest) et les régions australes de l'Afrique, 89 millions ; la région du Soudan central. 39 millions ; le sud de l'Afrique, 20 millions 1/4 ; le pays de Galles et la région est du Nil Blanc, 15 millions ; Saurault, 8 millions ; l'Egypte, 8 millions 1/2, et le Maroc, 6 millions.

En Amérique, les deux tiers de la population sont formés par le nord de l'isthme. Les Etats-Unis comptent près de 39 millions ; le Mexique, plus de 9 millions, et les possessions britanniques, 4 millions.

La population totale du nord de l'Amérique, est de près de 52 millions, celle du Sud, de 25 millions 1/2, sur lesquels le Brésil figure pour 10 millions.

Les Indes occidentales ont plus de 4 millions, et les Etats de l'Amérique du centre, un peu moins de 3 millions.

D'après ce tableau, Londres, avec ses 3 millions 254,260 habitants, est la ville la plus peuplée du monde ; Philadelphie, qui n'a que 674,022 habitants, est la dix-huitième ville comme population. Les dix-huit villes principales sont :

Londres	3.254.260
Sutiham (Chine)	2.000.000
Paris	1.851.791
Pékin	1.300.000
Tschantschfau-Fu	1.000.000
Hungstschfau-Fu-Srangtau	1.000.000
Singnau-Fu	1.000.000
Canton	1.000.000
New-York	912.292
Trentau	900.000
Vienne	834.284
Berlin	826.341
Hong-Kong	800.000
Tschingtu-Tu	800.000
Calcutta	794.645
Tokio (Yédo)	674.447
Philadelphie	674.022

Parmi les villes inférieures à Philadelphie, les plus peuplées sont :

Saint-Pétersbourg	667.963
Bombay	644.405
Moscou	611.790
Constantinople	600.000
Glascow	547.438
Liverpool	493.405
Rio-de-Janeiro	420.000

La famille anglo-saxonne est, comme on le sait, l'une des plus importantes parmi les nations civilisées ; elle compte 234,762,593 membres, et ses possessions couvrent un espace de 7,769,447 milles carrés, c'est-à-dire quarante fois l'étendue du territoire français.

En Europe, elle possède	121.730 milles carrés.
En Amérique —	3.186.034 —
En Afrique —	236.860 —
En Asie —	964.103 —
En Océanie —	2.060.722 —

La Grande-Bretagne et l'Irlande ont une population de 31,845,179 habitants, et en Europe, 176,213. Les colonies anglaises d'Amérique, 1,063,886 ; dans le sud de l'Amérique, 200,000 ; dans les Indes anglaises, 191,307,070 répartis entre 487,061 villages. Les Indes anglaises comptent 15 villes d'environ 100,000 habitants. En Australie, l'Angleterre a 2 millions de sujets ; la population du Royaume-Uni a doublé en 70 ans.

En Angleterre, où les exigences du travail sont des plus grandes, la population a presque triplé ; en Ecosse elle a doublé, mais elle est stationnaire en Irlande. En 1800, l'Irlande comptait 5,216,331, et en 1850, 5,412,377 habitants. Le nombre des mariages, en Angleterre et pays de Galles, a été de 190,112 en 1871 ; en 1861, il n'était que de 163,706. Sur 3,672,011 couples, on compte 276,516 séparations ; l'armée et la marine ne comprennent que 65.164 hommes mariés.

Association des médecins du département de la Seine.

L'assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 31 janvier à 2 heures très-précises dans le grand amphithéâtre de la Faculté ; cette assemblée, dit la lettre de convocation, a pour objet :

1° La lecture du compte-rendu de l'année 1874 par le Secrétaire général ; 2° l'élection : d'un Président ; de deux Vice-Présidents. Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la *Commission générale*. *Président :* M. Barth, *Vice-Présidents :* MM. Béclard et Noel Gueneau de Mussy. — Les propositions de la Commission générale sont de simples indications : vous pouvez porter votre vote sur tout sociétaire qu'il vous plaira de faire entrer au Bureau. — 3° Le tirage au sort des membres titulaires de la *Commission générale* et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Par suite de la modification de l'art. 5 des Statuts, adoptée en 1869, le tirage au sort ne se fera plus par arrondissements. Les noms des sociétaires seront mis dans l'urne destinée à l'opération du tirage au sort au fur et à mesure que chacun arrivera ; ainsi sera évitée l'énorme perte de temps qu'entraînait jusqu'à présent l'appel des membres absents.

Tableau du mouvement de la caisse, pendant l'exercice 1874.

Fonds de secours 38,299 fr. 50	Rentes 3 pour 100 et 5 pour 100	22,483 fr.	50
	Cotisations	15,816	»
Fonds de réserve (1) 12,125 fr. 15	Admissions	852	»
	Dons et legs	10,889	50
	Reliquat de l'année 1873	983	65
	Total	50,424 fr.	65

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à sept sociétaires et à trente-sept veuves ou enfants de sociétaires	29,650 fr.	»
Secours à vingt-cinq personnes étrangères à l'Association	2,990	»
Recouvrement des cotisations	500	»
Frais d'impression	700	»
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	362	80
Dépenses pour divers legs	728	90
Achats de rentes	15,000	40
Total	49,932 fr.	10

BALANCE

Recettes	50,424 fr. 65
Dépenses	49,932 10
Reste	492 fr. 55

Caisse des pensions viagères.

Don .... 50 fr.

(1) *Article 20 des Statuts.* Le fonds de réserve se compose : 1° des rétributions d'admission ; 2° des dons ; 3° du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours resté sans emploi à la fin de l'année.

Traitement du pityriasis capitis et de l'alopecie consécutive.

M. le Dr Malassez conseille la pommade suivante :

Beurre de cacao / Huile de Ricin / Huile d'amandes douces	à à 20 grammes.
Turbith minéral	1 —

Matin et soir, oindre le cuir chevelu. Trois fois par semaine, savonnage de la tête, qui sera rasée ou bien dont les cheveux seront coupés très-courts.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Chirurgie.* Clinique, professeur RICHET : Leçons à l'amphithéâtre les mardi et samedi à 9 heures et demie. Visite à 8 heures.

M. GUÉRIN : Leçons sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, tous les lundis à 10 heures. (Amphithéâtre n° 2.) Visite à 8 heures un quart. — Salle Saint-Maurice (F.) : 11, ovarite; 14, pelvi-péritonite. — Salle Saint-Antoine (H.) : 18, contusion du rein et phlegmon périnéphrétique ; 26, polype naso-pharyngien. — M. CUSCO : Maladies des yeux le jeudi.

Médecine. — Clinique : M. le Professeur BÉHIER. Leçons à l'amphithéâtre tous les mercredis à 9 heures et demie ; les lundis et vendredis, démonstrations au Laboratoire. Conférences cliniques et visite à 8 heures et demie tous les jours.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. — Salle Saint-Bernard : 3, anévrysme de l'aorte abdominale; 5, rétrécissement aortique; 22, cancer de l'estomac; 32, ulcère simple de l'estomac. — Salle Saint-Pierre (F.) : 2, adénopathie bronchique; 3, sclérose des cordons antéro-latéraux; 4, rhumatisme viscéral; 5, rhumatisme articulaire, endo-péricardite, éruption rhumatismale.

Hôpital des Enfants malades. — *Médecine :* M. LABRIC. — Salle Saint-Jean : rhumatismes, affections cardiaques, chorées, coqueluches, oreillons, angines et laryngites diphthéritiques.

M. ARCHAMBAULT. — Salle Saint-Louis : 2, ascite; 4, entérite chronique; 23, oreillons. — Salle Sainte-Geneviève : 30, rhumatisme, pleurésie, endo-péricardite; 23, méningite tuberculeuse ; — coqueluches.

M. BOUCHUT. — Salle Sainte-Catherine : 5, rétrécissement aortique; 10, rhumatisme noueux ; — broncho-pneumonies, chorées.

Chirurgie : M. DE SAINT-GERMAIN. — Salle Sainte-Pauline : 3, arthrite cervicale; 7, perforation incomplète de l'hymen; 21, plaques de la peau, pied-bot talus; ténotomie. — Salle Saint-Côme : fractures du fémur, fracture inférieure de l'humérus, chûte du rectum, tumeurs blanches. — Clinique à 9 heures : Mal de Pott.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. MILLARD. — Salle Sainte-Joséphine : 4, fièvre typhoïde; 6, péritonite; 8, affection mitrale; 9, chorée partielle; 10, ronchite et emphysème; 18, diabète; 19, tumeur cérébrale; 25, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 30, tumeur cérébrale syphilitique, amaurose; 32, tumeur de la fosse iliaque; 34, hystéro-épilepsie. — Salle Saint-Vincent : 19 bis, gastralgie, syphilis; 20, paralysie générale progressive; 23, rhumatisme articulaire, péricardite; 24, psoïtis; 25, pleuro-pneumonie.

Service de M. GUYOT. — Salle Sainte-Elisabeth : 7, kyste hydatique du foie; 21, fièvre typhoïde; 22, insuffisance mitrale; 34, pneumonie caséeuse.— Salle Saint-Henri : 12, névralgie ilio-scrotale; 27, fièvre typhoïde; 32, ataxie locomotrice.

Service de M. RAYNAUD. — Salle Saint-Landry : 6, adénie; 23, albuminurie ; 26, cirrhose hypertrophique; 30, tétanie.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine :* Service de M. Constantin PAUL.— Salle Saint-Louis (H.) : 3, entérorrhagie d'origine encore indéterminée; 8, pyo-pneumo-thorax; 25, pneumonie chronique; 37, paralysie saturnine. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 7, carcinome primitif du foie; 14. rhumatisme chronique, névropathie complexe; 25, ozène ; 28, congestion pulmonaire active.

Service de M. PROUST. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 8, hématurie par gravelle rénale ; 14, carcinome de l'épiploon. — Salle Saint-Etienne : 8, œdème des membres inférieurs, de cause indéterminée; 11, goîtres avec varices superficielles considérables; 16, pneumonie droite avec délire persistant. — Service de M. PÉTER. Leçons cliniques le samedi.

Service de M. BROUARDEL. — Salle Saint-Augustin (H.) : 3, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite; 6, angine diphthéritique guérie, paralysie du voile du palais, albuminurie; 14, gangrène pulmonaire ; 52, dyseuterie chronique. — Pavillon III (F.) : 6, arthrite du poignet, péricardite; 10, périostite du tibia chez une convalescente de fièvre typhoïde ; 18, pleurésie purulente chez une convalescente de fièvre typhoïde ; 20, phthisie aiguë.

Chirurgie. — Service de M. Benjamin ANGER. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 12, carcinome de la branche montante du maxillaire inférieur; 16, hydrocèle enkystée du cordon ; 20, tumeur de la fosse iliaque. — Salle Saint-Christophe : 15, iritis avec hypopyon. — Pavillon II (F.) : 12, corps fibreux de l'utérus; 14, rétinite syphilitique.

Service de M. DUPLAY. — Salle Saint-Barnabé (H.) : 9, périostite du tibia; 5, phlegmon de la paume de la main. — Salle Saint-Joseph : 64, arthrite du genou consécutive à une nécrose de l'extrémité inférieure du fémur. Leçon clinique et opérations le mardi.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. le D[r] SIREDEY. Consultations les lundis, visite et examen des malades par les élèves à 8 heures et quart. Spéculum les mercredis et vendredis. — Salle Ste-Anne (femmes en couches). — Salle Ste-Marthe, lis (crèche). — Salle Ste-Geneviève : n° 5, tumeur cérébrale : arthropathie ; 1[illegible], insuffisance mitrale, œdème pulmonaire ; 12, pelvi-péritonite suppurée (ouverture dans le rectum) ; rectite ; 13, corps fibreux interstitiel de l'utérus ; 19, phlegmon du ligament large droit (suppuré, ouvert dans la vessie) ; 22, intoxication saturnine (cas très-rare) ; 23, cancer de l'estomac ; syphilis ; 27, rhumatisme articulaire aigu; endocardite mitrale ; 34, fièvre typhoïde, hémorrhagie intestinale. — Salle St-Augustin bis (hommes) : 1, pneumonie double ; 11 et 15, fièvre typhoïde ; 22, pleurésie droite; 26, pneumonie double ; 30, diabète.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. TRIBOULET. Sainte-Marguerite (filles) : visite tous les matins à 8 h. 1/4; N° 5, affection cardiaque cœur droit (5 ans), — n° 7, broncho-pneumonie ; — n° 8, croup opéré ; — n[os] 12, 13, 14, 24 chorée ; — n° 21, tuberculose pulmonaire, caverne à la base du poumon.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. Saint-Joseph (garçons); visite tous les matins à 8 h. 1/2. *Leçon clinique le mercredi.*

Service de M. BERGERON. Saint-Benjamin et Sainte-Mathilde; visite tous les matins à 8 h.

Service du docteur Marc SÉE. Sainte-Eugénie (filles) : N° 3, ostéite des deux derniers métatarsiens du pied droit ;—n° 26, tumeur abdominale; n° 27, grenouillette opérée par l'incision et la cautérisation par le nitrate-acide de mercure ; —n° 32, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ;—n° 33, fracture de la cuisse gauche (tiers moyen) ; — n° 34, tarsalgie ;— n° 41, onyxis ; — n° 45, paralysie infantile du membre inférieur droit. Coxalgie à gauche.

Enseignement médical libre.

Cours public et gratuit de zoologie médicale, par le docteur LELORAIN, licencié ès-sciences naturelles.—Ce cours commencera le mercredi 3 février à 8 h. du soir dans le pavillon n° 2 de l'Ecole pratique et continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 22 janvier 1875, on a constaté 910 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 7; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 43; — pneumonie, 78;— dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 7; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 8; — croup, 17; — affections puerpérales, 2; — autres affections aiguës, 257; — affections chroniques, 413, dont 157 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 19.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 10 au 16 janvier 1,901, savoir : variole, 5; — rougeole, 12 ; — scarlatine, 59; — fièvre typhoïde, 29; — érysipèle, 12; — bronchite, 405 ; — pneumonie, 141; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 13; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 14; — croup, 16; — coqueluche, 53.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — *Concours spécial pour la nomination à la place de médecin-chirurgien vacante, à l'hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise).* — Ce concours sera ouvert le vendredi 26 février 1875, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3. Le registre d'inscription ouvrira le samedi 30 janvier 1875 et sera clos le samedi 13 février à 3 heures.

Les candidats qui se présenteront ne pourront être admis à se faire inscrire qu'après avoir justifié de leurs antécédents et de leur moralité. Ils devront également justifier qu'ils sont âgés de 27 ans au moins, qu'ils sont reçus docteurs depuis au moins deux ans, ou bien qu'ils sont internes des hôpitaux de Paris et ont déjà subi cinq examens de doctorat. Néanmoins, l'interne qui aurait été classé le premier au concours, devra obtenir le titre de docteur avant de pouvoir prendre les fonctions de médecin de l'hôpital de Forges. — Le jury se compose de trois médecins et de deux chirurgiens tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, en exercice ou honoraires et parmi les médecins et chirurgiens du Bureau central d'admission.

Avis particulier. — Le candidat classé le premier à ce concours sera en même temps présenté par qui de droit pour occuper les fonctions de médecin dans la commune de Forges et bénéficiera des avantages attachés à ce titre. S'adresser pour les renseignements et la connaissance des épreuves du concours, au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gèvres, n° 4.

PRIX *de la Société médico-chirurgicale de Liége.* — I. La Société médico-chirurgicale de Liége accordera un prix de cinq cents francs et le titre au membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements ou de la pharmacie. Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8 des *Annales*). Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur. Les travaux devront être remis avant le 1[er] août 1875 à M. le D[r] Davreux, secrétaire-général de la Société, rue de la Casquette 33, à Liége.

II. La Société médico-chirurgicale de Liége décernera une *médaille* d'or à l'étudiant d'une des universités belges, auteur du meilleur travail sur un sujet librement choisi, concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie. Les travaux devront être remis avant le 15 octobre 1874 au secrétaire-général de la Société, (Conditions ordinaires des concours).

ECOLE DE LIMOGES.—M. Raymondaud, professeur de pathologie externe, prend la chaire de clinique chirurgicale.—M. Thouvenet, professeur-adjoint de physiologie, est nommé titulaire de cette chaire.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 6 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 6 FÉVRIER 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De l'hémichorée post-hémiplégique (1).

Leçon recueillie par BOURNEVILLE.

Messieurs,

Les mouvements choréiformes dont je me suis attaché à vous faire connaître les principaux caractères se montrent sous un jour nouveau, lorsque la malade, s'aidant d'une canne qu'elle porte de la main gauche, s'efforce de se tenir debout immobile ou se livre à la marche. Le corps tout entier est alors, vous le voyez, agité de secousses qui résultent de ce que des mouvements successifs de flexion et d'extension brusques se produisent involontairement dans le genou et dans l'articulation du cou-de-pied du côté droit. Vous remarquerez que, par contre, le membre supérieur de ce côté reste à peu près immobile. Mais cela a lieu uniquement, grâce à un subterfuge : La main est tenue, en effet, fortement appliquée le long du corps ou encore fourrée dans une poche ; sans quoi elle serait, à l'exemple du membre inférieur, constamment en mouvement.

L'hémichorée post-hémiplégique ne se présente pas seulement liée à la présence de foyers d'hémorrhagie et de ramollissement intra-encéphaliques, tels qu'on les rencontre vulgairement chez l'adulte. Elle peut survenir aussi par le fait de ces lésions, encore assez mal connues au moins dans les premières phases de leur développement qui, chez les jeunes enfants, déterminent ce qu'on appelle l'*atrophie partielle du cerveau* (Cotard. Thèse de Paris, 1868). La conséquence habituelle de ces altérations est, ainsi que l'ont depuis longtemps montré Bouchet et Cazauvielh une hémiplégie incurable le plus souvent avec contracture (hémiplégie spasmodique de Heine). Mais il peut arriver en pareil cas, très-exceptionnellement, il est vrai, que l'hémiplégie fasse place, pour ainsi dire dès l'origine, à une hémichorée en tout semblable à celle que nous décrivions tout-à-l'heure. Une fois constituée, cette hémichorée persistera pendant toute la durée de la vie. Je suis à même de mettre sous vos yeux, deux exemples de ce genre.

— R... est actuellement âgée de 18 ans. Placée peu après sa naissance à la campagne, elle aurait été sujette à des convulsions à partir de l'âge de 2 ans ; toujours est-il que lorsqu'elle fut reprise par ses parents à 4 ans et demi, elle était paralysée des membres supérieur et inférieur du côté droit, et éprouvait de temps à autre des accès d'épilepsie. La santé générale était d'ailleurs très-altérée et elle demeurait constamment assise ou couchée. Grâce aux soins qui lui furent prodigués, elle prit peu à peu des forces et devint même au bout de quelques mois capable de marcher et de se servir un peu de son bras droit. On s'aperçut dès ce moment que la main de ce côté, dans les mouvements volontaires, était agitée d'une sorte de tremblement; mais les mouvements choréiformes survenant en dehors de tout acte volontaire se seraient surtout accusés à partir de l'âge de sept ans. Ils n'ont pas cessé d'exister depuis cette époque. Je n'entrerai pas sur leur compte dans les détails. Ce serait reproduire de tout point la description présentée à propos de notre première malade. Je ferai resortir seulement que, à l'inverse de ce qui a lieu dans la grande majorité des cas d'*hémichorée post-hémiplégique* de l'adulte l'hémianesthésie fait ici complétement défaut (1). Cette même particularité, c'est-à-dire l'absence d'anesthésie sur les membres atteints de chorée s'est présentée encore dans le fait suivant, qui est relatif d'ailleurs, comme le précédent, à l'hémiplégie des jeunes enfants (2).

—Gr.., âgée de 29 ans, a éprouvé à l'âge de huit mois des convulsions qualifiées d'épileptiformes et suivies d'une hémiplégie du côté gauche. Elle n'a pas cessé depuis cette époque d'être sujette à des attaques d'épilepsie. Les membres du côté droit sont actuellement un peu plus faibles et plus grêles que ceux du côté opposé, mais ils ne sont ni contracturés ni anesthésiés. Ils se montrent sans cesse agités de mouvements choréiformes, auxquels la face ne paraît point participer, et qui sont exagérés par l'accomplissement des actes intentionnels.

J'en reviens actuellement au cas de Ronc... Les désordres moteurs que nous avons étudiés chez cette malade, ne sont pas, tant s'en faut, un phénomène banal, dans l'histoire de l'hémorrhagie intra-encéphalique et du ramollissement partiel du cerveau. En effet, sur un nombre considérable de faits, relatifs à ces lésions, que j'ai recueillis à la Salpêtrière, depuis une douzaine d'années, j'ai observé l'hémichorée post-hémiplégique 5 ou 6 fois au plus. Dans la règle, lorsque l'hémiplégie survient par le fait de la formation d'un foyer intra-cérébral d'hémorrhagie ou de ramollissement, la paralysie motrice, si le cas est favorable, s'atténue progressivement et disparaît enfin complétement sans qu'à aucune époque les mouvements choréiformes se soient montrés ; ou bien si le cas est grave, la paralysie persiste telle quelle, avec ou sans accompagnement de contracture permanente, tantôt complète, tantôt incomplète. Cette fois encore. — je parle, bien entendu, de la règle et je réserve le chapitre des anomalies, — les secousses choréiques font absolument défaut ; seulement, si l'inertie motrice est incomplète, il peut se faire, principalement lorsqu'il y a un certain degré de contracture, que les mouvements intentionnels soient troublés par une sorte de *trémulation* dont je vous ai entretenus déjà, tout à l'heure, et qui n'a rien de commun, je vous l'ai dit, avec les secousses convulsives

(1) Voir le n° 4 du *Progrès médical*.

(1) L'hémianesthésie permanente se produit quelquefois en conséquence de l'atrophie partielle du cerveau datant de la première enfance, j'ai rencontré récemment dans les infirmeries de la Salpêtrière, un exemple de ce genre. — (2) Cette malade, comme la suivante, appartient au service de M. Delasiauve.

qu'on voit dans la chorée, se produire en dehors même de l'accomplissement des actes volontaires.

Quelles sont donc les conditions vraisemblablement très-spéciales qui font que dans quelques cas exceptionnels d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral *en foyer*, l'hémiplégie, contrairement à la règle ordinaire, est, à un moment donné, remplacée par l'hémichorée ? Je ne saurais, quant à présent, répondre à cette question par une solution régulière. Voici cependant, à mon sens, dans quelle voie celle-ci pourrait être cherchée. Je pense que ces foyers d'hémorrhagie ou d'encéphalomalacie qui déterminent l'hémichorée, affectent dans l'encéphale un siége particulier, fixe, bien différent du siége très-varié qu'occupent les foyers qui produisent l'hémiplégie vulgaire. Je fonde mon opinion principalement sur cette circonstance remarquable, déjà mise en relief, que l'*hémianesthésie cérébrale* c'est-à-dire avec participation de tous les sens speciaux (vue et odorat y compris), ce phénomène, qui se montre si rarement lié à l'hémiplégie vulgaire, est, au contraire, un accompagnement, non pas obligatoire sans doute, mais très-habituel au moins de l'*hémichorée post-hémiplégique*. Or, il paraît établi que cette forme particulière d'hémianesthésie relève de lésions localisées dans certains points, toujours les mêmes, des hémisphères cérébraux et dont le siége semble être aujourd'hui à peu près déterminé (1). Il est vraisemblable, déjà, d'après cela, que les éléments nerveux, faisceaux de fibres ou corpuscules ganglionnaires, dont la lésion est capable de produire l'hémichorée, confinent à ceux dont la destruction détermine l'hémianesthésie.

La nécroscopie, d'ailleurs, a déposé en faveur de cette hypothèse. Trois fois j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de sujets chez lesquels une hémichorée datant de plusieurs années avait succédé à une hémiplégie marquée par un début brusque, apoplectique. Dans ces trois cas, l'hémianesthésie existait, très-prononcée, comme cela se voit chez notre malade Ronc.. De plus, comme chez elle encore, mais cette fois sans doute par le fait d'une coïncidence toute fortuite, c'est le côté gauche qui se montrait affecté. Quoi qu'il en soit, la lésion révélée par l'autopsie consistait en des *cicatrices ochreuses*, vestiges non méconnaissables de l'existence antérieure de foyers hémorrhagiques. Les cicatrices en question occupaient dans l'hémisphère droit une région toujours la même, à peu de chose près et voici l'indication des parties qu'elles intéressaient ; ce sont constamment, c'est-à-dire dans tous les cas : 1° L'extrémité postérieure de la couche optique ; 2° La partie la plus postérieure du noyau caudé. — Il est noté expressément que les deux tiers ou les trois quarts antérieurs de ces noyaux gris étaient restés parfaitement indemnes ; — 3° Enfin la partie la plus postérieure du pied de la couronne rayonnante.

Dans deux des cas seulement un des tubercules quadrijumeaux, l'antérieur du côté correspondant au foyer ochreux, participait à l'altération.

Quelles sont, dans cette énumération, les lésions qui ont déterminé l'hémichorée ; quelles sont celles au contraire d'où il faut faire dériver l'hémianesthésie ? Celle-ci, nous nous sommes efforcé de la montrer ailleurs, relève de l'altération des faisceaux les plus postérieurs du pied de la couronne rayonnante. L'altération de l'extrémité postérieure de la couche optique, celle de la queue du corps strié resteraient donc seules au compte de l'hémichorée, car on ne saurait invoquer la lésion non constante des tubercules quadrijumeaux. Mais, d'un autre côté, on a vu maintes et maintes fois la couche optique et le noyau lenticulaire, atteints dans leurs diverses parties, des lésions les plus diverses sans qu'il s'en soit suivi la moindre trace de mouvements choréiques. De telle sorte que, suivant toute apparence, ce ne sont pas là encore les organes qu'il faut incriminer dans la circonstance actuelle. Je crois plus vraisemblable, mais c'est là une pure hypothèse que je livre à vos méditations et à vos critiques, qu'à côté, en avant sans doute, des fibres qui dans la couronne rayonnante servent de voie aux impressions sensitives, il est des faisceaux de fibres douées de propriétés motrices particulières et dont l'altération déterminerait l'hémichorée. Une analyse anatomo-pathologique délicate, guidée par la clinique, parviendra peut-être quelque jour à circonscrire d'une façon exacte les régions limitrophes correspondant à ces deux ordres de faisceaux.

A côté de l'hémichorée post-hémiplégique, il y a lieu de mentionner un état pathologique pour ainsi dire inverse, c'est-à-dire dans lequel des mouvements choréiformes, développés brusquement dans les membres d'un côté du corps, à la suite d'un choc apoplectique, font place bientôt à une hémiplégie plus ou moins complète. L'hémianesthésie accompagne habituellement cette sorte d'hémichorée qu'on pourrait appeler *præ-hémiplégique*. Les cas de ce genre sont sans doute assez rares ; je n'en ai pas recueilli plus de trois exemples. L'autopsie a été faite dans un seul de ces cas. Il s'agissait là d'un foyer d'hémorrhagie, du volume d'une petite noix qui distendait, dans sa moitié postérieure, la couche optique. La malade avait succombé trois semaines environ après l'invasion des symptômes apoplectiques. Une hémiplégie complète, absolue, avait remplacé l'hémichorée trois jours après le début. D'après ce qui a été dit plus haut ce n'est évidemment pas en désorganisant une partie de la couche optique que l'hémorrhagie a produit ici, soit l'hémichorée, soit l'hémianesthésie. Ces deux ordres de symptômes doivent être, vraisemblablement, rattachés l'un et l'autre, aux effets de la compression qu'avaient subie la capsule interne et le pied de la couronne rayonnante, au voisinage immédiat du foyer.

L'hémichorée, accompagnée ou non d'hémianesthésie, peut se produire encore, non plus brusquement, mais au contraire d'une façon lente et progressive et sans être nécessairement précédée ou suivie d'hémiplégie, en conséquence du développement de certaines néoplasies dans la profondeur d'un hémisphère. Les faits de ce genre se rencontrent assez fréquemment et j'en ai cité dans le temps plusieurs exemples remarquables. Il est on ne peut plus probable que les produits morbides qui déterminent de semblables effets reconnaissent une localisation analogue à celle que nous nous essayions de déterminer tout-à-l'heure, à propos des foyers hémorrhagiques ; mais nous ne possédons encore à cet égard aucune donnée positive. Ce sera pour l'avenir un intéressant sujet de recherches. La malade que je vais actuellement faire passer sous vos yeux appartient évidemment à la catégorie des cas que je viens de signaler.

(1) Voir *Progrès Médical*, 1873.

Elle est âgée de 60 ans environ. Elle souffre depuis une quinzaine d'années de douleurs vagues, occupant toute l'étendue du membre supérieur droit. Depuis 1869, elle est devenue sujette à des crises épileptiformes assez mal déterminées, et vers la même époque, un tremblement choréiforme s'est emparé de ce même membre supérieur droit. Le tremblement en question est pour ainsi dire permanent; il s'exagère manifestement dans les mouvements intentionnels, mais il subsiste en dehors de toute action volontaire. Il se rapproche d'ailleurs beaucoup plus par l'ensemble de ses caractères des agitations de la chorée que du tremblement propre à la paralysie agitante ou du tremblement sénile. J'ajouterai qu'une hémianesthésie totale avec participation des sens spéciaux a pu être observée chez cette malade pendant toute la durée de l'année dernière. Elle occupait le côté droit du corps ; à l'heure qu'il est, la sensibilité spéciale paraît s'être partout rétablie, et quant à la sensibilité générale, elle est redevenue à peu près normale à la face, au tronc et au membre inférieur du côté droit. Seul le membre supérieur droit, siége des mouvements choréiformes, offre encore sur toute son étendue un affaiblissement très-marqué de la sensibilité tactile.

En terminant je ferai ressortir une fois de plus les analogies, au moins extérieures, qui rapprochent les chorées symptomatiques, liées à une lésion grossière de l'encéphale, de la chorée ordinaire. Celle-ci peut, comme celles-là, rester temporairement au moins limitée à un côté du corps ; elle s'accompagne souvent d'hémianesthésie; elle peut être précédée ou suivie d'hémiplégie, etc., etc.; en somme la différence qui sépare ces deux ordres d'affections si radicalement distinctes au point de vue nosographique est bien plutôt peut-être dans ce qu'on est convenu d'appeler *la nature de la maladie* que dans le siége anatomique. Si ce dernier, pour ce qui concerne les chorées symptomatiques, était un jour déterminé avec précision, on connaîtrait au moins, l'une des régions de l'encéphale où devraient être cherchées les altérations délicates d'où dérivent les symptômes de la chorée vulgaire.

MALADIES DU LARYNX.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — **M. ISAMBERT.**

Iʳᵉ ET IIᵉ LEÇONS.—**Objet du cours.—Image laryngienne. — Mode opératoire et instruments** (*Suite*) (1).

Leçons recueillies par MM. AFFRE et MOIZARD, internes du service.

Messieurs,

B. Nous n'avons guère de préceptes généraux à donner relativement aux opérations que l'on pratique sur le larynx, si ce n'est d'indiquer le moyen de porter simplement différents topiques sur les différentes parties de cet organe. Pour porter des topiques sur le larynx, on emploie généralement une éponge fixée à l'extrémité d'une tige recourbée en quart de cercle.

La langue sera tenue par un aide placé derrière le malade ou par le malade lui-même, avec la main gauche. Si la langue était tenue avec la main droite de l'aide, celle-ci dérangerait souvent la tige du miroir qui est toujours la chose la plus importante. En effet, le miroir doit ici être tenu de la main gauche par l'opérateur, qui doit réserver la main droite pour tenir l'instrument porte-caustique où la pince à polypes.

(1) Voir les nᵒˢ 3, 4 et 5 du *Progrès Médical*.

On voit que le laryngoscopiste doit être ambidextre; il doit pouvoir appliquer le miroir aussi bien de la main gauche que de la droite.

Tenant donc le miroir de la main gauche appliqué sur la racine de la luette, et le porte-éponge de la main droite, on porte l'extrémité de celui-ci dans le pharynx de telle sorte que l'image de l'éponge apparaisse dans le haut du miroir, puis on avance encore un peu pour franchir l'épiglotte, et l'on n'a plus qu'à abaisser l'instrument en relevant le manche pour pénétrer dans le larynx. Le temps le plus important de l'opération est celui où l'on franchit l'épiglotte : celle-ci dépassée, il suffit de faire faire une aspiration au malade pour que la petite éponge atteigne la glotte. Si l'on veut toucher la commissure postérieure du larynx, il suffit de pousser l'instrument en bas et en arrière ; si au contraire on veut toucher la partie antérieure des cordes vocales, il faut après avoir porté l'éponge profondément en arrière et en bas, la ramener en avant par un mouvement de bascule en relevant rapidement le manche de l'instrument.

Nous nous bornerons ici à ces indications générales ; l'habitude seule peut apprendre l'usage des pinces à polypes, des réophores laryngiens et des instruments de galvano-caustique ; ce sera toujours le lot du médecin spécialiste. Mais le médecin ordinaire peut et doit arriver rapidement à porter une éponge sur les cordes vocales.

Il me reste à vous parler des appareils laryngoscopiques proprement dits, et à vous faire connaître les avantages et les inconvénients attachés à l'emploi des principaux d'entre eux. Je serai très-bref dans les indications que je vous donnerai à ce sujet : les descriptions d'instruments sont toujours longues et peu satisfaisantes : le vrai moyen de connaître ceux-ci, c'est de les voir et de s'en servir.

1° *Sources de lumière.* — La lumière solaire, la lumière blanche est la plus désirable et ses avantages sont incomparables ; c'est la seule qui permette de distinguer les nuances de colorations délicates, dont l'exacte appréciation est souvent importante pour le diagnostic. Malheureusement il est difficile d'en réaliser l'usage dans notre climat. La lumière diffuse serait toujours insuffisante; il faut donc diriger sur le larynx un faisceau de lumière solaire réfléchi par le *porte-lumière* des cabinets de physique : c'est une installation coûteuse, car il faut établir une véritable chambre noire dans un bâtiment orienté et isolé de manière à recevoir facilement les rayons solaires, condition déjà difficile à réaliser en dehors des grands établissements publics. Mais le plus grand obstacle vient de notre climat nébuleux, sous lequel il est impossible de compter d'une façon certaine sur le soleil; trop souvent, même en été, un nuage viendrait interrompre l'observation. Cet obstacle est tellement sérieux que dans nos pays on est obligé de renoncer à la lumière solaire et de recourir à la lumière artificielle.

La lumière électrique est très-belle, mais elle blesse la vue par son trop grand éclat, et les appareils nécessaires pour la produire sont d'un prix très-élevé. Ajoutons-y l'ennui d'avoir à monter chaque fois une pile de Bunsen, et le danger de manier dans nos appartements des acides énergiques comme l'acide nitrique et l'acide sulfurique.

La lumière oxyhydrique est excellente ; c'est une lumière blanche, très-bonne surtout pour les démonstrations ; elle permet de distinguer très-nettement les moindres nuances de coloration. Mais pour avoir une belle lumière il ne suffit pas de mélanger les deux gaz hydrogène et oxygène, il faut encore que la flamme contienne un certain nombre de particules solides qui par leur incandescence lui donnent son plus grand éclat.

Or, cette condition n'est pas très-facile à remplir Vous avez tous vu la belle lumière oxyhydrique qui a été expérimentée pour l'éclairage de la voie publique au-devant de l'Opéra, des Tuileries et de l'Hôtel-de-Ville. On n'obtiendrait pas une lumière aussi éclatante avec le gaz tel que nous le fournit la compagnie parisienne. Il faut recourir au gaz très-carburé de la Compagnie du gaz portatif ou faire passer le gaz ordinaire à travers un *carburateur*,

c'est-à-dire à travers des éponges imbibées de carbures liquides; ceux-ci fournissent des parcelles de carbone incandescent qui donnent à la flamme tout son pouvoir éclairant. Il est évident que ce sont là des conditions d'installation trop complexes.

La lumière de Drummond est d'un emploi beaucoup plus facile: Il suffit de faire arriver le jet des deux gaz combustibles et comburants sur un bâton de chaux vive ou de magnésie. Ce qui donne à cet éclairage une si grande intensité, c'est encore la présence des particules solides incandescentes détachées des substances mises en contact avec la flamme. Pour l'emploi de cette lumière rien n'est plus avantageux que les grandes lanternes de M. Dubosq et de M. Molténi.

Lorsque l'on ne veut pas avoir recours à des appareils aussi coûteux, on peut se contenter de l'excellente lampe à oxygène de Dubosq: c'est une lampe modérateur brûlant à l'huile, dans la flamme de laquelle on fait arriver un jet d'oxygène: sous l'influence du courant de gaz, la flamme devient conique, et donne une belle lumière dont l'éclat est dû surtout aux parcelles charbonneuses qui prennent naissance par la combustion de l'huile.

Le gaz d'éclairage donne une lumière insuffisante et de nuance jaune. Lorsque pour en accroître l'éclat, on augmente la surface de la flamme, on obtient avec les lentilles le phénomène connu sous le nom d'*aberration de sphéricité* qui enlève aux images beaucoup de leur netteté. Il faut ajouter que la chaleur très-intense que donne cette lumière, ainsi que la rapidité avec laquelle le gaz vicie l'air, en rendent l'emploi très-désagréable. Cependant Mackenzie s'en est servi avec avantage dans un appareil fort ingénieux.

Le gaz arrive par un bec en porcelaine arrondi, de sorte que le gaz brûle à blanc par un courant d'air intérieur, en même temps que par l'air ambiant, la flamme réduite ainsi à un petit volume est très éclairante. On l'enveloppe d'une double cheminée de tôle dont les deux feuillets sont séparés par un courant d'air pour éviter que l'appareil n'acquière extérieurement une trop grand chaleur. Le tout est porté sur un bras articulé fixé au mur et auquel on peut donner, au moyen d'une crémaillère montée sur un parallélogramme de Watt, tous les mouvements désirables pour l'adapter à la hauteur du malade. C'est un très-bon appareil, mais il est difficile à trouver en France, et sa lumière garde toujours une nuance légèrement jaune. Il suffit cependant, dans la grande majorité des cas, pour un observateur qui ne doit pas faire de démonstrations publiques.

Le pétrole présente tous les inconvénients du gaz d'éclairage: il est d'un emploi dangereux, répand une odeur très-forte et dégage une chaleur intense.

Les appareils dont nous venons de parler sont utiles et même nécessaires pour l'étude et surtout pour la démonstration; mais pour la pratique, et les besoins de la clientèle, une bonne lampe modérateur suffira à peu près dans tous les cas.

2° *Appareils laryngoscopiques proprement dits.* — Quelle que soit la source de lumière, il est nécessaire de concentrer celle-ci dans l'arrière-gorge par des instruments d'optique. Les instruments employés dans se sens sont les laryngoscopes proprement dits.

On peut les distinguer en : Laryngoscopes par réflexion; Laryngoscopes par réfraction.

Parmi les premiers, le miroir plan suffit pour la lumière solaire. Pour les lumières artificielles, on reçoit la lumière sur un miroir concave, qui la réfléchit sur le point que l'on veut éclairer. Les laryngoscopes par réflexion sont très-employés en Allemagne. Le laryngoscope de Czermack était un laryngoscope par réflexion.

L'inconvénient de ces instruments est de donner une lumière souvent insuffisante et trop diffuse. Comme miroir concave, on se sert du miroir d'Helmholtz, dont vous connaissez l'emploi en oculistique; mais on lui donne de plus grandes dimensions. On peut le tenir à la main. Mais ce serait un inconvénient, quand on a une opération à pratiquer sur le larynx. Pour rendre cette main libre, il faut donc se servir d'un miroir monté sur un pied fixe.

On a aussi imaginé de fixer le miroir sur le front de l'observateur au moyen d'une bande frontale; ou de le monter sur des lunettes, qui se placent sur le nez, comme dans le modèle de M. Duplay : cela est bon dans certains cas où l'on a besoin de donner à sa lumière beaucoup de mobilité ou une obliquité très-grande. Mais ces appareils ont des inconvénients assez sérieux. Ils forcent l'observateur, dont les mains sont déjà occupées à tenir le miroir laryngien et la langue du malade, à donner incessamment à sa propre tête l'inclinaison convenable pour diriger le faisceau lumineux. En outre, ces instruments plus ou moins bizarres, dont se coiffe le médecin ou qu'il se place sur le nez, lui donnent un aspect étrange, et même, dans certains cas, quelque peu ridicule. En voyant le médecin surchargé de ces appareils multiples, occupé de tant de choses en même temps, on songe malgré soi à cet homme-orchestre que vous avez tous vu sur les places publiques jouant de trois ou quatre instruments à la fois.

Les laryngoscopes par réfraction sont surtout employés en France et en Angleterre. Tel est le laryngoscope de Mackensie: le réflecteur placé en arrière de la lumière et la lentille placée en avant, occupent deux ouvertures pratiquées dans une cheminée métallique que l'on pose sur la lampe.

Le laryngoscope qui porte le nom de M. Fauvel, nous paraît avoir une lentille trop petite. L'espèce de pince, qui sert à l'adapter à la lampe n'est pas d'une application commode. — En outre, on a accordé trop d'importance à l'auto-laryngoscope, dont l'emploi est loin d'être indispensable. Les mêmes objections peuvent être faites au pharyngoscope (pourquoi pas laryngoscope?) de M. Moura.

Le laryngoscope de M. Krishaber présente de grands avantages : il est porté par un anneau brisé dont les deux moitiés sont jointes par deux ressorts à boudin, et qui s'adapte facilement sur toutes les lampes. La lentille plan convexe est d'une puissance très-suffisante : l'œil de l'observateur est protégé par l'ombre du réflecteur, ou par une carte que l'on fixe sur l'anneau. Il n'y a qu'une objection à faire: c'est que l'appareil est immobile dans le plan vertical; son jet de lumière est constamment horizontal, de sorte qu'il est impossible de varier les incidences de la lumière et de suivre les mouvements du malade.

Nous avons cherché à obtenir à volonté l'incidence oblique de la lumière, et à varier cette incidence suivant les besoins de l'observation, en plaçant la lentille et le réflecteur aux deux extrémités d'un parallélogramme métallique dont on peut changer à chaque instant l'inclinaison au moyen d'un mouvement de bielle.

C'est dans le même but que M. Galante a construit, d'après nos indications, son laryngoscope à double collier, qui nous paraît le plus commode des appareils portatifs, à la condition toutefois de ne pas fractionner la tige des miroirs, comme M. Galante l'a fait pour restreindre le volume de la boite. Ces miroirs en deux fragments se dérangent à tout moment. En donnant à ceux-ci la longueur habituelle, la boite n'excède pas la longueur d'une trousse ordinaire.

3° Les instruments d'examen sont les miroirs laryngiens. Ils peuvent être ronds et carrés : nous avons déjà dit pourquoi nous préférons généralement ceux-ci. Les miroirs ovales ont été employés pour relever plus facilement la luette ou pour être placés entre des amygdales hypertrophiées. Mais nous savons que la luette n'est jamais un obstacle sérieux et, dans le cas d'hypertrophie des amygdales, un petit miroir rond sera presque toujours suffisant. On a employé aussi les miroirs concaves, qui grossissent l'image, mais qui en même temps la déforment et la rendent moins reconnaissable, en raison des jeux de lumière qui se produisent toujours sur des surfaces courbes. Le miroir plan est donc préférable, à moins qu'on ne veuille examiner en détail un point très-restreint du larynx.

On a tenté de substituer aux miroirs ordinaires le miroir platiné. C'est une lame de verre sur laquelle on a fixé une

légère couche de platine ; — les miroirs sont inaltérables, mais ils sont moins clairs, aussi en a-t-on abandonné l'usage.

Quant aux instruments de traitement, le nombre de ceux qui sont réellement indispensables pour la pratique est très-restreint. Le plus simple de tous est l'éponge fixée à l'extrémité d'une tige métallique recourbée. M. Trouvé a imaginé une griffe fort ingénieuse ; on place dans cette griffe un peu de coton que l'on plonge dans le liquide médicamenteux et que l'on porte ensuite dans le larynx. Cette griffe est très-supérieure à l'éponge laryngée ; elle est plus propre, on peut changer le coton pour chaque malade, ce que l'on ne pouvait faire avec l'éponge. — Il est très-désirable que tous ces instruments, fixés dans leur manche au moyen d'une vis de pression, aient une tige carrée qui les empêche de tourner et qui permette ainsi plus de précision dans leur emploi.

On se sert souvent aussi pour badigeonner l'orifice supérieur du larynx, d'un pinceau en blaireau fixé à l'extrémité d'une tige recourbée ; lorsque l'on veut faire pénétrer le pinceau dans le larynx même, il doit être beaucoup plus mince. Quand nous aurons parlé du porte-pierre laryngien à tige recourbée, nous aurons énuméré les instruments qui suffisent dans la majorité des cas au traitement des affections laryngées. Signalons cependant l'ingénieuse pipette de M. Krishaber, au moyen de laquelle on peut porter directement quelques gouttes de liquide dans le larynx.

Les pinces à polypes sont de deux sortes : à écartement antéro postérieur (Cusco-Fauvel-Mackenzie) ou à écartement bilatéral. Celles-ci sont les meilleures, elles ont le grand avantage de laisser passer le faisceau lumineux entre leurs branches ouvertes.

Nous ne vous dirons rien des électrodes, du galvanocautère, des insufflateurs, des pulvérisateurs, etc., cela nous entrainerait beaucoup trop loin. D'ailleurs, aucune description ne saurait donner une idée exacte de tous les instruments dont je vous ai parlé ; il faut les manier soi-même et se mettre à l'œuvre le plus tôt possible. (*A suivre*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sarcome pulsatile multiple de la fosse temporale gauche, du corps thyroïde et du sternum ;

Par **VALLERIAN**, interne des hôpitaux (1).

Ces pièces proviennent d'une malade atteinte de mélancolie, et qui était à la Salpêtrière, dans le service de M. Trélat depuis 1868. Elle est venue une première fois à l'infirmerie, service de M. Delens, du 24 mars au 17 avril 1874, afin d'être soignée pour deux tumeurs, l'une de la fosse temporale gauche, l'autre du lobe droit du corps thyroïde. Elle a pris à cette époque, pendant 15 jours et sans aucun résultat, de l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 cent. par jour. La malade rentre à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Le Dentu), le 16 juillet 1874. Voici son observation résumée.

17 *juillet*. La malade est maigre, a une teinte jaunâtre de toute la peau, elle s'est notablement affaiblie depuis 3 mois. Surdité presque complète datant d'au moins une dizaine d'années. La malade comprend très-bien par signes ou au mouvement des lèvres.

Tumeur de la fosse temporale gauche. Cette tumeur existe depuis plusieurs années au dire des personnes qui approchent la malade ; elle a notablement augmenté depuis quelques mois. Elle s'étend de l'angle inférieur et interne de l'orbite, jusqu'au tragus ; ovale, aplatie, elle a le volume d'une grosse noix. Au niveau de la tumeur, la peau a sa coloration habituelle ; sous la peau, à 1 cent. en avant du tragus et parallèlement au grand axe de l'oreille, on remarque une petite artère flexueuse, du volume d'une grosse tête d'épingle. La tumeur est animée de battements visibles à l'œil, perceptibles au doigt, et isochrones aux battements du pouls ; on y sent des mouvements d'expansion très-nets. A l'auscultation, bruit de souffle unique, doux, systolique.

(1) Communication faite à la Société anatomique.

La tumeur est molle, sans être fluctuante, difficile à limiter, elle semble se continuer insensiblement avec les os voisins. On sent avec le doigt l'os de la pommette ; mais l'apophyse zygomatique du temporal semble détruite par la tumeur. La compression de la carotide primitive gauche diminue notablement les battements de la tumeur sans les abolir.

Tumeur du cou. Elle est placée à la partie inférieure du cou, à droite, au-dessous et en dedans du sterno-cléido-mastoïdien ; du volume d'un œuf de poule, et allongée transversalement, cette tumeur adhère au larynx, qu'elle suit dans ses mouvements ; elle dépend du corps thyroïde. Elle est très-dure, bosselée, donne au doigt la sensation d'une masse calcaire, elle est soulevée par les battements de la carotide primitive droite. A son niveau, on perçoit un double bruit de souffle, l'un systolique assez fort et prolongé, l'autre diastolique, bref comme du côté opposé ; au niveau de la carotide primitive gauche, on perçoit des bruits très analogues ; on ne peut savoir si des bruits anormaux se produisent dans la tumeur. Il y a 3 ans que pour la première fois on a remarqué l'existence de cette tumeur.

Tumeur du sternum. Cette tumeur s'est développée depuis le premier séjour de la malade dans le service, c'est-à-dire depuis 3 mois. Elle siége dans le sternum ; surtout marquée à gauche, au niveau de la troisième côte, son volume est celui d'une grosse noisette, la peau qui la recouvre a sa coloration normale. La tumeur est animée de battements visibles à l'œil, perceptibles au doigt et isochrones aux battements du pouls ; on y perçoit nettement un mouvement d'expansion ; la tumeur est irréductible. A cause du voisinage de la base du cœur, on ne peut savoir si des bruits anormaux se produisent dans la tumeur.

Poumons. La malade respire avec quelque difficulté ; râles sous-crépitants disséminés aux deux bases.

Cœur. Matité cardiaque augmentée ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon. A la pointe, souffle systolique assez fort ; à la base, double bruit de souffle, l'un systolique fort, l'autre diastolique plus faible. Il n'y a ni faux pas, ni irrégularité du cœur.

Tube digestif. La malade mange fort peu ; en revanche, elle accuse une soif continuelle ; la langue est sèche et chargée. Il y a une paralysie du rectum.

Organes génito-urinaires. Le toucher vaginal est pratiqué et montre qu'il n'y a rien d'anormal. Paralysie de la vessie ; on est obligé de sonder la malade régulièrement deux fois par jour. L'urine retirée est ammoniacale, très-chargée, brunâtre ; précipité blanc abondant par l'addition d'acide azotique. L'urine ne contient pas de sucre. Au microscope, on trouve une grande quantité de globules blancs, ainsi que des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens en grand nombre. Pas de tubes du rein.

Membres. La malade accuse des douleurs vives dans les deux bras, surtout le droit ; affaiblissement très-net des deux côtés, surtout à gauche. Paralysie presque complète des membres inférieurs ; ici encore c'est le côté gauche qui est le plus atteint ; la jambe repose sur sa face externe ; le pied, tourné en dehors, repose également sur son bord externe. La *sensibilité*, sous toutes ses formes, semble intacte sur tous les points du corps.

A partir de la *fin de juillet*, les troubles de la miction augmentent ; à la fin de chaque cathétérisme, qui est très-douloureux, il sort quelques gouttes de sang pur. L'urine est plus gorgée que jamais et a une odeur fétide. L'état général s'aggrave : langue noire, très-chargée ; fièvre continuelle ; température oscillant entre 38° et 39°. Les tumeurs de la fosse temporale et du cou restent stationnaires ; la tumeur du sternum augmente visiblement.

3 *août*. La malade meurt dans le marasme, avec une température très-élevée (39°,3). La dyspnée et la dysphagie étaient très-marquées ces jours-ci. Ces trois tumeurs ont augmenté de volume d'une manière visible, mais en conservant les caractères décrits plus haut. L'état des membres n'avait pas changé. Jusqu'au dernier moment, la malade comprenait les signes qu'on lui faisait et pouvait y répondre.

AUTOPSIE le 5 août. Les deux poumons sont congestionnés en arrière, au niveau de leur bord postérieur. Bronchite chronique, emphysème du bord antérieur.

Le *cœur* est volumineux, flasque, graisseux ; le muscle cardiaque est feuille-morte. La valvule mitrale est épaissie et présente des plaques scléreuses ; la valve interne est remarquablement étroite ; il y a un certain degré d'insuffisance de cette valvule. Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, il y a des plaques calcaires ; de plus, ces valvules sont fenêtrées, disposition congénitale sans doute, qui donnait lieu à un certain degré d'insuffisance aortique. Aucune lésion dans les orifices du cœur droit. — *Aorte* thoracique et abdominale parsemées de plaques calcaires.

L'*estomac*, l'*intestin*, la *rate*, le *foie* sont sains.

Les *reins* sont un peu graisseux ; la muqueuse des bassinets est brunâtre; les *uretères* ne sont pas dilatés, ils sont remplis, comme les bassinets, d'une urine grise, louche. *Vessie* volumineuse, parois très-épaissies, mais ne présentant pas de lésion de la muqueuse. Aucune lésion de l'ovaire et de ses annexes.

Tumeur de la fosse temporale gauche. Cette tumeur est placée au-dessous du muscle temporal qu'elle soulève ; du volume d'une grosse noix, elle se confond en arrière avec la portion écailleuse du rocher, et cet os est très-probablement son point de départ. L'apophyse zygomatique du temporal a disparu au milieu de la tumeur ; celle-ci a également détruit l'articulation temporo-maxillaire gauche ; il ne reste plus du condyle du maxillaire inférieur qu'une aiguille osseuse de la grosseur d'une allumette. En avant, la tumeur a détruit une notable partie de la grande aile du sphénoïde, aussi s'avance-t-elle jusqu'à la paroi externe de l'orbite, qui est encore intacte.

En dedans et en haut, la tumeur fait saillie dans l'étage moyen de la base du crâne du côté gauche ; l'enfoncement que l'on trouve normalement à ce niveau est en grand partie effacé. La dure-mère est placée directement sur la tumeur, à laquelle elle adhère; elle présente à sa face interne quelques petites végétations du volume d'une tête d'épingle, qui ont la même structure que la grosse tumeur. Enfin, celle-ci fait saillie en dedans et en arrière dans l'intérieur du sinus sphénoïdal ; en avant et en dedans, on voit les organes qui passent par les trous ronds et ovale, organes qui devaient être comprimés pendant la vie (nous n'avons rien observé de particulier à ce sujet) ; le trou déchiré antérieur est respecté.

La corne sphénoïdale du cerveau est aplatie et refoulée en arrière par la tumeur, du reste, elle n'est nullement altérée, pas plus que le reste de l'encéphale. Il nous semble juste de rapprocher cette compression de l'affaiblissement très-net de tout le côté gauche du corps que présentait la malade pendant sa vie. La tumeur elle-même est d'un gris-rougeâtre, molle, presque diffluente; son aspect est le même dans tous ses points. Disons, afin de n'y plus revenir, que la tumeur du cou et celle du sternnm ont absolument les mêmes caractères.

Tumeur du cou. Elle s'est développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, son volume est celui d'un œuf de poule; prolongée en dehors et en haut, elle est réduite dans presque toute son étendue, en avant, par une coque calcaire d'un millim. d'épaisseur. En arrière, la tumeur est placée directement sur les premiers anneaux de la trachée, qu'elle comprime visiblement. Le calibre de la trachée est diminué de près de moitié à cet endroit.

Tumeur du sternum. Du volume d'une noisette, elle est creusée dans l'épaisseur du sternum au niveau de la troisième côte. L'articulation costo-sternale de la troisième côte gauche est complétement détruite ; sur une coupe antéro-postérieure du sternum faite au niveau de la tumeur, on voit que cet os est profondément altéré, au voisinage de la néoplasie, il a pris une teinte rougeâtre.

Nous avons examiné à l'état frais des fragments de ces trois tumeurs, et nous avons trouvé partout de petites cellules avec un gros noyau, assez régulières ; nulle part nous n'avons vu de plaques à noyaux multiples. Il s'agit donc ici d'un sarcome multiple, très-vasculaire, ayant pu donner lieu, grâce à cette vascularisation, à des battements et à des bruits de souffle. C'est du reste le diagnostic qui avait été porté pendant la vie par MM. Delens et Le Dentu.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La protection des nourrissons.

Au milieu des débats passionnés soulevés par la question de la liberté de l'enseignement supérieur, l'Assemblee nationale, sur l'initiative et le rapport de M. Théophile Roussel, a voté, sans bruit et sans discussion, en trois lectures, une loi relative à *la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons*. Elle a pour but d'apporter un remède à un état de choses affligeant signalé par le dernier recensement de 1872. Les chiffres officiels accusent une diminution de 370.000 habitants en France, que n'expliquent pas en entier les pertes dues à la guerre et aux événements subséquents, et qui s'accorde trop bien avec le mouvement général de la population depuis cinquante ans. En face de ce fait si grave, l'Assemblée s'est émue et a chargé une Commission (1) de préparer une loi sur la protection du premier âge. Cette Commission a senti elle-même, et le rapport le dit assez clairement, qu'en cherchant à diminuer la mortalité des enfants, elle ne s'attaquait qu'à l'un des facteurs secondaires du mal. Tout en reconnaissant que la dépopulation avait encore pour causes immédiates, signalées depuis longtemps par la statistique, et notamment par le Dr Bertillon, la diminution du nombre des mariages et leur moindre fécondité, tout en pensant que ces faits « n'échappent pas autant qu'on le croit à l'action du législateur », la Commission s'est bornée à l'étude de la question restreinte qui lui avait été soumise. — Pour nous, qui pensons que loin d'échapper à l'action du législateur, ces résultats déplorables sont en partie son fait, les lois réagissant sur les mœurs autant que les mœurs sur les lois, nous aurions désiré que la Commission comprît plus largement son mandat, et au besoin, eût réclamé une mission plus étendue. Il est dans notre histoire telle autre Assemblée, souveraine aussi, qui eût envisagé de plus haut une pareille question. C'eût été une grande œuvre que de rechercher si notre législation, tant par son esprit général que par ses dispositions particulières, n'agit pas, tantôt directement, tantôt indirectement, de manière à favoriser, à encourager cette dépopulation dont on s'alarme avec raison. Mais il eût fallu pour cela joindre à une grande hauteur de vues, et à la résolution de ne se laisser arrêter par aucun préjugé, au risque d'être taxé de révolutionnaire, une autorité suffisante. La Commission a craint, sans doute, de n'être pas suivie par l'Assemblée dans cette large voie et s'est contentée d'abord de rechercher les moyens de diminuer la mortalité des enfants du premier âge. L'Académie de médecine, au sein de laquelle ces questions ont été discutées, avait tracé, de la protection de la première enfance, un programme que M. Théophile Roussel considère comme complet. On pourrait ne pas partager cet avis, mais serait-on trop sévère en reprochant à la Commission d'avoir « reconnu qu'elle ne pouvait pas embrasser un aussi vaste programme », et de « n'avoir définitivement mis en discussion que les questions relatives à ce qu'on appelle aujourd'hui l'industrie nourricière. »

De cette industrie, quels sont les effets? Si l'on en croit

(1) MM. Schlœcher, *président*, Th. Roussel, secrétaire et rapporteur, Rampon, Bouisson, Bamberger, Labélonye, Soye, de Tillancourt, de Chabrol, de Melun, Houssay, de Gouvello, Morvan, Charton (Yonne, Amat.

M. Brochard, « sans compter les enfants assistés, cent » mille nourrissons meurent annuellement en France, de » faim, de misère, faute de soins, faute de surveillance. »

— A Paris, dit le rapport, plus de la moitié des enfants envoyés en nourrice meurt avant un an révolu ; pour certaines catégories, la mortalité s'élève aux chiffres fabuleux de 75 à 80 0[0, alors qu'en moyenne elle ne devrait jamais dépasser 10 0[0. — Plus hardie, remontant hardiment aux causes qui multiplient de plus en plus le nombre des mères obligées d'envoyer leurs enfants en nourrice, la Commission se serait efforcée de les détruire, et serait peut-être parvenue à atteindre le mal avec plus d'efficacité en le combattant à sa source. Elle reconnaît qu'en elle-même l'industrie nourricière est un mal et ne fait rien, sinon pour la supprimer, chose impossible, au moins pour la restreindre, et se contente de la réglementer.

Pour juger son œuvre, il serait injuste de se placer au point de vue que nous aurions désiré lui voir prendre ; restons donc sur le terrain où elle s'est elle-même placée, et demandons-nous, l'industrie nourricière admise comme un fait inévitable, comment la nouvelle loi entend en atténuer les funestes conséquences.

Il y a deux grandes catégories de nourrices : les nourrices sur lieu, les nourrices à la campagne. Les premières bien traitées, bien nourries, bien payées, mènent en général, grâce à la présence incessante des parents, leur nourrisson à bien. Mais leur propre enfant, que devient-il pendant ce temps? Il est ordinairement abandonné aux nourrices de la seconde catégorie, et exposé à tous les dangers qui en résultent ; il en sera de même encore, malgré l'article 8, exigeant que toute nourrice fournisse un certificat constatant que son propre enfant est mort, ou âgé de 7 mois, ou allaité par une autre nourrice. En définitive, il sera confié à une nourrice à la campagne.

Celles-ci élèvent leurs nourrissons de deux façons : au sein ou par l'allaitement artificiel, à l'aide du biberon ou du petit pot. Le vice capital de ce dernier régime, qui donne, même dans les familles, une mortalité de 30,77 0[0 (Calvados), s'élevant à 50 0[0 quand les enfants sont confiés à des mains mercenaires, réside, non pas dans la substitution du lait des chèvres ou des vaches au lait de femme, mais dans son mode défectueux d'administration. Or la loi fera-t-elle que tous les parents puissent payer la somme qu'exigera une nourrice au sein? Comment, pour ceux qui le pourront et le feront régulièrement, obligera-t-elle la nourrice à tenir ses engagements de son côté et à ne pas recourir au biberon ? Garantira-t-elle qu'au lieu de lait elle ne donnera pas à l'enfant une grossière panade, une bouillie indigeste, ou pire encore? Assurera-t-elle à l'enfant, en dehors de l'alimentation, tous les soins hygiéniques qui ne lui sont pas moins indispensables. Empêchera-t-elle l'enfant de croupir des journées entières dans son berceau, au milieu de ses déjections?

Pour répondre à toutes ces questions et à bien d'autres du même genre, il suffit de se demander ce que font les parents qui veulent que leur enfant soit bien traité et qui peuvent s'en assurer par eux-mêmes, et de voir si, à défaut de la surveillance des parents, la loi en établit une analogue. Or personne n'ignore que dans l'immense majorité des cas, si l'enfant est trop éloigné pour que les parents puissent le venir voir souvent, à des époques rapprochées, sans être attendus, à toute heure et à tout moment, l'enfant pâtira.

Même à domicile, sous les yeux de la mère, il n'est pas toujours facile d'obtenir ces petits soins si précieux de chaque instant. Loin du domicile, quand les parents, et c'est le cas le plus fréquent, ne peuvent venir qu'à jour fixe, ordinairement le dimanche, ils peuvent trouver le nourrisson lavé, nettoyé, rassasié ; mais dans la semaine? En un mot, on n'a de garantie qu'à condition d'une surveillance incessante. Cette surveillance officielle, destinée à remplacer celle des parents empêchés, qui l'exercera ?

Nous voyons bien (art. 7) que nul enfant ne pourra être placé, sans que soient prévenus deux maires (2) qui devront en tenir registre, que par conséquent la surveillance saura où aller chercher les enfants qu'elle doit garantir contre tout abus. Nous voyons bien que le juge de paix (art. 10) vérifiera les registres, fera un rapport au procureur de la République, qui fera un rapport au préfet, qui fera un rapport au ministre, qui (art. 4) publiera tous les ans une statistique. Ce sera belle matière à paperasses, mais la statistique finale dira-t-elle combien de fois l'enfant s'est passé de son lait, combien de nuits il a passées à crier dans des langes imprégnés de l'urine et des matières fécales de la journée. Nous voyons bien (art. 6) que nul ne pourra refuser de recevoir la visite du médecin inspecteur, du maire de la commune ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées en vertu de la loi. Mais quelles seront ces personnes autorisées à faire cette visite ; et parmi celles qui seront autorisées, quelles sont celles qui la feront?

Seront-ce les membres du Comité supérieur, ou même du Comité départemental ? Evidemment non ; ce ne pourront être que les membres des Commissions locales, les médecins locaux, les inspecteurs locaux, les maires locaux. C'étaient les Commissions locales qu'il fallait instituer solidement, c'était l'organisation de l'inspection médicale qu'il fallait établir ; c'étaient les attributions et les devoirs des médecins inspecteurs, et de toutes les personnes chargées des visites qu'il fallait déterminer avec précision. Or sur ces points importants, vitaux, essentiels, sans lesquels la loi n'est rien, ne produira rien, que rapports, statistiques et tableaux, que décide la loi? Elle déclare, article 12, qu'ils *seront* déterminés par un réglement d'administration publique. Et voilà à quoi aboutissent de longues et intéressantes discussions (1) ; voilà tout ce que l'on peut tirer de nombreux documents recueillis avec soin. Sans tant de peine, il était plus court de libeller ainsi la loi :

Art. 1 et unique. L'administration publique surveillera les enfants en nourrice du mieux qu'elle pourra.

Puisque l'administration restait ainsi chargée d'établir les œuvres vives de la loi, à quoi bon embarrasser les administrateurs des départements de ces Comités qui ne leur serviront à rien, sinon peut être en matière électorale. En fait de surveillance, que feront-ils ? Ils étudieront et proposeront les mesures à prendre (art. 2), colligeront des documents qu'ils transmettront au Comité supérieur. Ils rempliront, en un mot, la mission de bien d'autres états-majors : ils paperasseront, paperasseront, paperasseront :

E. T.

---

(1) Annexes du rapport.

(2) De la commune des parents et de celle de la nourrice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 janvier. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Vulpian. J'ai pu observer dans mon service, à l'hôpital, que l'action du jaborandi est bien moins énergique après l'administration du sulfate d'atropine. Daus ces conditions, j'ai, chez mes malades, constaté une très-notable diminution dans la sécrétion de la salive et de la sueur. Or, on sait, depuis les expériences d'Heidenhain, l'effet du sulfate d'atropine sur les glandes salivaires ; après une injection de ce sel la corde du tympan excitée provoque bien la vascularisation et la turgescence de la glande sous-maxillaire, mais nullement une plus abondante sécrétion. De cette expérience on a pu inférer que le sulfate d'atropine excitait les *nerfs modérateurs* de la sécrétion salivaire. D'autre part, le jaborandi exagère la production de la salive et on peut considérer cette substance non plus comme excitant, mais comme paralysant les uerfs modérateurs de la sécrétion salivaire. Le jaborandi serait donc antagoniste du sulfate d'atropine.

Ne pourrait-on pas tirer de ces faits quelques indications sur le mode encore si obscur de la sécrétion de la sueur. On ne sait que bien peu de chose sur son mécanisme, et nos connaissances se bornent à l'observation de Dupuy et de Cl. Bernard ; la section du grand sympathique provoque la sécrétion de la sueur et l'excitation de ce nerf arrête cette sécrétion. Ne faudrait-il pas admettre qu'il en est pour la sueur comme pour la salive ; que les glandes sudoripares sont pourvues de *nerfs modérateurs* de la sécrétion qu'excite le sulfate d'atropine et que paralyse le jaborandi. C'est un problème que de nouvelles expériences permettront peut-être de résoudre.

M. Vulpian présente, au nom de M. Jules Prévost, médecin de la marine, des pièces provenant de bœufs morts dans une épidémie, observées dans l'Amérique du Sud. Il existe sur la muqueuse intestinale de petits kystes remplis d'une substance en partie composée de leucocytes. Les gens du pays attribuent la formation de ces kystes à de petites épines de chardon qui s'implantent dans la muqueuse et y provoquent une inflammation, cause première de ces kystes.

M. Carville met sous les yeux des membres de la Société des tracés obtenus sur les animaux par le sphygmographe de M. Meurice. Ce sphygmographe est véritablement applicable aux animaux et en cela il peut rendre des services signalés; les physiologistes savent, en effet, la difficulté extrême qu'il y a de prendre le tracé du pouls du chien, par exemple.

M. Carville remet en outre une note du docteur Alison (de Baccarat). « *Sur les agents qui peuvent faire cesser l'arrêt diastolique du cœur.* » Il montre : 1° Qu'un grand nombre d'agents peuvent, comme l'atropine, la digitaline ou la calabarine, réveiller les contractions du cœur, arrêté en diastole par l'*amanita muscaria*; 2° que, parmi ces agents l'atropine possède cette propriété au plus haut degré; 3° et enfin que, quelles que soient les conditions dans lesquelles l'arrêt diastolique est obtenu ces agents, surtout l'atropine, peuvent faire reprendre au cœur ses contractions.

M. Jolyet a étudié, dans un travail fort intéressant, le rapport qui existe entre la quantité d'acide carbonique émise, en un temps donné, par un chien à l'état normal et un chien curarisé.

M. Ollivier a observé un fait de pathologie comparée qu'il qualifie de petit, mais qui n'en est pas moins intéressant : il s'agit de la transmission de la grippe par certaines excrétions, crachats et sueurs. Il lui a été donné d'observer un chat certainement atteint de la grippe. En temps d'épidémie de grippe ce chat avait du larmoiment, du coryza, de la laryngite : il toussait et rejetait des mucosités filantes. Ce chat fut transporté dans une autre maison et mangea avec quatre autres chats dans la même gamelle. Ces quatre chats furent pris de grippe. Le premier mourut et l'autopsie démontra sur les muqueuses les congestions que produit cette maladie. Des quatre autres chats trois moururent aussi, et à l'autopsie on trouva de semblables lésions. Ne faut-il pas admettre que là il y a eu véritablement transmission?

M. Chouppe communique une observation d'empoisonnement par le chloral absorbé par la bouche. Un pharmacien prend 13 à 14 grammes de chloral dans un demi verre d'eau. Il ressent immédiatement une vive brûlure le long de l'œsophage. Il se met au lit mais tombe évanoui. Il est trouvé dans cette situation probablement fort peu après sa chute ; il est dans le coma, les extrémités sont froides, les pupilles contractées, punctiformes. Le pouls à peine sensible ; le cœur a des faux pas et donne 120 battements. La température rectale n'est que de 30° 2/10. La mort était imminente.

La respiration spontanée s'arrête et la respiration artificielle est pratiquée pendant 35 minutes. A ce moment reparaissent les mouvements spontanés des muscles inspirateurs, la température se relève. On est cependant forcé de continuer quelque temps encore la respiration artificielle, car le thorax a de la tendance à s'immobiliser. Peu à peu les phénomènes disparaissent et le mieux s'accentue. Au bout de quelques heures tout danger avait disparu. Un point sur lequel insiste M. Chouppe, c'est qu'à aucun moment l'haleine du malade n'a paru imprégnée de chloroforme.

M. Rabuteau. Malgré ce fait il n'en faut pas moins admettre les expériences si précises de M. Personne, sur la formation du chloroforme dans les vaisseaux sanguins, après l'absorption du chloral.

Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1875. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom du Dr Duhaut, une nouvelle clef pour arracher les dents fabriquées, par M. Aubry. Avec le nouvel instrument, le crochet se fixe lui-même sur la dent sans qu'on ait besoin d'introduire le doigt dans la bouche.

M. Richet présente, au nom de M. Farabœuf, prosecteur de la Faculté, une pièce, fabriquée par M. Colin, destinée à réduire la luxation du pouce en arrière (V. p. 79).

L'Académie nomme un membre correspondant national dans la première section. La Commission avait présenté dans l'ordre suivant : 1° M. Coze ; — 2° M. Jacquez ; — 3° M. Berchon ; — 4° (*ex æquo*), MM. Burdel, Dechaux, Raimbert. — Nombre des votants : 72; majorité ; 37. Au 1er tour de scrutin M. Coze a été élu par 46 voix contre : 13 données à M. Burdel, 8 à M. Dechaux, 7 à M. Jacquez, 2 à M. Raimbert, 1 à M. Berchon.

M. Goubaux lit le rapport, au nom de la Commission nommée pour examiner les travaux envoyés pour *le prix Portal*. Un seul mémoire a été adressé, il est intitulé : *Recherches anatomiques sur un monstre sternopage*. Un atlas bien dessiné accompagne le texte.

M. Devilliers donne lecture du rapport sur le prix à décerner au meilleur ouvrage sur l'*Hygiène de la première enfance*. L'Académie doit se féliciter d'avoir pris en main la cause des nouveau-nés. En effet, la Commission a reçu un grand nombre de travaux statistiques : 7 mémoires manuscrits et 2 ouvrages imprimés. Des documents reçus, il résulte que l'allaitement artificiel, très-répandu dans le Nord de la France, est presque inconnu dans le Midi ; que les causes de la mortalité des nouveau-nés sont : 1° les maladies des voies digestives; — 2° les maladies des voies respiratoires; — 3° les différentes épidémies ; — 4° enfin, mais très-rarement, viennent l'alimentation insuffisante, le manque de soins et la misère. Nous ferons connaître en temps et lieu les travaux qui auront mérité des récompenses. La Commission formule les vœux suivants : Favoriser, par tous les moyens, l'allaitement maternel ; — règlementer l'allaitement artificiel et empêcher l'alimentation prématurée; — s'entendre avec l'autorité ecclésiastique pour ne plus porter les tout jeunes enfants au baptême à l'église; — récompenser les bonnes nourrices. Les conclusions des deux précédents rapports seront lues et discutées dans le Comité secret qui a lieu après la séance publique à 5 heures.

G. du B.

Société d'anthropologie de Paris. Le bureau pour l'année 1875 est composé comme suit : Président, Dally; 1er vice-président, de Mortillet ; 2e vice-président, de Ranse ; Secrétaire général, Broca ; Secrétaire général adjoint, Magitot; Secrétaires annuels, Girard de Rialle et Assézat; Conservateur des collections, Topinard; Archiviste, Dureau; Trésorier, Leguay.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 6 novembre 1874. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

8. Carcinome fibreux du rachis, avec généralisation dans les poumons; par M. ULLIAC, interne à l'hôpital de Saint-Denis.

Jacquet Célestine, âgée de 33 ans, entre le 21 mars 1874 à l'hôpital de Saint-Denis (service de M. CHARLES), au n° 3 de la salle Sainte-Marie.

Les antécédents de famille restent inconnus. Vers l'âge de 12 ans, la malade a eu la main droite prise dans une machine, ce qui a nécessité l'amputation du poignet : à part cet accident, elle s'est toujours très-bien portée jusqu'en 1872. A cette époque, étant en forêt occupée à ramasser du bois mort, une grosse branche d'arbre lui tomba sur les reins; la douleur qui en fut la suite la contraignit de cesser son travail, et la tint clouée au lit pendant une dizaine de jours : elle ne se fit d'ailleurs donner aucun soin. Depuis ce temps, elle n'a jamais été bien portante, et a toujours conservé, tout en pouvant vaquer à ses occupations habituelles, une certaine gêne dans les mouvements du tronc. Il y a quelques semaines, sentant ses souffrances augmenter, elle alla à l'hôpital Cochin où elle aurait été traitée pour un lumbago.

La malade entre le 21 *mars* à l'hôpital de Saint-Denis. Elle se plaint de douleurs sourdes, siégeant au niveau de la partie supérieure de la région lombaire. Pendant la marche, qui est lente et pénible, elle se tient légèrement inclinée en avant, et évite de fléchir et d'étendre le tronc dans la crainte d'augmenter son mal. Elle ne tousse pas; la percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal du côté de la poitrine. Pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de fièvre; l'état général est bon, la malade ne paraît pas avoir beaucoup maigri. La douleur est regardée comme étant de nature rhumatismale et traitée en conséquence.

Au commencement du mois suivant, la douleur lombaire change de caractère : elle était sourde et continue, elle est maintenant assez vive et présente de temps à autre quelques exacerbations. De plus, la malade accuse des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes s'irradiant dans les membres inférieurs; elle peut encore se lever et marcher. Ces nouveaux phénomènes appellent l'attention du côté de la moelle épinière, et c'est alors qu'en explorant attentivement la colonne vertébrale, on s'aperçoit qu'il existe une légère saillie des apophyses épineuses à la partie inférieure de la région dorsale; une pression modérée à ce niveau provoque de la douleur. On croit avoir affaire à un mal de Pott : on prescrit d'abord du carbonate et du phosphate de chaux, puis du sirop de lacto-phosphate de chaux; on y ajoute des badigeonnages de teinture d'iode le long de la colonne vertébrale, suivis bientôt de l'application de deux cautères.

Au mois de mai, l'état général devient moins satisfaisant : l'appétit, il est vrai, est encore passable, mais la malade pâlit et perd de ses forces; les douleurs augmentent de jour en jour; la malade ne quitte plus le lit. Des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ramènent le sommeil en calmant les douleurs; la constipation est combattue par des lavements et par de légers purgatifs; on cherche à relever les forces de la malade par quelques toniques.

Dans les derniers jours du mois de *mai*, surviennent plusieurs frissons qui semblent indiquer la formation de quelque collection purulente : du sulfate de quinine est ordonné ; les frissons disparaissent. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Dans le mois de *juin*, les souffrances de plus en plus cruelles, ne laissent plus de répit à la malade, qui commence à se plaindre de picotements et de fourmillements dans les pieds et surtout dans les orteils. Les membres inférieurs deviennent le siége d'un engourdissement douloureux, ils refusent peu à peu de soutenir le poids du corps et finissent par devenir complétement inertes : la malade est paraplégique. Mais si les mouvements sont devenus impossibles, la douleur n'en subsiste pas moins; aux irradiations douloureuses et aux fourmillements se joignent de fausses sensations de chaud et de froid. De plus, la sensibilité tactile est abolie, du moins en partie, et les pieds de la malade peuvent se toucher sans qu'elle en ait conscience. L'extrait thébaïque à haute dose, les injections de morphine fréquemment répétées, ne luttent qu'imparfaitement contre les douleurs qui sont devenues véritablement atroces.

Dans le courant du mois de *juillet*, cet état ne fait que continuer en s'aggravant. De temps en temps, la malade tousse un peu. Quelques vomissements bilieux surviennent. L'appétit et le sommeil sont complétement perdus. Enfin apparaissent la rétention d'urine, avec cystite purulente et des eschares au sacrum. De l'œdème se montre aux extrémités, la face se bouffit, et la malade finit par succomber dans le marasme le plus complet le 12 août 1874.

L'AUTOPSIE démontre l'existence d'une affection organique du rachis et des poumons. On remarque, en effet, sur la face postérieure de la colonne vertébrale : à gauche des apophyses épineuses des 10e et 11e vertèbres dorsales, une masse cancéreuse qui se continue avec une autre masse de même nature, située sur le côté gauche du corps des 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales; à gauche des apophyses épineuses des 3e, 4e et 5e vertèbres dorsales, existe un petit foyer purulent au fond duquel on peut sentir la lame dénudée de la 4e dorsale. Sur la face antérieure des corps vertébraux de la région dorsale, on trouve également plusieurs champignons semblables aux premiers ; il y en a d'autres à l'intérieur du canal rachidien : un de ces derniers, situé au niveau de la 7e vertèbre dorsale, adhère à la fois à l'os et à la dure-mère qui est envahie.

La moelle ne parait pas atteinte, du moins à l'œil nu ; les corps de plusieurs vertèbres sont non-seulement envahis par le mal, mais détruits en partie et creusés de loges renfermant une matière ramollie ; le corps de la 10e vertèbre dorsale en grande partie détruit, s'est affaissé sur lui même.

La face postérieure de la 11e côte du côté gauche est recouverte dans une étendue de 5 à 6 centimètres par la production morbide. On remarque en outre, à gauche des vertèbres dorsales, une vaste poche purulente ancienne, située entre les côtes et la plèvre, et dont le contenu est en partie résorbé.

Enfin, les deux poumons sont parsemés sur toute leur surface de petites masses cancéreuses très-nombreuses, d'un blanc un peu jaunâtre, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois; on en trouve également à l'intérieur des poumons, mais en moins grand nombre. Rien du côté des seins.

La tumeur, partout où on la rencontre, présente une coloration blanchâtre, elle est d'une consistance assez dure et crie sous le scalpel, la coupe en est nette et un peu brillante.

L'*examen microscopique* a été fait par M. HANOT, interne des hôpitaux, à l'obligeance duquel nous devons la note suivante : « Le tissu de la tumeur est essentiellement caractérisé par d'épais faisceaux de tissu conjonctif, limitant des loges allongées dans le sens des faisceaux et dont la largeur atteint à peine la moitié ou le tiers de la largeur de ces faisceaux. Ces loges sont comblées de grosses cellules de forme irrégulière, remplies de granulations les unes obscures, les autres réfringentes. La tumeur est donc un carcinome fibreux. — Les parois des alvéoles pulmonaires présentent un assez grand nombre de nodules, assez régulièrement sphériques, composés au centre comme à la périphérie de gros noyaux. Ce sont évidemment des granulations cancéreuses. — Le tissu interlobulaire est épaissi, la cavité des alvéoles contient plus ou moins de cellules épithéliales tuméfiées et granuleuses. »

Nous croyons pouvoir conclure, de l'ensemble de notre observation, que la tumeur est un carcinome fibreux primitif du rachis, généralisé aux poumons. Quant au traumatisme résultant de la chute d'une branche d'arbre sur les reins, nous ne voudrions pas lui donner une trop grande importance : nous dirons cependant que, si on ne peut affirmer qu'il ait été la véritable cause de l'affection, on peut tout au moins penser qu'il a eu pour effet d'activer la marche de la maladie.

11. Examen histologique d'une ulcération de l'intestin, par M. CADIAT, interne des hôpitaux.

En examinant les pièces présentées à la Société dans la précédente séance (Voy. p. 00) j'ai rencontré les mêmes lé-

sions que j'avais déjà trouvées dans toutes les muqueuses atteintes de tuberculose et dont j'ai présenté les dessins il y a 15 jours. C'est-à-dire que dans ce cas particulier il y avait une production considérable de noyaux de 0, 005 à 0, 006 dans toute l'étendue de la coupe de l'intestin, comprenant l'ulcération sur la plaque de Peyer; on en trouvait dans la couche sous-muqueuse et même la couche musculaire de l'intestin.

Sur une de mes préparations, la coupe a porté en même temps sur une granulation du péritoine, de telle sorte qu'on voit, à la fois, les éléments de cette granulation et ceux qui sont dans toute l'épaisseur de l'intestin. Il existe des traînées allant de la plaque de Peyer à la granulation. On peut constater l'identité d'aspect entre les éléments pris en ces deux points différents.

De toutes les pièces de tuberculose des muqueuses que j'ai eues à examiner, les plus caractéristiques me sont fournies par cette ulcération intestinale. Je n'hésite donc pas à affirmer dans ce cas le caractère tuberculeux de la lésion.

Si l'on m'objecte que les lésions de la fièvre typhoïde sont peut-être les mêmes, je répondrai qu'il n'en est rien.

Car : 1° Ce qui caractérise la lésion typhoïde, c'est surtout la production entre les éléments de la plaque de Peyer d'une matière granuleuse et non cette masse d'éléments nouveaux; 2° dans la fièvre typhoïde, la plaque reste isolée; quoique tuméfiée, elle ne s'unit pas aux parties environnantes par cette production considérable de noyaux; 3° dans la fièvre typhoïde, ce ne sont pas des éléments nouveaux en grand nombre qui se forment dans le follicule de la plaque de Payer, mais, je le répète, de la matière amorphe susceptible de se segmenter autour des noyaux préexistants qu'elle a écartés.

M. Charcot. Dans la fièvre typhoïde, la prolifération cellulaire, ou si l'on veut, l'accumulation de noyaux peut se faire non-seulement dans les follicules, mais aussi dans le tissu qui sépare ces follicules. Hermann, qui a étudié avec soin ces altérations de la fièvre typhoïde, a décrit une disposition tout à fait analogue à celle qu'a pu constater M. Cadiat. Du reste, il n'est pas démontré que la distinction soit possible entre les ulcérations tuberculeuses et celles de la fièvre typhoïde, et pour ma part, je ne crois pas qu'il existe de caractères assez précis pour que l'on puisse les différencier nettement.

M. Malassez. On peut aussi se demander s'il n'y aurait pas ici simplement coïncidence des deux sortes d'altérations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 *février* 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. Larrey présente au nom de M. Martinez del Rio, de Mexico, une observation de transfusion pratiquée avec succès chez une femme présentant des signes de la mort apparente à la suite de métrorrhagies très-abondantes. 300 grammes de sang défibriné et filtré furent injectés; la guérison était complète un mois après l'opération.

M. Magitot lit un rapport sur une observation présentée par M. Périer sous le titre de *Kyste hématique folliculaire de la mâchoire inférieure chez un nouveau-né syphilitique.* La tumeur qui était translucide, fut d'abord prise pour une grenouillette à son début; l'enfant mourut à 8 jours. A l'examen histologique de la tumeur, on trouva une couche d'épithélium stratifié, un épanchement de sang sous la couronne de dentine, et le bulbe dentaire au fond de la cavité folliculaire.

M. Després lit un rapport sur trois observations de tumeur du testicule chez des enfants en bas âge, adressées par M. Obédénar, professeur à l'école de médecine de Bucharest. Ces enfants ont présenté des symptômes non-équivoques de syphilis, et l'observateur croit à une tumeur syphilitique du testicule. Chez le premier, nourri par sa mère qui portait un chancre induré à chaque sein, les plaques muqueuses apparurent dans la bouche et à l'anus vers l'âge de 2 ans.

En même temps le scrotum tuméfié et ulcéré laissait sortir une tumeur rouge, du sommet de laquelle partait un cordon gros comme le pouce de l'enfant; la tuméfaction s'arrêtait au niveau du canal inguinal. Le ventre était gros, — l'enfant avait eu des fièvres intermittentes tenaces, — les ganglions du cou engorgés. Soumis au traitement antisyphilitique, la tumeur diminua; mort deux mois après avec ascite. A l'autopsie on trouva la rate gonflée, les tubes séminifères atrophiés, comprimés par une hyperplasie de tissu conjonctif jeune. L'auteur a observé deux autres cas à peu près semblables. Le rapporteur ne croit pas à une manifestation syphilitique, mais à une inflammation du testicule sous l'influence de l'adénie dont l'enfant portait des signes si manifestes; il en fait une orchite chronique.

M. Ledentu fait un rapport oral sur trois cas de plaies artérielles du membre supérieur observés par M. Gaillard (de Parthenay). La seule chose à noter c'est qu'il n'a été lié qu'un seul bout de l'artère. Le rapporteur parle ensuite d'un cas d'anévrysme de l'artère fémorale, présenté par M. Galrand (de Brest). Cet anévrysme remontait jusque dans la fosse iliaque; après avoir essayé en vain pendant l'espace de deux ans les divers procédés de compression, M. Galrand se décida à pratiquer la ligature de l'iliaque externe qui ne présenta aucune difficulté. La compression avait si bien établi la circulation collatérale, que les battements de la pédieuse étaient manifestes aussitôt après la ligature. Le malade mourut d'infection purulente quelques jours après. Un caillot de six centimètres obturait l'artère du côté de l'iliaque primitive; on trouva dans le sac des couches de fibrine concentriques, et au ventre un liquide sanieux.

M. Verneuil a guéri par la compression un énorme anévrysme de l'axillaire. La compression de la sous-clavière a duré plus d'une année.

M. Duplay communique une observation d'*Abcès épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia, guéri par la trépanation de l'os.* Cet abcès qui datait de 10 ans s'ouvrait et se refermait à des époques différentes sans laisser de trajet fistuleux ni donner issue à aucun séquestre. La partie inférieure de la jambe était un peu tuméfiée, mais sans bosselures.

L'articulation tibio-tarsienne était saine : douleurs sourdes augmentant beaucoup par la marche. Etat général bon. M. Duplay résolut d'ouvrir l'abcès osseux par le trépan; une incision cruciale à la peau ayant été faite, il excisa le périoste qui présenta une épaisseur considérable et une adhérence des plus intimes avec l'os. Une première couronne de trépan de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, appliquée à 6 centimètres de la malléole ne donne issue à aucun liquide; appliquée 2 centimètres plus bas, il s'écoula environ une cuillerée de pus phlegmoneux, bien lié.

La cavité qui le contenait, était irrégulière, revêtue partout d'une membrane rosée reconnue sensible plus tard. Un mois après le malade était guéri. C'est une variété de ces abcès décrits par Brodie et par M. Cruveilhier fils; mais ce cas s'en écartait beaucoup par le peu d'intensité des accidents généraux. M. Duplay appelle l'attention sur la trépanation osseuse qu'on ne pratique pas assez aujourd'hui, et qui pourrait, bien appliquée, conserver quelquefois un membre au malade.

M. Dubrueil demande à M. Duplay s'il n'a pas vu la membrane de la cavité osseuse soulevée par les battements artériels, ainsi que lui-même l'a observé dans un cas analogue. — Il n'en était pas ainsi dans le cas de M. Duplay. I. B.

REVUE CHIRURGICALE

IV. Sur le traitement d'une difformité congénitale de la lèvre supérieure, par MM. Dolbeau et Félizet. (*Bulletin de thérapeutique*, du 30 novembre 1874).

V. Du frottement sous-scapulaire, ses causes et sa signification, par le Dr Terrillon. (*Archives de médecine*, 1874).

VI. De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac, par le Dr Colson. Ad. Delahaye, 1864 (1).

IV. Un jeune enfant présentait, dès sa naissance, une lèvre supérieure démesurément agrandie dans toute son étendue. Elle formait un épais bourrelet qui masquait complétement la lèvre inférieure et dépassait son bord libre d'environ deux centimètres. L'épaisseur de cette lèvre hypertrophiée était d'au moins deux centimètres et demi. La peau était normale, et le tissu subjacent donnait au toucher la sensation d'une masse fibreuse uniforme. On aurait dit la lèvre énormément

(1) Voir le n° 2 du *Progrès Médical.*

hypertrophiée d'un scrofuleux. Cependant, rien dans les antécédents de la famille n'autorisait cette supposition. La mère était bien portante, l'enfant solide et bien nourri. Il fût présenté à la Société de Chirurgie par M. Blot, et les membres éminents de cette Société exprimèrent des opinions diverses sur la nature de cette affection. On fit même des recherches bibliographiques sur ce sujet, et rien de parfaitement semblable ne fut trouvé dans les auteurs. Quelque temps après, M. Dolbeau eut l'occasion de voir le petit malade et de l'opérer. Il tailla dans la lèvre hypertrophiée un prisme à pans obliques qui comprenait la partie tuméfiée, l'enleva, et rapprocha par des points de suture les deux bords de la plaie. La partie enlevée, dure et fibreuse, criait sous le scalpel. M. Grancher, directeur du laboratoire d'histologie des hôpitaux, fit l'examen microscopique de cette difformité singulière. Il reconnut qu'il s'agissait d'une transformation fibreuse du tissu conjonctif du derme et des muscles, et dans ce tissu on observait des origines lymphatiques, dilatées et formant de vastes lacunes, remplies de globules blancs et de lymphe coagulée. L'enfant mourut peu après d'une méningite tuberculeuse, et l'examen anatomique put être encore plus complet : il vint confirmer les premières recherches.

Dans la publication du *Bulletin thérapeutique* existent de très-belles figures, dessinées d'après les préparations de M. Grancher : elles montrent admirablement ces systèmes de lacunes, origine des vaisseaux lymphatiques, admis par presque tous les auteurs. Nous avons nous-même signalé, après d'autres auteurs, la présence de ces vastes lacunes dans un cas de fibrome éléphantiasique, présenté en commun à la Société anatomique avec notre collègue A. Lagrange.

V. Le craquement sous-scapulaire se produit dans les mouvements de l'épaule, et est dû au frottement de l'omoplate sur les côtes chez les personnes amaigries et chez les malades atteints d'ankylose de l'épaule. Le contact de deux surfaces osseuses, se déplaçant l'une sur l'autre, peut amener le développement d'une bourse séreuse concomitante. Cette bourse séreuse présente une pathologie spéciale, très-utile à connaître pour le praticien. M. le Dr Terrillon, dans son mémoire des Archives, signale les inflammations, les abcès, les hygromas, les kystes à grains riziformes, etc., de cette bourse séreuse.

VI. L'opération de la hernie étranglée, sans ouverture du sac, a été pratiquée, pour la première fois, par J.-L. Petit, en 1720. Depuis cette époque, cette opération a été souvent critiquée par les uns, défendue par les autres, et est cependant restée dans la pratique de certains chirurgiens ; beaucoup même, avant d'ouvrir le sac et de débrider son collet, sectionnent les anneaux fibreux et essayent de réduire le sac avec les anses intestinales qu'il renferme. Du reste, M. Colson n'est pas exclusif dans ses opinions : il cherche seulement à démontrer qu'un certain nombre de hernies étranglées par le collet du sac, qui ont résisté au taxis médiat à travers les téguments, peuvent être réduites, quand on a diminué la résistance par l'incision de l'anneau fibreux, ainsi que le reconnait, du reste, M. Gosselin, dans ses leçons sur les hernies.

L'auteur recherche successivement les différents états du col considérés au point de vue de sa dilatabilité, les avantages que peut présenter dans quelques cas la méthode de J.-L. Petit, pour la direction à donner aux efforts du taxis ; il démontre que le taxis immédiat à travers le sac n'exclut pas les efforts de réduction pratiqués extérieurement, et que leurs indications sont les mêmes. Par des faits empruntés principalement à la pratique de son père et de M. A. Guérin, il établit que les suites de l'opération, sans ouverture du sac, sont presque toujours très-simples, soit qu'on obtienne la réunion par première intention, soit que cette réunion échoue. Enfin, il trace avec soin les règles à suivre dans ce mode d'opération des hernies étranglées. Cette thèse écrite dans un style sobre et très-clair, est réellement digne d'éloges et mérite une lecture attentive.

H. Duret.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

Nouvelle pince a réduire les luxations des phalanges, par le Dr Farabeuf.

Pour réduire les plus fréquentes de ces luxations, celles du pouce, un grand nombre de procédés et d'instruments ont été proposés. Mais tous les moyens employés jusqu'à ce jour, se sont montrés peu efficaces dans les cas difficiles. — Les pinces à courroie prennent mal leur point d'appui, ne peuvent que tirer et glissent généralement si l'on tire un peu fort. Elles sont absolument défectueuses au point de vue des mouvements de flexion, d'extension, de torsion, etc., qu'il faut imprimer à la partie luxée pendant la traction. Elles embarrassent en outre le champ de la luxation et empêchent l'aide de bien fixer le membre et de fixer la coaptation.

La nouvelle pince à phalanges que M. Farabeuf à fait construire par M. Collin n'est point passible des mêmes reproches. C'est un instrument très-simple qui saisit le doigt comme une pince porte-abat-jour saisit la bougie sur laquelle elle est fixée. La concavité des mors, leurs dimensions, ont été calculées de manière à embrasser parfaitement le corps des phalanges. On garnit les mâchoires de l'instrument en les emprisonnant dans un fort tube en caoutchouc. (*Fig. 7.*)



Fig. 7.

Appliquée sur le corps de la première phalange du pouce, par exemple, cette pince ne peut lâcher prise, même lorsqu'elle est maniée par une main peu vigoureuse, les mouvements d'extension, de flexion, de torsion, les secousses, les tractions brusques, sont exécutés avec une grande puissance. Sur le cadavre, les ligaments, même les plus forts sont rompus avec facilité et cependant la peau ne présente pas trace de contusion. Pourquoi ferait-on désormais des sections sous-cutanées, aveugles et aventureuses dans les luxations difficiles ? La force de l'instrument, tel qu'il est, a paru bien suffisante et c'est à dessein qu'il a été construit simple et léger sans aucune des complications susceptibles de développer sa puissance outre mesure ou de modifier son mode d'action.

Grâce à MM. Trélat, Labbé et Guyon, M. Farabeuf a observé depuis peu trois luxations du pouce. Le malade de M. Trélat avait une luxation du pouce *en arrière* contre laquelle la pince à courroie fut impuissante mais qui néanmoins put être réduite par la coaptation simple. Le malade de M. Labbé était un homme âgé, atteint de luxation du pouce gauche *en avant* depuis 24 jours. La nouvelle pince put briser les adhérences très-solides dans tous les sens et remettre le pouce en place sans chloroforme, assez rapidement et sans excorier la peau le moins du monde. Le malade quitta l'hôpital guéri après avoir porté un appareil contentif une quinzaine de jours. Enfin le malade de M. Guyon était un jeune homme ayant depuis 48 heures une luxation complète, comme les deux précédentes, du pouce droit en arrière. La chloroformisation fut complète, et après l'échec de manipulations méthodiques et énergiques, la réduction fut obtenue avec la nouvelle pince, M. Guyon tirant, inclinant et tordant le pouce à son gré pendant qu'un aide fixant le métacarpien employait ses pouces à la coaptation. — Il fallut une force assez grande et un certain temps pour remettre la phalange en place, et la pince ne menaça pas un instant de glisser. Aucune reprise ne fut nécessaire. — Ces trois luxations se sont réduites graduellement sans produire le moindre choc, le moindre bruit, la moindre secousse.

8. Poudre contre le Coryza.

Sous-nitrate de bismuth	8 gr.
Benjoin en poudre	4 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10.

Mêlez pour deux paquets. Prisez chaque jour un ou deux paquets. (*Société de pharm. de Bordeaux.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — Service du Dr Trélat. Salle Saint-Jean (H.) : 2, fracture du col du fémur; 4, fistule lacrymale; 5, hypospadias; 8, fistule anale; 11, hématocèle vaginale; 14, phlegmon iliaque; 18, résection du calcanéum. — Salle Sainte-Rose (F.) : 1, cancer du sein; 1 bis, épithélioma de la cuisse; 5, iritis syphilitique; 7, périarthrite de l'épaule; 9, pelvi-péritonite; 11, abcès du sein; 12, coxalgie rhumatismale.

Service du Dr Gosselin. Salle Sainte-Vierge ; 2, arthrite fongueuse du torse; 13, balano-posthite; 18, fracture de la colonne vertébrale; 26, testicule syphilitique; 42, anthrax de la fesse.

Service du Dr BOURDON. Salle Saint-Louis : 10, rhumatisme blennorhagique avec affection cardiaque; 17, lésion mitrale; 19, syphilis tertiaire. — Salle Saint-Basile : 1, auévrysme du tronc brachio-céphalique; 11, ataxie locomotrice; 14, insuffisance mitrale.

Hôpital Beaujon. — Service du Dr D'HEILLY. Salle Sainte-Monique : 6, ataxie locomotrice; 7, phlegmatia alba dolens cancéreuse; 10, chorée; 18, phlegmatia alba doleus puerpérale. — Salle Beaujon : 6, paralysie saturnine des extrémités; 7, mal de Bright; 10, pleurésie.

Service du Dr MOUTARD MARTIN. Salle Saint-François : 3, pleurésie aiguë; 8, cancer du pubis; 11, rhumatisme articulaire aigu; 21, méningite aiguë. — Salle Sainte-Claire : 2, métro-péritonite; 7, laryngite tuberculeuse; 17, rhumatisme articulaire aigu; 22, albuminurie.

Service du Dr GUBLER, Salle Saint-Louis : 6, pyélo-néphrite; 8, hémiplégie faciale; 12, intoxication saturnine; 26, myélite syphilitique. — Salle Sainte-Marthe : 1, hématémèse; 8, vomissements hystériques; 17, empoisonnement par la belladone.

Service du Dr LEFORT, Salle Saint-Gabriel ; 8, exstrophie de la vessie; 17, épithélioma de la parotide; 18, coxalgie. — Salle Saiute-Agathe : 1, fracture et luxation du col du fémur; 10, périostite du radius, 17, carie du bassin.

Service du Dr DOLBEAU. Salle Saint-Félix : 18, ectopie des testicules; 22, infiltration urineuse; 25, rupture du tympan, éryrisipèle; 32, fracture du col du fémur. — Salle Saint-Denis ; 34, lipomes symétriques; 45, chancre phagédénique; 55 et 56, calculs veineux.

Service du Dr DUGUET : 11, insuffisance mitrale; 25, albuminurie; 30, cirrhose; 32. insuffisance aortique. — Salle Saint-Paul : phlegmon du ligament large; 12, métrite; 15, aphonie hystérique.

Hôpital temporaire (rue de Sèvres, 42). — Service du Dr AUDHOUI. Salle Sainte-Geneviève (H.) : 2, hémiauesthésie; 6, cirrhose hypertrophique. — Salle Sainte-Marthe : 15, dyspepsie alcoolique; 16, cancer de l'estomac; 21, pleurésie rhumatismale.

Service du Dr DAMASCHINO. Salle Sainte-Anne : 1, mal de Pott cervical ; 4, affection mitrale, infarctus, pneumonie périphérique; 7, lésion mitrale, double lésion aortique; 65, ataxie locomotrice, troubles trophiques des extrémités inférieures; 18, néphrite parenchymateuse; 24, hémorrhagie cérébrale; 27, pneumonie aiguë; 29, affection mitrale double. — Salle Saiut-François : 3, 4, tumeur cérébrale; 5, perforation syphilitique du voile du palais; 9, phlegmou du ligament large, rétrécissement pulmonaire, tuberculose pulmouaire; 12, affection mitrale, iusuffisance tricuspide, battements hépatiques; 16, syphilis, scrofule; 17, rhumatisme subaigu, endocardite aiguë; 19, érysipèle de la face après suppression brusque des règles; 21, cancer du colou ascendant; 24, insuffisauce aortique.

Service du Dr TERRIER. Salle Saint-André (H.) : 5, exstrophie de la vessie; 9, fissure de l'anus; 11, résection de l'extrémité supérieure de l'humérus; 17, tumeur gauglionnaire du cou; 37, irido-choroïdite; 38, iritis syphilitique; 44, gangrène spoutanée du pied gauche, affection mitrale.

Hôpital de la Pitié. — Service du Dr DESNOS. Salle Saiute-Marthe (H.) ; 23, insuffisance aortique, lésious mitrales; 28, rétrécissement aortique, insuffisance mitrale; 35, asystolie, grippe; 36, cirrhose; 51, pneumonie caséeuse (déplacement du cœur, bruits cardiaques à droite); 53, variole, myocardite. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, diabète; 8, sclérose en plaques; 34, plegmon retro-utérin.

HOPITAL COCHIN. — M. le Dr A. Desprès, a repris ses leçons cliniques le mercredi 27 janvier, et les continuera les mercredis et samedis suivants.

Enseignement médical libre.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — M. le Dr DURAND-FARDEL commencera ce cours le jeudi 11 février, dans l'amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique, à 5 heures du soir, et le coutinuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Peudant la semaine finissant le 29 janvier 1875, on a coustaté 925 décès, savoir : variole, 1; — rougeole, 8; — scarlatiue, »; — fièvre typhoide, 7; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 40; — pueumonie, 73; — dyssenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes eufants, 2; — *choléra nostras*, »: — angine couenneuse, 12; — croup, 9; — affections puerpérales, 5; — antres affections aiguës, 265; — affections chroniques, 432, dont 159 dues à la phthisie pulmouaire; — affections chirurgicales, 44; — causes accideutelles, 21.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 17 au 23 janvier 1,560, savoir : variole, 6; — rougeole, 4; — scarlatine, 58; — fièvre typhoïde, 22; — érysipèle, 12; — bronchite, 302 ; — pneumonie, 113 ; — dyssenterie, »; — diarrhée, 13; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 10; — croup, 17; — coqueluche, 55.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Prix Chaussier*. Feu M Franck Bernard Simon Chaussier a légué à l'Académie des Sciences, par testament en date du 19 mai 1863, « une inscription de rente de *deux mille cinq cents francs* par an, que l'on accumulera pendant *quatre ans* pour donner un prix sur le meilleur livre ou mémoire qui aura paru pendant ce temps et fait avancer la médecine, soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique.

Un décret en date du 7 juillet 1869 a autorisé l'Académie à accepter ce legs. Elle propose de décerner ce prix, de la valeur de [illegible] *mille* francs, dans sa séance publique de l'année 1875, au meilleur ouvrage paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement. Les ouvrages ou mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — *Prix Duval.* M. le Dr Raoul Hervé, pour sa thèse intitulée : Application de la ouate à la conservation des membres blessés. — Mentions. — M. Cauchois (sur la pathogénie des hémorrhagies traumatiques secoudaires). M. Thorens (Documents pour servir à l'histoire du piedbot varus congénital).

Prix Laborie. — M. le Dr Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail intitulé : Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations. Un encouragement de 500 francs est accordé à M. Ancelet, ainsi qu'à M. Paturot.

PRIX DE 1875 : 1° Le *prix Duval*, à la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année. 2° *Prix Laborie*, au meilleur travail sur le sujet suivant : Etablir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne. 3° Le *prix Gerdy* La question à traiter est la suivante : Exposé dogmatique et historique de l'action de l'air sur les plaies. (*Gaz. des hôp.*)

VOL A L'HOPITAL D'*Amélie-les-Bains*. — On assure au *Roussillon* qu'un vol considérable aurait été commis dans la nuit d'avant-hier à l'hôpital d'Amélie-les-Bains. Toute l'argenterie employée au service de la table des officiers, d'une valeur de 8 à 10 mille francs aurait été dérobée. (*Le Temps*, du 2 fév.).

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par divers décrets en date des 6 et 24 décembre 1874 et 4 janvier 1875, sont nommés :

1° Médecins-majors de 1re classe : MM. Avice, Goguel, Buffé, Thomas et Chambé;

2° Médecins-majors de 2e classe : MM. Millet, Defos, Du Ran, Desmouceaux, Bacbelet et Bressy.

3° Médecins aide-majors de 1re classe : MM. Coustau, Bussard, Fournié, Belleau, Noquet, Mathelin, Bédel, Rullier, Mendeville, Cabanié, Franck, Camus, Beneck, Malinas, Romain, Blanc, Henne, Weil, Chupin, Maria. — Laval, Morin, Auban, Cohsernne, Petit, Klein, Chatain, Carayon, Robuchon, Dufour, Audet, Neciani, Boiland, Gerbault, Moser, Pouchet, Salivas, Lesbras, Gremion-Mennau, Benoit. — Sanrey, Brochard, de Ferré, Alban, Ebstein, Pilliard, Apostoli, Ga dit Gentil, Duc, Langlois, Salvetat, Hoingue, Ferrandi, Passabose, Reverchon, Isambert, Maire, Siffert, Agut, Daymard, Oppermann, Jourdan, Grouille.

4° Pharmacien-major de 1re classe : M. Commaille. — 5° Pharmacien-major de 2e classe : M. Burcker. — 6° Pharmaciens aides-major de 1re classe : MM. Worms, Karcher, Brouant, Trapet, Prestat, Forestier, Jehl, Beunat, Troupeau, Marteaud, Déchaud, Marby. — MM. Thiébaut et Durand, médecius-majors de première classe, viennent de prendre leur retraite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — M. le Dr Dureau vient d'être désigné, par le conseil de l'Académie, pour la place de bibliothécaire-adjoint, en remplacement de notre confrère Lempereur. (*Union médic.*)

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Avant de commencer les épreuves définitives du concours de l'agrégation, le jury a dû procéder à l'élimination de deux des candidats (MM. Demange et Quinquaud) le réglement n'admettant que deux compétiteurs par place.

Les leçons d'une heure après vingt-quatre heures de préparation ont eu lieu dans l'ordre suivant :

M. Straus, de l'atrophie musculaire ; — M. Rendu, de la diphthérie ; — M. Ducastel, de la mort subite dans les maladies aiguës ; — M. Debove, des accidents nerveux de l'alcoolisme ; — M. Rathery, du pouls ; — M. Desplats, du frisson ; — M. Renaut, de l'insomnie ; — M. Audhoui, de l'hémiplégie ; — M. Legroux, de la dypsnée ; — M. Landrieux, des hémorrhagies dans les maladies aiguës.

EPILOGUE DE L'AFFAIRE DUC. — On se rappelle les débats à la suite desquels M. le Dr Duc, traduit devant le jury de la Seine, fut acquitté de l'accusation de tentative de meurtre sur sa femme. Dans un accès de jalousie trop bien justifié, il avait tiré sur sa femme un coup de révolver qui l'avait à peine atteinte. Une demande en séparation de corps avait été formée par M. Duc. M. le président du tribunal avait confié au mari la garde de ses deux jeunes filles.

Le tribunal vient de prononcer *de plano* la séparation contre Mme Duc pour injures graves envers son mari ; il a maintenu à ce dernier la garde de ses enfauts et a alloué à Mme Duc une pension alimentaire que lui servira son mari (*Le Temps*). Est-ce que, dans semblables circonstances, le divorce ne serait pas parfaitement justifié ?

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Hospice des Enfants Assistés. — **M. PARROT.**

De l'athrepsie (1).

VIe LEÇON. — *Troubles encéphalopathiques.*

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Il est un certain nombre de troubles nerveux que l'on voit survenir chez quelques malades, dans la période terminale de l'athrepsie.

Ils consistent surtout en du coma et des convulsions. S'ils sont plus rares que ceux précédemment décrits, leur gravité est plus grande et leur apparition annonce toujours une mort prochaine; ils coïncident avec l'extinction du cri, l'altération profonde du facies et la lividité de la peau, la diminution des garde-robes et la disparition des urines.

Je propose pour désigner leur ensemble symptomatique, la qualification d'*encéphalopathie athrepsique.*

Commençons par le coma qui sans contredit est de ces manifestations névropathiques la plus fréquente.

Jusqu'ici, il n'a pas attiré l'attention des cliniciens, et M. Bouchaud est le seul auteur qui, sans le nommer, signale les phénomènes qui le caractérisent. Il ne lui accorde d'ailleurs qu'une simple mention, à propos de la quatrième et dernière période de l'inanition, qu'il qualifie de *léthargique* (2).

Il n'est pas surprenant que le coma n'ait pas été remarqué ; car, loin de s'offrir à l'observateur et de s'imposer à lui, il semble le fuir; on ne le trouve qu'en le cherchant.

Un des premiers indices de son apparition est l'état silencieux du petit malade. Après l'agitation et les cris auxquels il succède, on pourrait croire à un amendement du mal, à une période de calme provoquée par la fatigue et l'agitation précédentes. Si l'on se laissait aller à une pareille illusion, on en serait bientôt tiré par l'observation attentive de ce qui se passe.

Ici, en effet, les propriétés sensorielles ne sont pas seulement voilées, comme pendant le sommeil, elles sont troublées ou anéanties. Ce n'est plus du repos que cet état où sont les organes. Désormais, leur activité ne peut être mise en jeu que par des excitations violentes ; il faut piquer la peau ou la pincer fortement pour que les enfants grimacent ou poussent un cri; encore ne parvient-on pas toujours à les émouvoir de la sorte, et il peut se faire que leur figure, en dépit des piqûres les plus profondes, reste complétement immobile. Quelquefois, lorsque la sensibilité n'est pas tout-à-fait abolie, la douleur est ressentie, mais faiblement, car les mouvements qui annoncent sa perception sont tardifs et très-peu accentués. Toutes ces manœuvres laissent en général les enfants dans la torpeur où ils sont plongés, et si par hasard on les en tire, ce n'est que pendant quelques secondes.

Rarement entr'ouvertes, les paupières sont presque toujours closes. En les soulevant, on trouve les pupilles très-contractées ; cette atrésie qui est permanente, constitue l'un des meilleurs signes du coma.

(1) Voir les nos 43 à 49, 51 et 52 du *Progrès médical* de 1874 et nos 1, 2, 3 de 1875.

(2) « Au début peu de troubles nerveux, dit M. Bouchaud, (Loc. cit. p. 107), mais une excitation telle qu'elle devient un véritable délire. est le résultat d'une inanition avancée; l'enfant s'agite, crie constamment et il devient impossible de l'apaiser. — Bientôt succède un abattement complet, toutes les fonctions se ralentissent, les mouvements sont presque nuls, la sensibilité est anéantie et aucune excitation ne peut tirer de cette léthargie mortelle. »

L'intensité de cet accident est très-variable ; parfois il est si accentué que l'on ne saurait le méconnaître ; mais il est des cas où il est si léger que sans la plus grande attention, on ne peut affirmer son existence. Alors il est aisé de le confondre avec le sommeil. Vous éviterez presque sûrement cette méprise en vous rappelant les particularités que je viens de vous signaler.

Il est assez malaisé de saisir le moment précis où débute le coma, attendu que, le plus souvent, c'est d'une façon insensible et insidieuse qu'il envahit l'organisme. Mais quand il en a pris possession, c'est d'une manière définitive ; il ne le quitte plus. On y constate rarement des rémissions passagères, sa marche étant continue et progressive. Il devient de plus en plus profond, et son aggravation indique celle de tous les autres troubles. Dans les derniers instants, quand toutes les grandes fonctions s'éteignent, l'état où il met le malade est bien voisin de la mort qui survient qeulquefois sans que l'on puisse en préciser le moment. Il n'est peut-être aucune circonstance où la mort apparente soit, autant qu'à cette période de l'athrepsie, l'image de la mort réelle. De là, des méprises fréquentes. Presque chaque année, dans notre infirmerie où pourtant ces sortes de cas sont bien connus, il arrive que l'on considère comme morts, du moins pendant quelques instants, des enfants que de rares et obscurs mouvements doivent encore faire maintenir parmi les vivants. Aussi l'agonie est-elle parfois très-longue chez les nouveau-nés qui succombent à l'athrepsie.

Le coma est la manifestation encéphalopathique la plus fréquente. Dans un certain nombre de cas, elle exste seule ; mais souvent il s'y joint d'autres accidents névropathiques. Tantôt c'est simplement la contraction anormale d'un ou de plusieurs muscles; d'autres fois, avec ce trouble de la myotilité, coexistent un certain nombre de phénomènes nerveux également ; et cet ensemble constitue une véritable attaque épileptiforme (1). Nous allons examiner successivement ces deux variétés de convulsions, leurs combinaisons diverses, et les relations qu'elles affectent avec le coma.

Quand l'affection est bornée aux muscles, elle est toujours partielle, et jusqu'ici je ne l'ai observée que dans ceux qui meuvent les globes oculaires. Il en résulte un strabisme très-net et toujours divergent. Après le coma, c'est le symptôme nerveux le plus fréquent, et jamais il n'existe sans lui. Il est plus ou moins apparent, suivant que les paupières sont largement ouvertes, demi-closes ou complétement fermées. Il est continu ou présente de légères rémissions, pendant lesquelles les yeux reviennent à leur position normale ; d'autres fois, ce sont des mouvements désordonnés, qui viennent rompre la contracture habituelle. Celle-ci cesse d'ordinaire quelques instants avant la mort.

Quant aux attaques épileptiformes que l'on désigne généralement sous le nom de *convulsions*, elles se présentent sous des aspects très-divers, suivant leur intensité. Presque toujours elles diffèrent notablement de celles que l'on observe aux autres âges, et si pour vous les représenter vous songiez à ces dernières, je n'hésite pas à vous dire que dans la pratique elles vous échapperaient le plus souvent. Ainsi, quelle que soit leur violence, on ne constate jamais la succession des stades qui constituent

(1) Les mouvements convulsifs sont rares, dit M. Bouchaud (Loc. cit. p. 107), chez les enfants qui succombent à l'inanition ; deux fois seulement j'ai constaté quelques contractions spasmodiques à la face, vers les derniers moments de la vie.

l'attaque classique ; celui de stertor manque constamment. L'écume labiale est tout-à-fait exceptionnelle.

Mais en dépit de ces différences, il est deux caractères qui rattachent nécessairement ces convulsions à celles qui frappent les individus plus âgés : le premier est l'insensibilité absolue de l'enfant, qui l'isole complétement du monde extérieur ; le second est la dilatation pupillaire. Ici, comme dans toutes les attaques de nature épileptique, elle est constante. Toutes les fois que je l'ai cherchée, quel que fût l'état des paupières je l'ai trouvée ; et j'ai constaté qu'elle marquait le début de l'accès. — Si vous remarquez que les convulsions se montrent constamment chez des enfants préalablement plongés dans le coma, vous comprendrez aisément que pour les reconnaître, on ne puisse tirer un grand parti de l'état de la sensibilité, et que la dilatation pupillaire reste par conséquent leur caractère pathognomonique. J'ajoute, et cela est bien digne de votre attention, que parfois, elle constitue à elle seule, toute l'attaque.

Ce paroxysme qui est réduit à son phénomène essentiel, c'est la convulsion la plus simple que l'on puisse imaginer ; elle mérite véritablement la qualification de *convulsion interne*.

Vous concevez sans peine combien il est facile de la méconnaître, lorsqu'on ne la recherche pas avec la plus grande attention, surtout lorsque les paupières seront closes.

Ceci dit sur le fait fondamental de la convulsion athepsique, je n'ai que peu de chose à ajouter, pour vous faire connaître ses variétés. Elles sont, on peut le dire, innombrables, mais ne diffèrent les unes des autres que par des nuances, qui dépendent de la quantité des muscles affectés, de l'intensité, de la qualité de leurs contractions, et aussi des teintes diverses qui peuvent envahir certaines régions du tégument. Par exemple, il est des enfants chez lesquels à la dilatation de la pupille s'ajoute uniquement, pour constituer le paroxysme, un état cyanosé ou même rouge vineux de la face, des extrémités ou de toute la surface cutanée. Chez d'autres sujets, à ces deux phénomènes, ou simplement au premier, se joignent une sorte de trémoussement des yeux ou bien de petits mouvements fibrillaires dans des muscles faciaux. A un degré plus avancé, l'agitation de la face s'accentue ; la bouche s'ouvre légèrement, les commissures labiales sont déviées et les traits se déforment. De la face, le désordre musculaire peut s'étendre aux membres, où l'on observe tantôt un simple tressaillement, tantôt une série de petites secousses. Dans quelques cas très-rares, celles-ci se généralisent et prennent une amplitude qui donne au mal la physionomie typique de l'attaque épileptique.

Quelle que soit l'intensité des mouvements convulsifs, ils peuvent être généralisés ou limités à une partie du corps, à la face, à un côté, à un membre ou à l'un de ses segments.

Ces particularités suffiraient déjà à donner aux convulsions de l'athrepsie un aspect spécial ; mais il en est une autre beaucoup plus importante et qui achève de les caractériser : c'est leur qualité tonique. On peut dire que cette tonicité est générale, mais elle atteint particulièrement certains muscles, tels que ceux de la mâchoire et des extrémités. Nous allons voir bientôt comment elle modifie l'attitude des malades, et de quelle utilité sa connaissance peut être pour le diagnostic. Mais avant d'aborder ce point de vue, je dois vous dire quelques mots des relations que les convulsions affectent entr'elles ou avec les autres troubles encéphalopathiques.

Les attaques sont parfois très-rares, et l'on en compte seulement deux ou trois. Au contraire, il arrive que leur nombre est considérable et qu'elles se succèdent pour ainsi dire, sans interruption, et cela, quelle que soit d'ailleurs leur intensité. Pour ce qui est de celle-ci, il est assez difficile de préciser les modifications qu'elle subit, dans le cours de la maladie ; cependant, je puis vous dire qu'elle décroît à mesure que l'on s'approche du terme fatal. J'ai vu des enfants qui, après avoir eu de véritables paroxysmes épileptiformes, finissaient par ne présenter d'autre manifestation de l'accès que la dilatation pupillaire avec ou sans congestion faciale. Cette décroissance peut se faire d'une manière brusque ou graduelle. — Je n'ai jamais observé de convulsions en dehors de la période comateuse, dont elles viennent, pour ainsi dire, rompre le silence, avec une fréquence très-variable. Si donc, l'on voulait classer les manifestations encéphalopathiques de l'athrepsie, suivant leur fréquence, qui est en raison inverse de leur précocité et partant de leur caractère grave, on devrait donner la première place au coma, la seconde au strabisme, que j'appelle volontiers l'encéphalopathie musculaire, et la troisième aux convulsions proprement dites. — Tous ces troubles de la contractilité des muscles, qu'il s'agisse de ceux des membres et du globe occulaire, ou de l'iris, s'éteignent dans les derniers instants ; seul, le coma persiste et mène à la mort, dont il présente parfois une image si trompeuse.

Les considérations que je viens de vous présenter sur les accidents névropathiques de l'athrepsie, resteraient incomplètes, si, à propos de la tonicité des convulsions, je ne vous entretenais du *tétanos* des nouveau-nés.

Cette affection appelée aussi *trismus* et *mal de mâchoire*, et que l'on considère à tort comme étant particulière aux climats intertropicaux n'a pas été représentée avec la même physionomie par tous les auteurs ; cependant un certain nombre de traits communs caractérise le mal. Ce sont eux qui vont surtout fixer notre attention et qui nous permettront de reconnaître qu'il ne s'agit là, en réalité, que d'une forme de l'encéphalopathie athrepsique.

Une première vérité, facile à démontrer, c'est que le tétanos des nouveau-nés et celui de l'adulte n'ont de commun que le nom. En effet, la dernière affection est caractérisée par des convulsions toniques qui affectent partiellement ou dans sa totalité le système musculaire ; durant lesquelles l'intelligence et les perceptions sensorielles restent intactes, le seul trouble de la sensibilité que l'on observe étant de l'hyperesthésie.

Tout est bien différent dans le trismus infantile, comme on en peut juger par la description suivante, que j'emprunte à M. J. Matuszynski (1).

Le mal débute ordinairement, dit cet observateur, dans le courant de la première semaine. L'enfant est inquiet, il se réveille en sursaut, pousse des cris particuliers qui reviennent périodiquement, saisit le mamelon avec rapidité, puis le laisse échapper. La succion est difficile et même impossible. Il y a toujours un dérangement des voies digestives, des éructations, des vomissements et une diarrhée verdâtre. Bientôt la face porte l'empreinte d'une souffrance profonde ; elle est grippée. Le trismus, d'abord intermittent, devient continu. Le plus souvent, on constate de l'opisthotonos, qui se développe progressivement. Tantôt l'enfant est tranquille, somnolent, sa figure est pâle ; tantôt il éprouve des convulsions violentes, des secousses répétées et pousse des cris. Sa respiration suffoque, sa face est rouge, ses lèvres sont couvertes de mousse. Les bras et les cuisses sont rapprochés du tronc, les doigts et les orteils contractés. Il survient des crampes tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Les causes les plus insignifiantes provoquent parfois des convulsions ; enfin, après douze ou vingt-quatre heures, le malade tombe dans un état de collapsus général, l'amaigrissement est profond, la face est pâle avec une teinte bleuâtre, le pouls s'évanouit, la respiration devient entre-coupée et stertoreuse. La déglutition et la défécation sont impossibles.

Le professeur Cederschzœld, fait de cette affection, qu'il observa en 1835, à la maison d'accouchements de Stockholm, un tableau (2), qui se rapproche beaucoup du précédent. Le mal, dit-il, se manifeste sous les trois formes suivantes : trismus, éclampsie, tétanos. Les deux premières se mon-

(1) Mémoire sur le tétanos des nouveau-nés (Gaz. méd., 1837, p. 338.)

(2) D'après une traduction de M. Busch, dans le Zeitschrift für Geburtskunde de Siebold, Ritgen et d'Outrepont, 1841, t, X, n° 3, et Archiv. génér. de médec., 3e série, t. XIII, 1842, p. 367.

trèrent alternativement dans tous les cas, ce qui mériterait bien le nom de *trismus-éclampsie*. Le tétanos leur succéda beaucoup plus rarement. Dans le trismus la convulsion était permanente ; dans l'éclampsie et le tétanos elle revêtait le caractère intermittent.

Ce qui frappe le plus dans ces descriptions, c'est l'existence d'accès éclamptiques, et la place importante qu'ils y tiennent. D'autres observations, d'ailleurs, ne laissent aucun doute sur la nature épileptique des attaques. C'est ainsi que MM. Thore (1) et A. Ollivier (2) insistent sur la présence d'écume à la bouche, sur l'immobilité des pupilles et leur insensibilité à l'action de la lumière, sur l'état obtus de la sensibilité cutanée ou même sur sa disparition complète. — Ce n'est donc pas à un véritable tétanos que l'on a affaire, mais bien, comme le dit Dugès, à une *éclampsie tétaniforme* (3).

Après cela, il me semble inutile d'insister pour vous faire saisir la ressemblance, je dirai même l'identité qui existe entre le trismus des nouveau-nés et les convulsions athrepsiques. Nous verrons plus tard que ce résultat, auquel conduit l'étude des symptômes, est pleinement confirmé par l'étiologie.

Si maintenant nous recherchons l'origine de l'erreur où sont tombés ceux qui ont pris pour du tétanos, un mal qui spécifiquement en est si différent, nous la trouvons dans deux phénomènes qui tendent à donner au corps la roideur qu'il a dans la première affection ; à savoir : la tonicité des convulsions et l'endurcissement périphérique. J'ai suffisamment insisté sur leur importance pour être dispensé d'y revenir. Isolés, ces deux états pourraient déjà causer la méprise, mais réunis ils la provoqueront presque fatalement. L'un et l'autre, en effet, ils déterminent la rigidité de la mâchoire et partant un état qu'il est à peu près impossible de distinguer du véritable trismus. Leur activité est d'ailleurs favorisée par une particularité physiologique que vous aurez maintes fois l'occasion de constater ; chez les nouveau-nés à l'état de santé, on éprouve une grande difficulté à écarter les mâchoires, les muscles qui les rapprochent ayant une force relativement considérable et les enfants opposant une très-vive résistance, dès qu'on cherche à leur ouvrir la bouche.

Ainsi, une disposition normale et deux états morbides pouvant coexister : telles sont les causes qui ont fait prendre pour du trismus ce qui n'en était que l'apparence ; et il faut avouer que pour un observateur non prévenu la méprise est aisée. — Il en est de même pour le tronc et des membres. Rappelez-vous ce que j'ai dit de la roideur où les mettent l'endurcissement et les convulsion athrepsiques, et vous aurez la clef de l'erreur que je vous signale.

(*A suivre.*)

(1) Observations sur le tétanos des enfants nouveau-nés (Arch. génér. de méd., 4e série, t. VIII, 1845, p. 200). — (2) Observations de tétanos des nouveau-nés (Union médic., 1861, t. II, p. 569.)

(3) De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos. Mémoires de l'Académie de médecine, t. III, p. 303.

Il ne faudrait pourtant pas, de cette citation de Dugès, conclure qu'il niât l'existence du tétanos des nouveau-nés, comparable à celui des adultes. Il pensait qu'endémique dans les régions intertropicales, il se présentait rarement dans nos climats, et qu'il ne s'y dessinait pas nettement. Toutefois, ajoute-t-il, il est assez commun à Montpellier. Dugès, d'ailleurs, après avoir signalé l'erreur dans laquelle étaient tombés quelques observateurs, n'évite pas lui-même une étrange confusion. Bien souvent, dit-il, le tétanos se montre entremêlé d'accès éclamptiques. Il peut n'exister que comme complication de quelque autre maladie, par exemple, du sclérème ou endurcissement du tissu cellulaire. La forme qu'il offre dans ces cas est celle du trismus, quelquefois de l'opisthotonos. D'autres fois, il peut être entretenu par une arachnitis cérébrale ou spinale, consécutive à l'éclampsie apoplectique, et c'est aux mains et aux pieds, aux doigts, qu'il semble surtout se borner alors. Essentiel, il ne reconnaît d'autre cause bien évidente, que le refroidissement succédant à une température élevée.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Bornier, professeur adjoint, est nommé professeur titulaire de physiologie à ladite Ecole. — M. Faivre, suppléant, est nommé professeur adjoint à ladite école. M. Faivre est chargé, en cette qualité, de l'enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique, en remplacement de M. Grenier, admis à la retraite.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. BENJAMIN ANGER.

Kystes huileux traumatiques.

Messieurs,

Nous décrivons sous le nom de *kystes huileux traumatiques*, la maladie chirurgicale à laquelle Morel Lavallée a donné le nom d'*épanchement séreux traumatique*. Ces épanchements, en effet, sont toujours enkystés, comme le démontrent la clinique et l'anatomie pathologique, et ils renferment un liquide que nous avons toujours trouvé huileux, et non séreux, comme on le dit généralement. La cavité qui les renferme se comporte, sous l'influence des agents thérapeutiques, absolument comme les kystes des cavités séreuses normales ou pathologiques, trochantériennes, prérotuliennes, etc.

Le traumatisme peut, en effet, en faisant glisser la peau sur une aponévrose, ou une aponévrose sur un os, déterminer la formation immédiate d'une bourse séreuse, qui, à peine formée, s'enflamme, et donne lieu à la production d'une collection liquide, du genre de celle que nous allons étudier.

L'observation clinique suivante, nous présente un exemple de cette maladie, occupant un lieu où elle ne paraît pas encore avoir été observée.

Une femme de cinquante ans fut admise le 7 février 1874, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine. Elle présentait des lésions graves, résultant de violences auxquelles elle avait été soumise la nuit précédente.

Voici ce qu'elle raconta : Se trouvant par hasard dans la rue Saint-Antoine à une heure avancée de la nuit, elle fut brusquement assaillie par des hommes avinés, qui la renversèrent, et la traînèrent ensuite sur le pavé.

Quoique grièvement blessée, cette femme trouva néanmoins assez de forces, pour se rendre d'elle-même à l'hôpital Saint-Antoine. Interrogée sur son état, la blessée accusa de violentes douleurs à la tête. L'inspection révéla que le derme se trouvait superficiellement excorié, au niveau de la région auriculo-mastoïdienne gauche, et au milieu du front.

Quelques heures à peine, après son entrée à l'hôpital, on constata un gonflement énorme des parties lésées, et la tête acquit en peu d'instants un volume considérable. Les téguments, soulevés, formaient au-dessus de la voûte crânienne, une tumeur volumineuse, et molle, où la palpation faisait recconnaître de la fluctuation.

Le développement rapide de cette tumeur, la persistance de la coloration normale de la peau, me firent penser à une tumeur emphysémateuse de la voûte du crâne.

Cinq ou six fois, en effet, de semblables tumeurs ont été observées à la voûte crânienne. Les gaz, qui se trouvaient épanchés sous l'aponévrose occipito-frontale, paraissent provenir des voies aériennes, et résulter d'une solution de continuité des sinus frontaux, ou des cellules mastoïdiennes.

Mais on sait qu'une infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire, autrement dit un emphysème, donne lieu à une crépitation spéciale, résultant du soulèvement des lames celluleuses, lorsqu'on déplace le fluide par la pression du doigt. — Souvent aussi, les tumeurs emphysémateuses, offrant un certain volume, présentent à la percussion une sonorité tympanique.

Or, dans l'observation précédente, il y avait absence complète de ces deux symptômes : crépitation, sonorité tympanique ; je rejetai donc sur-le-champ l'hypothèse d'une pneumatocèle, pour arriver au diagnostic qui se trouva vérifié par l'opération.

Morel Lavallée (1) a donné, le premier, la description des épanchements séreux, produits par un glissement de la peau sur les couches sous-jacentes. Si la lésion est assez étendue pour qu'il y ait déchirure du tissu cellulaire sous-

(1) *Archives générales de médecine*. Ve Série, tome I. 1853.

jacent, il se produit une poche accidentelle, dans laquelle les vaisseaux sanguins laissent exhaler de la sérosité.

L'année dernière déjà, j'avais eu l'occasion d'observer un de ces épanchements liquides, situé à la région externe et supérieure de la cuisse gauche, c'est-à-dire dans un point où le derme, d'une épaisseur considérable, glisse sur l'aponévrose fascia lata. A l'aide d'une ponction, je pus me convaincre qu'il renfermait un liquide d'apparence huileuse. — Dans ces sortes d'épanchements liquides, la fluctuation est beaucoup plus manifeste que dans les épanchements sanguins, et la palpation la plus légère suffit pour faire osciller le liquide d'un point de la poche à un autre. Les bords de la tumeur ne présentent pas trace d'ecchymose, et l'on ne sent nulle part cette crépitation sanguine, ce qui tient à ce que la collection liquide est enkystée dans un sac, incomplétement rempli.

Ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Gosselin (1), ce liquide a tous les caractères de l'huile, et tache le papier à la manière des corps gras. D'après cet observateur, le liquide des kystes huileux, examiné au microscope, présente de magnifiques cristaux d'acide margarique.

Le diagnostic de la maladie étant alors établi, d'une manière certaine, la tumeur fut incisée à sa partie postérieure dans un point tel, que le décubitus dorsal favorisait la sortie du liquide. Il en sortit immédiatement deux ou trois grands verres d'un liquide huileux, véritable synovie, mélangée, vers la fin, d'une petite quantité de pus. La tête fut recouverte d'une couche de ouate, et fortement comprimée à l'aide d'une bande. Cette compression avait pour but de favoriser le recollement des tissus qui fut vite obtenu.

En résumé, les contusions du tissu cellulaire peuvent produire deux sortes d'extravasations sanguines : l'infiltration, et l'épanchement. Mais, ainsi que notre observation clinique le démontre, il peut encore se former un troisième mode d'épanchement, non plus sanguin cette fois, mais simplement séreux, ou encore huileux.

Ces épanchements traumatiques, non sanguins, indiqués avant Morel Lavallée par Pelletan, Larrey, Dupuytren, lLaugier, etc., ont été observés à la cuisse, à la jambe, aux eombes, au-devant du ligament de Fallope, etc. Le liquide st généralement d'une limpidité parfaite ou légèrement citrin, comme la sérosité de l'hydrocèle ; il peut même devenir presque noir ; ce qui lui donne une grande ressemblance avec le sang veineux.

Dans nos deux observations cliniques, le liquide était huileux, et filant, comme celui que l'on remarque dans les kystes multiloculaires de l'ovaire, ce qui nous a fait prendre la dénomination d'épanchements huileux traumatiques.

Ce liquide huileux est-il produit par la transformation d'un épanchement sanguin ? Nous ne le croyons pas ; car, pour que le sang se transforme en sérum et en caillot, il faut plus de temps que la tumeur n'en met à se former. En outre, un épanchement sanguin, peu profond, s'accompagne toujours d'ecchymoses, etc. Or, ni dans nos observations, ni dans celles publiées jusqu'à ce jour, on n'a observé le plus petit épanchement sanguin sous-cutané. Ajoutons enfin que dès son début, l'épanchement huileux offre les mêmes caractères, la même fluidité et la même absence de crépitation sanguine, que par la suite.

Le liquide huileux des kystes celluleux traumatiques, présente en outre un caractère intéressant pour le diagnostic, la fluctuation qu'on y sent est très-franche, et la palpation permet très-bien d'en reconnaître le flux et le reflux. La visquosité du liquide, imprime en outre à cette fluctuation un caractère spécial de tremblottement, que la main apprécie très-facilement, mais qu'il serait difficile de décrire.

La nature des kystes huileux traumatiques étant définitivement reconnue, il ne nous paraît pas nécessaire d'en tracer la thérapeutique. — Comme dans tous les kystes, le chirurgien peut avoir recours soit à la ponction simple, soit à la ponction suivie d'injection iodée, soit enfin à l'incision, méthode qui nous a paru plus sûre et que nous avons jusqu'ici appliquée, sans avoir observé d'accident. Les moyens thérapeutiques sont nombreux, et leur application sera presque constamment couronnée de succès, car la maladie très simple dans sa nature, est par suite d'une guérison facile, pour peu que l'on emploie une thérapeutique rationnelle, incisions, injections, cautérisations, etc. (1).

(1) Gosselin. — *Clinique chirurgicale*, tome II, p. 627.

(1) On pourra consulter aussi sur ce sujet le mémoire de M. G. Peltier : *Des épanchements traumatiques de sérosité.* (Note de la rédaction.)

PHYSIOLOGIE

Action du jaborandi et de l'atropine sur la sueur ;

Par M. le professeur **VULPIAN** (2).

Mes observations sur le jaborandi et sur l'atropine m'ont conduit à rechercher quel pouvait être le mode d'action de ces substances sur la sécrétion de la sueur. Il m'a semblé que ce mode d'action pourrait être comparé à celui de ces mêmes substances sur la glande sous-maxillaire.

Les expériences de Keuchel ont démontré que l'atropine paralyse les fibres sécrétoires de la corde du tympan. M. Heidenhain a prouvé, en outre, qu'elles respectent les fibres vaso-dilatatrices de cette glaude, de telle sorte que la faradisation du filet glandulaire, fourni par la corde du tympan au lingual (c'est-à-dire la faradisation du lingual, dans le point où ce filet ne s'est pas encore détaché de lui pour se rendre à la glande,) détermine encore l'accélération du cours du sang dans la glande, mais ne provoque plus l'écoulement d'une seule goutte de salive par la canule qu'on a fixée préalablement dans le canal de Wharton. On peut conclure de là que ce n'est pas aux modifications circulatoires, produites dans la glande par l'électrisation de la corde du tympan, que l'exagération de la sécrétion salivaire, déterminée par cette électrisation, est due, chez un chien non atropinisé.

J'ajoute que M. Heidenhain a montré (et j'ai vérifié tous ces points,) que l'électrisation du cordon cervical du sympathique, chez le chien mis en expérience, c'est-à-dire curarisé, puis atropinisé, provoque encore la légère augmentation d'écoulement salivaire, à laquelle elle donne lieu pendant quelques instants chez un chien simplement curarisé. D'où l'on peut tirer, avec M. Heidenhain, cette autre conclusion que l'atropine n'a pas agi sur les cellules propres de la glaude ; autrement, c'est-à-dire si ces cellules avaient été mises dans l'impuissance fonctionnelle par l'action de l'atropine, l'électrisation du cordou cervical (bout supérieur) du sympathique, n'aurait produit aucun effet. C'est donc bien en agissant sur les extrémités périphériques des fibres sécrétoires de la corde du tympan, que l'atropine paralyse l'influence des excitations de ce rameau nerveux sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire. Ceci posé, soumettons un chien curarisé à l'action du jaborandi (ou de la muscarine.) Si la substance est injectée, en infusion ou solution aqueuse, dans les veines, il y a presque aussitôt salivation abondante. La canule que l'on a placée dans le canal de Wharton laisse échapper la salive en gouttes précipitées. Si l'on injecte dans les veines quelques gouttes d'une solution assez forte de sulfate d'atropiue, alors que l'écoulement salivaire est extrêmement aboudant, on le voit s'arrêter complétement quelques instants après l'injection. C'est un des résultats que M. Carville a communiqués à la Société de Biologie : ce résultat, que j'ai constaté avec lui, ne fait que reproduire, pour le jaborandi, ce qui avait été observé pour la muscarine, par MM. Schmiedeberg et Koppe. Les données que nous possédons sur l'action de l'atropine nous permettent de considérer le jaborandi et la muscarine comme des excitateurs de la sécrétion salivaire, agissant par la médiation des extrémités périphériques des fibres sécrétoires de la corde du tympau, et non par celle des fibres du sympathique. En effet, si l'action de ces substances portait sur les fibres sympathiques, destinées aux glandes sous-maxillaires, l'atropine ne la ferait pas cesser, puisque l'atropine ne paralyse pas ces fibres.

(2) Note communiquée à la *Société de biologie*.

Je pense que l'on pourrait raisonner de même à l'égard de l'action de l'atropine et du jaborandi, sur la sécrétion sudorale. Nous n'avons malheureusement que des notions bien incomplètes sur les relations du système nerveux avec les glandes sudoripares. Les expériences de Dupuy, d'Alfort, ont fait voir que l'excision du ganglion cervical supérieur sur le cheval, est suivie d'une exagération de la sécrétion sudorale sur les parties de la tête et du cou, auxquelles se distribue le sympathique du côté opéré. M. Cl. Bernard a montré que la section du cordon cervical du sympathique produit le même effet sur le cheval que l'excision du ganglion cervical supérieur, et que l'électrisation du bout supérieur de ce cordon fait cesser la sueur. Ces expériences sont les seules qui aient été faites pour étudier les relations directes des nerfs avec les glandes sudoripares. Elles nous apprennent que les fibres et les ganglions du sympathique ont une influence sur la sécrétion de ces glandes et que ces parties du système nerveux agissent, lorsqu'elles sont excitées, en arrêtant la sécrétion sudorale. Elles seraient donc analogues, sous ce rapport, aux fibres sympathiques de la glande sous-maxillaire ; car, ces dernières fibres produisent bien un écoulement de quelques gouttes épaisses de salive lorsqu'elles sont électrisées; mais elles déterminent, presque aussitôt après, un arrêt complet de la sécrétion salivaire. N'est-il pas permis de supposer que les glandes sudoripares sont en relation aussi avec d'autres fibres nerveuses qui joueraient, par rapport à la sécrétion sudorale, le rôle que jouent les fibres sécrétoires de la corde du tympan, par rapport à la sécrétion salivaire sous-maxillaire ?

Je crois que la similitude d'action du jaborandi et de l'atropine sur les deux sortes de glandes que nous comparons, nous autorise à penser qu'elles ont un mode très-analogue d'innervation. Le jaborandi agirait, d'après cette hypothèse, sur les extrémités des fibres sécrétoires qui innervent les glandes sudoripares, exciterait ces fibres et produirait ainsi une exagération de la sécrétion ; l'atropine paralyserait ces fibres et annulerait l'effet du jaborandi. L'innervation vaso-motrice serait hors de cause presque complétement, dans le mode d'action de ces substances sur la sécrétion sudorale.

Je n'ajouterai qu'un mot relativement au mode d'action des fibres de la corde du tympan sur la sécrétion salivaire, et, par conséquent, au mode d'action des fibres que je suppose agir de la même façon sur les glandes sudoripares. On a admis, à la suite des expériences de Keuchel et d'Heidenhain que les fibres glandulaires de la corde du tympan sont des éléments excito-sécréteurs ; qu'elles se mettent plus ou moins directement en rapport avec les cellules propres de la glande sous-maxillaire et qu'elles peuvent, lorsqu'elles sont soumises à une excitation expérimentale ou fonctionnelle, provoquer une exagération du travail physiologique de ces cellules. On pourrait, ce me semble, envisager autrement le rôle de ces fibres.

La sécrétion des glandes sous-maxilaires, d'après cette nouvelle manière de voir, serait soumise à l'influence de ganglions nerveux qui exerceraient sur elle une action modératrice. Les variations de cette action correspondraient aux variations de l'activité du travail fonctionnel de ces glandes. Les fibres glandulaires de la corde du tympan seraient en relation avec ces ganglions modérateurs, et l'excitation de ces fibres aurait pour effet de suspendre le fonctionnement de ces ganglions. L'influence modératrice, exercée par ces ganglions, venant à cesser par suite de cette excitation, la glande sous-maxillaire correspondante pourrait déployer toute son activité sécrétoire. Le jaborandi et la muscarine agiraient sur les ganglions modérateurs, comme l'électrisation de la corde du tympan; l'atropine exalterait l'action normale de ces ganglions.

Mais ce sont là des vues absolument hypothétiques pour le moment, et, en tout cas, elles ne modifient pas au fond l'interprétation que je propose pour l'action du jaborandi et de l'atropine sur les fonctions des glandes sudoripares, interprétation qui consiste à admettre que ces substances agissent sur ces glandes comme sur les glandes sous-maxillaires, c'est-à-dire par la médiation de fibres nerveuses jouant, par rapport à la sécrétion sudorale, le même rôle que les fibres glandulaires de la corde du tympan par rapport à la sécrétion salivaire sous-maxillaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la liberté des indigents admis dans les hospices.

Tandis que dans certains hôpitaux étrangers et entre autres dans le magnifique hôpital ouvert en 1872 à Cincinnati, les mesures sont prises pour que les malades sentent le moins possible les désagréments du séjour à l'hôpital, où ils trouvent les soins dont ils ont besoin sans le moindre sacrifice de leur liberté, — nos administrateurs paraissent consacrer tous leurs labeurs à la réalisation d'un idéal tout opposé. La copie, qu'on va lire, d'une affiche apposée dans les hospices et signée de MM. Ferdinand Duval, préfet de la Seine, et de Nervaux, directeur de l'administration de l'Assistance publique, fournira malheureusement une preuve trop évidente de la tendance regrettable que nous venons de signaler.

Hospice de la vieillesse (hommes). — Le directeur de l'administration-générale de l'assistance publique; Vu, etc... Arrête :

Art. 1er. — Conformément aux dispositions de l'arrêté du conseil des hospices en date du 30 fructidor an X, qui ne font que mettre en pratique les prescriptions de la loi du 16 messidor an VII, les indigents admis dans les hospices de Bicêtre et de la Salpétrière, des Incurables et de la Renaissance n'auront, à l'avenir, le droit de sortir de la maison qu'une fois par mois. Ces sorties sont ainsi réglées : Pour Bicêtre..... ; Pour la Salpétrière ; etc.

Art. 2. — Outre les sorties fixées par l'article premier, deux permissions exceptionnelles par mois pourront être accordées par le directeur de l'hospice, mais ces exceptions ne devront profiter qu'aux administrés dont la conduite aura été exempte de reproches pendant tout le mois précédent, et les directeurs des hospices devront en rendre compte par écrit chaque mois au directeur de l'administration.

Art. 3. — Conformément aux dispositions des arrêtés du Conseil général en date du 1er août 1804, 27 septembre 1820, et 25 août 1830, continueront à être privés de sortie, les indigents admis d'urgence dans les hospices, c'est-à-dire les *octogénaires* à raison de leur état de sénilité et de la surveillance dont ils ont besoin; les *aveugles*, qui ne peuvent se conduire eux-mêmes dans les rues; les *épileptiques*, à cause du danger que leur fait courir l'affection dont ils sont atteints ; les *cancérés* (*sic*) et les malades incurables admis par voie de *translation des hôpitaux* à cause des soins de chaque jour nécessités par leur état d'impotence ou de maladie entraînant pour leur famille l'impossibilité de les recevoir à domicile. — Sont, en tant que besoin, rapportés dans leurs dispositions contraires. l'arrêté du 5 octobre 1817, l'arrêté du 17 janvier 1850 et la circulaire du 30 novembre 1869.

Fait à Paris, le 20 janvier 1875. Signé : de Nervaux.

Vu et approuvé. Paris, le 22 janvier 1875.

Le préfet de la Seine, signé : Ferdinand Duval.

Ici, nous n'avons à examiner cette restriction apportée à la liberté, déjà relative. des malheureux que leur pauvreté oblige à implorer le secours de l'Assistance publique, qu'au point de vue purement médical.

Depuis les prescriptions de la loi du 16 messidor, an VII, la situation des indigents s'était sensiblement améliorée, grâce à l'intervention des médecins et de directeurs bienveillants. C'est ainsi que les *incurables* et les *cancérés*, pour nous servir de l'expression administrative, se sont trouvés, à un moment donné, sur le même pied d'égalité que les *indigents*; c'est ainsi encore que les épileptiques, dits *simples*, ont été autorisés à sortir deux et même trois fois par mois et les *épileptiques*, réputés *aliénés*, une fois par mois; c'est ainsi, enfin, que M. Husson, dont la gestion est critiquable à tant d'autres égards, a par sa circulaire en date du 30 novembre 1869, autorisé « les malades incurables, admis par voie de translation des hôpitaux (art. 3), » à sortir comme les indigents. En définitive, les directeurs des hospices s'efforçaient de faire accorder progressivement une plus grande somme de liberté à leurs administrés (1). A cela, eux qui sont en rapport constant avec

(1) A Bicêtre et à la Salpétrière, si nous ne nous trompons, la généralité des admis avait la possibilité de sortir non plus 2 fois mais 3 fois par semaine.

les indigents, ils ne voyaient aucun inconvénient sérieux, mais bien plutôt des avantages. Et, comme dans des questions administratives le plus mince détail a sa valeur, nous citerons le suivant : les aliments (pain, vin, etc.), qui auraient été consommés par les sortants permettaient de rendre plus abondante la nourriture de ceux qui demeuraient et en particulier des admis confinés dans les salles par leurs infirmités. Inutile de dire que l'hygiène y trouvait largement son compte, surtout dans les temps mauvais, pluvieux, s'opposant aux promenades dans les cours, puisque les sorties diminuaient l'encombrement des dortoirs où, à défaut de salles de réunion, les indigents, les incurables, les épileptiques, etc., passent toute la journée.

On conçoit sans peine l'émotion que l'arrêté des 20-22 janvier dernier a produite parmi les différentes catégories qui composent la population des hospices. Toutefois, les indigents proprement dits (art. 1) sont, à la rigueur, dans une position comparativement favorisée : ils n'auront, il est vrai, la faculté de sortir qu'une fois par mois, mais ils sortiront. Par contre les malades incurables, les « cancérés, » ceux qui, pour une maladie chronique quelconque (rhumatismes, paralysies, etc.) viennent, plus ou moins jeunes encore, d'un hôpital ordinaire à Bicêtre, à la Salpêtrière, etc., sont condamnés à l'hospice forcé : les murs de l'établissement qui leur donne asile limitent à tout jamais leur horizon. Et pourtant, la santé de beaucoup de ces malades (dont le médecin seul est capable de juger la situation) réclame le rappel de cet arrêté.

Celui qui a vu les épileptiques, pour ne parler que de ceux-là, aspirant après leur jour de sortie, attendant leurs parents qui doivent les accompagner, veiller à leur sécurité et couvrir la responsabilité du directeur de l'hospice (1), comprendra la douleur que l'administration, assurément mal informée, vient de leur causer. Ces sorties — dont on les prive aujourd'hui — outre qu'elles leur étaient avantageuses sous le rapport physique, avaient en outre le précieux avantage de servir de frein aux emportements que détermine si fréquemment la terrible maladie dont ils sont affligés. En effet, il suffisait quelquefois de leur rappeler que le jour de sortie était proche, qu'ils pouvaient en être privés, pour réprimer au moins en partie leurs écarts de conduite. On ne saurait donc que déplorer cette mesure et nous sommes persuadé que si M. le Directeur et M. le Préfet, avant de se décider, avaient consulté les médecins des hospices, ceux-ci auraient été unanimes pour demander le maintien de l'ancien état de choses que, d'ailleurs, ils avaient contribué à établir, et conseillé de laisser dormir dans les cartons poudreux les réglements de l'an VII, de l'an XI, etc. Ce n'est pas à dire pour cela que nous admettions un seul instant que tout est permis aux indigents. Certes non. Nous concevons parfaitement que l'on punisse l'indigent ou tout autre admis qui rentre ivre ou en retard. Mais, pour la faute de quelques-uns, frapper tout le monde, c'est selon nous outrepasser les bornes. Est-ce que, par exemple, pour un soldat coupable, on sévit contre tout le régiment? En privant des vieillards dont les jours sont comptés, en privant des infortunés en proie pour la plupart à des souffrances au-dessus des ressources de la science, du peu de liberté dont ils jouissaient jusqu'alors, nos administrateurs ne craignent-ils pas de rendre bien amer le pain de l'Assistance? BOURNEVILLE.

(1 Les épileptiques *simples*, admis par l'assistance, pouvaient sortir, une ou deux fois par semaine, sans autre formalité que d'être accompagnés par des parents ou des amis ; les épileptiques, dits *aliénés* sortaient une fois par mois, sur liste visée par la préfecture de police et l'assistance et seulement avec leurs parents les plus proches.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 février. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. LEVEN fait une communication sur les gaz contenus, pendant la digestion, dans l'estomac et dans l'intestin grêle. Les physiologistes font survenir ces gaz de l'air dégluti, des gaz du sang qui se sont dégagés dans l'estomac ou des diverses réactions chimiques qui accompagnent la fermentation des substances alimentaires. M. Leven ne partage pas cette opinion que condamne, d'après lui, l'étude sérieuse de la nature et de la quantité des gaz intestinaux.

Ces gaz sont toujours constitués par de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique. L'azote est constant ; il forme pour ainsi dire la base. Le plus souvent il est mélangé à de l'oxygène, à l'acide carbonique, mais assez souvent il se trouve seul, tandis qu'il n'en est jamais ainsi pour les deux autres gaz. Leur *quantité* est à peu près constante quelle que soit l'alimentation à laquelle l'animal est soumis, qu'on lui donne les aliments réputés les plus indigestes et les plus fermentescibles, de la graisse, des haricots et des choux. Lorsqu'on donne à un chien de la graisse et des choux, son estomac et son intestin grêles sont rouges, gonflés, ecchymotiques, mais il n'existe pas dans les voies digestives une plus grande quantité de gaz. Aussi M. Leven n'admet-il aucun rapport entre le genre d'alimentation et la production des gaz : le ballonnement et le météorisme seraient déterminés par une paralysie des fibres musculaires.

MM. MOREAU, TRASBOT et OLLIVIER font des réserves sur les théories émises par M. Leven. Ils pensent que les réactions du bol alimentaire peuvent produire des gaz ; que leur quantité est très-variable et que la paralysie des fibres musculaires ne saurait toujours être invoquée pour expliquer le météorisme. Ils se proposent de revenir sur ces faits lorsque M. Leven reprendra la suite de sa communication.

M. GALIPPE fait au nom de M. BOCHEFONTAINE et au sien, une communication sur l'écorce du jaborandi. Il résulte de leurs expériences qu'il y a identité d'action entre l'infusion de feuilles, et l'infusion d'écorce. Ces expérimentateurs ont noté de plus, dans diverses expériences que l'infusion d'écorce ainsi que l'infusion de feuilles produisait une dilatation notable de la pupille, et des selles diarrhéiques.

M. P. BUDIN fait au nom de M. COYNE et au sien, une communication sur les phénomènes pupillaires dans l'asphyxie et sur la différence de ces phénomènes dans l'anesthésie chloroformique et dans l'anesthésie asphyxique. Dès le début de l'éthérisation, la question de l'asphyxie était soulevée. Il suffit de rappeler les travaux de MM. Sédillot, Faure, Vulpian, P. Bert et Claude Bernard. Il existe du côté de la pupille, des différences entre l'anesthésie chloroformique et l'anesthésie asphyxique. Dans la première, lorsqu'elle est totale, on se rappelle qu'il y a contraction avec immobilité de la pupille. Dans l'asphyxie, au contraire, il y a d'abord un état de la pupille intermédiaire entre la dilatation et la contraction, puis une dilatation très-large lorsque surviennent les phénomènes convulsifs. Lorsque l'anesthésie est arrivée, les excitations n'amènent plus aucune modification dans l'état de la pupille. Il est facile d'observer ces phénomènes, en plaçant dans la trachée d'un chien, une canule munie d'un robinet qu'on ouvre et ferme à volonté (1).

M. Schiff avait contesté les résultats observés et déjà publiés brièvement. En donnant le chloroforme à des chiens, il déterminait très-facilement la mort chez eux, sans amener de contraction pupillaire. Avec le chloral, M. Schiff obtenait, il est vrai, à la suite d'une injection intra-veineuse, une contraction de la pupille avec anesthésie totale ; mais lorsqu'il

(1) Voy. *Le Progrès médical* et *la Gazette médicale*. Septembre 1874.

donnait le chloroforme à l'aide d'un sac, à l'animal chloralisé, il voyait survenir la dilatation de la pupille. Pour lui le chloral diffère donc dans son action, du chloroforme; de plus, le chloroforme n'amène pas la contraction avec immobilité de la pupille. MM. Budin et Coyne prouvent de la façon suivante que M. Schiff, en donnant le chloroforme à l'aide d'un sac, déterminait l'asphyxie; ils répètent l'expérience de M. Schiff, en la dédoublant : 1° Ils injectent dans les veines d'un chien, 1 ou 2 grammes de chloral, de manière à obtenir une anesthésie totale pendant 5, 10, 15 minutes au plus. L'anesthésie totale étant arrivée, ils lui font inspirer du chloroforme à l'air libre; les pupilles restent constamment très-contractées et immobiles. L'expérience a été prolongée pendant une heure; 2° après lui avoir fait la trachéotomie, ils placent dans la trachée d'un chien, une canule munie d'un robinet; 3 gr. de chloral ayant été injectées, l'anesthésie totale s'accompagnant d'une contraction de la pupille qui devient punctiforme, étant obtenue, ils ferment le robinet; l'asphyxie survient et avec elle une dilatation progressive de la pupille, qui devient très-large. Ils ouvrent le robinet, la pupille revient sur elle-même; ils le ferment, elle se dilate. Donc, *sans chloroforme*, avec l'*asphyxie pure*, ils reproduisent les résultats de M. Schiff. Du reste, c'est aussi la différence dans la manière d'opérer, qui explique les résultats différents obtenus par les oculistes, par Yungken et M. Maurice Perrin.

Comme l'a montré M. Claude Bernard, dans l'administration du chloroforme, mal dirigée au début, il y a mélange d'anesthésie véritable et d'anesthésie asphyxique. Les expériences de MM. Budin et Coyne viennent ajouter des preuves à celles données par l'éminent physiologiste du Collége de France. Ces auteurs, cependant, sont loin de prétendre que l'asphyxie soit la cause la plus fréquente de la mort dans l'administration du chloroforme; ces causes sont multiples, et parmi elles il importe de citer, avant tout, la syncope, comme l'ont montré MM. Perrin et Lallemand. — L'asphyxie peut venir s'ajouter à l'anesthésie dans certaines conditions spéciales qui accompagnent l'administration du chloroforme. De plus, on sait aujourd'hui que le protoxyde d'azote (Jolyet et Blanche) agit uniquement comme asphyxique. Il paraît en être de même du nitrite d'amyle: avec cette dernière substance, on observe les mêmes phénomènes pupillaires que dans l'asphyxie simple (Bourneville).

En résumé, l'anesthésie asphyxique s'accompagne de phénomènes pupillaires différents de ceux de l'anesthésie chloroformique. Il est important, en pratique, d'éviter l'asphyxie dans l'administration du chloroforme (Sédillot, Cl. Bernard). Enfin, si dans une anesthésie chloroformique bien dirigée, on constatait pendant la période d'anesthésie totale, un état de moyenne dilatation ou de dilatation de la pupille, au lieu de la contraction qui est habituelle, on devrait s'assurer qu'aucune cause d'asphyxie ne vient s'ajouter à l'anesthésie. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. POGGIALE lit plusieurs rapports au nom de la commission des *Eaux minérales*. Les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. HERVIEUX donne lecture d'un travail sur *la préservation par la vaccine humaine*. Il pose les conclusions suivantes : 1° La préservation vaccinale a non-seulement une durée temporaire mais encore les limites de cette durée ne peuvent être fixées d'une manière absolue. 2° Elle est subordonnée à des éventualités qui dépendent de la réceptivité du sujet pour la vaccine ou la variole, de l'épidémicité et de la sporadicité varioliques, du degré d'intensité de l'épidémie. 3° S'il est indifférent d'attendre jusqu'à 10 ou 15 ans pour revacciner quand il n'y a pas d'épidémie, la prudence exige de revacciner même avant 5 ans si une épidémie se déclare.

M. J. GUÉRIN trouve que M. Hervieux appuie ses conclusions sur des données insuffisantes et puisque le virus variolique diffère de lui-même suivant que la variole sévit à l'état épidémique ou à l'état sporadique, il n'y a rien d'étonnant que le temps de préservation varie dans ces deux cas.

MM. DEPAUL et CHAUFFARD appuient les conclusions de M. Hervieux; toutefois, il n'y a pas lieu de poser des règles absolues, mais il est certain qu'à l'encontre de l'opinion de Jenner, presque tous les praticiens admettent que la vaccine ne préserve pas indéfiniment; cela est si vrai que l'on revaccine partout dans les pensions, les lycées, les régiments, etc.

M. J. GUÉRIN n'attaque pas la théorie même de M. Hervieux, mais il trouve qu'il la base sur des statistiques incomplètes.

M. HERVIEUX a voulu surtout montrer qu'on ne pouvait assigner de limite fixe à la durée de la préservation vaccinale. En tous cas, elle est souvent bien inférieure à la durée de 15 ou 20 ans que lui attribuait récemment M. J. Guérin.

A quatre heures et demie comité secret. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 6 novembre 1874. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Adénopathie bronchique cancéreuse; par M. H. DE BOYER, interne provisoire. (Dessin dans l'album de la Société).

Sapène Paul, âgé de 25 ans, employé de nouveautés, entre le 20 octobre 1874, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 51, (service de M. MOISSENET). Ce malade se plaint d'étouffer et accuse un affaiblissement marqué depuis plusieurs semaines. Etant employé en Bohême, il y a quelques mois, il aurait été forcé de suivre un traitement thermal contre une bronchite chronique. Ses parents sont morts, le père à un âge avancé, la mère d'accident. On ne retrouve dans sa famille aucun antécédent tuberculeux ou *cancéreux*.

Antécédents. — Jamais de maladies jusqu'à l'âge de 23 ans; à cette époque, il contracta une blennorhagie qui, mal soignée, dura près d'un an; à la suite d'excès de table, il vit survenir un gonflement du testicule qu'il négligea encore, croyant à une orchite blennorhagique; cependant le testicule augmenta de volume, devint dur et bientôt fut le siége d'ulcérations; le malade indique nettement que c'était *du pus* qui sortit par les fistules. Il fut alors à l'hôpital de la ville allemande où il résidait, et l'on jugea nécessaire la castration du testicule droit. Au bout de 15 jours de séjour à l'hôpital, la plaie était cicatrisée.

Depuis cette époque, le malade eut des accidents divers. Tout d'abord il ressentit des douleurs dans la région lombaire des deux côtés, se sentit comme courbaturé; les urines étaient normales comme quantité et couleur; mais il remarqua que ses jambes gonflaient un peu au niveau des malléoles et étaient quelquefois le siége de douleurs névralgiques qu'il attribua au rhumatisme; il souffrait, en effet, beaucoup autour des genoux et dans les hanches. Il y a cinq mois ces douleurs remontèrent, et il commença à être essoufflé après la marche; il sentit en même temps une sorte de constriction du thorax; il continua à attribuer ces douleurs au rhumatisme et aujourd'hui encore il se plaint des genoux et des coudes. Il y a deux mois, l'amaigrissement se prononça beaucoup. et la faiblesse devint telle qu'il crut devoir revenir en France et se faire soigner dans son pays, d'où il est revenu à l'hôpital; depuis 15 jours il a la voix éteinte et rauque.

Etat actuel. — Le malade est dans une cachexie profonde, il a la *pâleur* et la maigreur d'un phthisique avancé, il tousse, crache, se plaint surtout de ne pouvoir respirer; le pouls est fréquent (116 à 120) et petit. Quant à la température, elle varie de 38° le matin, à 39°,2. — 39°. — 38°,6. le soir. Sueurs surtout prononcées le soir; on croit donc avoir affaire à un phthisique, et on attribue l'accident testiculaire à un testicule tuberculeux.

Examen de la poitrine. — Maigreur de la paroi thoracique, les creux sous et sus-claviculaires sont fort prononcés, sauf à gauche, où l'on remarque *un ganglion* dans le creux sus-claviculaire; dur, non-douloureux, il est survenu sans que le malade s'en soit aperçu, il affirme même ne jamais l'avoir vu avant que nous attirions son attention sur lui. Ce ganglion a le volume d'une noisette et est adhérent aux couches profondes. Un ou deux ganglions plus petits sont sentis sous le grand pectoral du côté gauche, et dans l'aisselle du même côté, on en trouve plus que dans l'aisselle du côté droit. Chaînes ganglionnaires évidentes aux aines, des deux côtés;

(Le malade nie avoir eu des chancres, du reste on n'en trouve pas de traces sur la verge). La respiration se fait difficilement.

A la *palpation*, on constate l'intégrité des vibrations thoraciques, également accentuées des deux côtés ; au niveau du manche du sternum, on coutate *une sorte de frémissement*. Cette exploration est assez douloureuse ; on ne trouve du reste aucun point répondant aux 3 points de la névralgie intercostale ; la douleur est provoquée et semble siéger surtout sous les clavicules et vers les échancrures du sternum.

A la *percussion*, pas de matité bien nette sous les clavicules ; la sonorité existe quoique assez faible en tous les points de la poitrine, sauf en deux points où elle fait absolument défaut : 1° *au-delà du sternum* de chaque côté, dans une étendue d'au moins deux centimètres; la matité du sternum est de beaucoup augmentée, surtout celle du *manubrium* : on constate en ces points une dureté de son absolue, puis une zone de submatité relie cette matité absolue et la sonorité périphérique. La matité du cœur n'est pas augmentée, le cœur bat sous la 5e côte et présente une matité pyriforme à pointe oblique en bas et en dehors. — La matité du foie est un peu plus étendue que normalement, surtout à gauche. — La rate semble petite.

2° *Entre les deux omoplates*, dans la région inter-scapulaire, matité absolue, mais qu'on ne limite pas nettement sur les côtés où les deux sommets pulmonaires présentent de la submatité, tandis que les bases jouissent d'une sonorité relative. — En arrière la matité du foie est considérable, elle remonte assez haut.

A l'*auscultation*, le murmure vésiculaire est conservé en bas et en arrière, mais aux sommets il est voilé par des bruits anormaux. En auscultant en avant et à droite, on est frappé de la netteté avec laquelle on entend les bruits du cœur, et comme on croit percevoir un souffle, la première chose que nous faisons c'est de rechercher s'il n'y a pas un anévrysme ? Nous ne trouvons aucun nouveau centre de battements, c'est une propagation simple des bruits du cœur ; il y a donc induration des sommets du poumon et du médiastin. Les bruits du cœur sont normaux, sauf le 1er à la base, où l'on entend un bruit assez dur, et se propageant dans les vaisseaux du cou.

On n'entend pas de signes de ramollissement du poumon, pas de râles humides, sauf en un point très-limité du sommet droit où il semble y avoir des craquements et un souffle profond. Il y a peu de retentissement de la voix, mais comme le malade parle très-bas on ne peut bien juger ce fait.

En *deux points spéciaux*, au niveau des 2es côtes de chaque côté, on perçoit *un souffle dur et expiratoire* que M. Moissenet localise dans les grosses bronches ; on n'entend bien nettement ce bruit *qu'en ce point* et au moyen du stéthoscope. Nous retrouvons ce souffle avec ses caractères de rudesse dans la région inter-scapulaire, absolument au niveau de la 3e et 4e vertèbres dorsales.

On est frappé ici comme en avant de la localisation de ce bruit morbide qui se constate *seulement* au niveau de la bifurcation de la trachée.

La *toux* retentit énormément en ces points, et a un timbre tout spécial ; elle est *aboyante* et rappelle celle de la coqueluche, étant comme celle-ci quinteuse, spasmodique et suivie d'une inspiration bruyante.

L'*expectoration* est assez abondante et composée de crachats un peu visqueux et striés de sang, ainsi que de crachats spumeux rejetés peu à la fois après chaque quinte.

A côté de ces signes qui font penser déjà à une compression bronchique, nous en avions d'autres très-rationnels. C'est ainsi que le malade a de la *dysphagie* et de l'*aphonie* ; cette aphonie est survenue peu à peu et se manifeste par une raucité de la voix, qui est sourde, entrecoupée, caverneuse en quelque sorte. — L'examen laryngoscopique n'a pu être fait, mais le malade ne semble pas jamais avoir eu de laryngite et jouissait d'une voix forte il y a encore un mois. On ne constatait pas de *cornage* ni de *tirage* ; la respiration est fréquente et difficile.

Il n'y a pas d'œdème de la paroi thoracique, ni d'œdème de la face ; seulement un peu d'œdème des jambes et encore est-il limité aux malléoles.

Diagnostic. — Les symptômes observés montrent que l'on n'a pas affaire à un phthisique ordinaire, car : 1° le malade n'a pas d'antécédents tuberculeux ; 2° il n'a pas de signes d'excavation des sommets, alors que son état général répond à la dernière période de la phthisie ; 3° il n'a jamais eu d'affections thoraciques et n'a d'hémoptysies que depuis peu de temps ; 4° il présente évidemment des signes de compression des organes contenus dans le médiastin.

On est donc porté à croire à une altération des ganglions bronchiques ayant marché plus vite que celle des poumons, ou à une *Phthisie bronchique*, de nature probablement tuberculeuse, à cause de l'âge du malade, à cause surtout de la manifestation spécifique et ancienne qui a nécessité l'ablation du testicule droit *après son ulcération*. Ce diagnostic est confirmé par la *dysphagie* et par l'*aphyxie lente* du malade.

Il n'y a pas d'ascite, pas d'ictère, rien dans les urines si ce n'est un léger nuage albumineux.

Peu à peu le malade devint de plus en plus faible, jusqu'au *26 octobre* ; on s'aperçut ce jour-là que les ganglions du creux sus-claviculaire gauche étaient engorgés encore plus ; le ganglion que nous y avons déjà signalé était augmenté de volume et plus superficiel ; quant à ceux de l'aisselle ils étaient restés dans le même état.

Le 30 *octobre* le malade était dans un état de faiblesse extrême, et on commença à noter un peu de *tirage* et du *cornage*, les ganglions étaient augmentés; il y avait deux ou trois nouveaux ganglions dans le creux sus-claviculaire, et celui que nous y avons noté était devenu du volume d'une noix et très-adhérent à la clavicule. Des douleurs névralgiques se manifestèrent à gauche dans la paroi thoracique et dans le bras, mais elles étaient continuées et n'avaient pas le caractère paroxystique de celles de l'angine de poitrine.

A l'auscultation on crut alors découvrir au sommet du poumon droit des signes de tuberculose ; c'étaient des râles muqueux et une respiration caverneuse ; l'expectoration plus abondante était jaune et striée de sang : on crut donc pouvoir alors être tout à fait affirmatif, et l'idée de *leucocythémie*, soulevée un instant, fut rejetée entièrement, ainsi que celle d'*adénie*, on crut à une *tuberculisation secondaire des ganglions bronchiques*.

Enfin le 2 *novembre*, le malade commençait à ne plus pouvoir respirer du tout. On constatait nettement le souffle bronchique et le cornage : ces signes étaient à leur summum à la visite du soir; le malade mourait asphyxié avec toute sa connaissance, se disait *étranglé*, et réclamait une intervention malheureusement impossible. — La mort eut lieu à 8 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 4 novembre, 36 heures après la mort. Le sujet est profondément émacié; léger œdème des deux jambes surtout prononcé à la partie inférieure. Cyanose des extrémités. A la percussion de la région thoracique on retrouve les matités observées pendant la vie ; le ventre est plat et en bateau.

A l'ouverture des grandes séreuses, pas de liquide ni d'adhérences : l'épiploon et le mésentère ont perdu toute leur graisse, il y a un léger tympanisme du gros intestin.

Rien au pharynx ni à la langue non plus qu'au reste du canal alimentaire ; seul l'œsophage est un peu comprimé entre plusieurs ganglions volumineux.

Appareil urinaire normal. Reins anémiés; le droit a subi un commencement de dilatation, car l'uretère de ce côté contient un magma cancéreux à la partie inférieure et est un peu dilaté. Il passe en effet à travers un groupe de ganglions dégénérés qui occupe la région lombaire et la face antérieure des 4 dernières vertèbres lombaires et englobe ainsi les bifurcations de l'aorte et de la veine-cave inférieure.

Les *poumons* sont libres d'adhérences, mais sont parsemés de *noyaux cancéreux* du volume d'une noisette au plus ; ils occupent principalement le bord antérieur des deux poumons et causaient ainsi la matité toute particulière que nous avons signalée de chaque côté du sternum.

Aucune trace de pleurésie soit ancienne soit récente, sauf

une adhérence assez solide et ancienne du sommet gauche ; elle est striée de lymphatiques dégénérés qui semblent se rendre dans le *gros ganglion sus-claviculaire* sur lequel nous avons attiré l'attention.

Les bases des deux poumons sont criblées de ces noyaux ; nous en comptons 153 rien qu'à la base droite ; ils sont sous-pleuraux et séparés entre eux par des places blanchâtres bien manifestes surtout sous la plèvre médiastine. Ces traînées de lymphangite (?) cancéreuse sont visibles jusqu'aux ganglions du hile du poumon, où on les perd.

Aux sommets, surtout à gauche, on remarque un plus grand nombre de ces noyaux. A la coupe on voit que certaines de ces masses sont très-ramollies et présentent l'aspect du ramollissement cérébral rouge; on a une pulpe grasse et lie de vin due à la production de petites hémorrhagies dans la masse encéphaloïde. Certaines de ces productions sont séparées du tissu cellulaire par une mince couche comme gélatineuse, on ne voit pas de bronches s'ouvrir dans leur intérieur et les vaisseaux de moyen calibre ne sont pas oblitérés tout autour. La zône de tissu pulmonaire qui sert de charpente à ces nodules, *n'est pas indurée*, il y a plutôt de l'œdème, à la coupe un liquide rosé et spumeux s'écoule en grande abondance. Pas de tubercules.

Les *ganglions bronchiques* auxquels se rendent les lymphatiques du poumon sont très-altérés. Nous retrouvons bien marqués les trois groupes signalés par M. Barety, c'est-à-dire que la dégénérescence a atteint : 1° les deux groupes droit et gauche situés en avant de la trachée ; — 2° un volumineux ganglion ou pour mieux dire une poche ganglionnaire kystique, occupe la bifurcation de la trachée et a un volume assez considérable (celui d'un œuf de pigeon), pour refouler l'aorte et l'œsophage ; — 3° les ganglions interbronchiques sont altérés aussi, c'est ce qu'on voit principalement du côté droit ; — 4° les deux récurrents sont accompagnés par des ganglions hypertrophiés et leurs deux crosses (Barety) sont bien évidentes sur la pièce.

Du côté droit, le tronc du pneumogastrique est englobé dans une de ces tumeurs, ainsi que certains de ses rameaux œsophagiens, tandis que du côté gauche c'est le récurrent en entier qui disparait dans une masse ganglionnaire, née au niveau du sommet de la crosse aortique et comprimant l'œsophage et le récurrent, ainsi du reste que la crosse aortique elle-même.

On suit d'une manière évidente, par la dissection, la continuité de tous ces ganglions, dont un certain nombre sont compris dans les scissures pulmonaires ; le tissu cellulaire du médiastin est remplacé en quelque sorte par des ganglions parmi lesquels se frayent difficilement passage l'aorte, le canal thoracique, la grande azygos, l'œsophage et surtout les pneumogastriques. — Les phréniques ne sont pas altérés, ni comprimés.

Notons enfin que la veine cave supérieure son calibre notablement rétréci par un volumineux ganglion appartenant au groupe prétrachéobronchique droit et dont le grand axe est parallèle à celui de la veine.

Le *ganglion sus-claviculaire* du côté gauche est aussi kystique, et contient une bouillie violacée ; il comprime un peu la sous-clavière dans sa deuxième portion, ainsi que la veine de ce nom, mais adhère principalement à la clavicule et au plexus brachial qui fuyait cependant en arrière, mais commençait à être englobé dans la tumeur. A droite au contraire là où le poumon n'avait pas d'adhérences aux sommets il n'y avait pas de ganglions sus-claviculaires engorgés.

Ainsi l'autopsie a expliqué l'aphonie, la dysphagie observées pendant la vie.

Le larynx était dans un état d'intégrité remarquable.

Le diaphragme pas plus que les plèvres ou le péritoine ne contenait de carcinome, même à l'état de granulations ; mais le *foie* en était rempli. Il contenait des nodules cancéreux et ramollis de volume variable ; au hile du foie les ganglions étaient altérés, mais ne comprimaient pas beaucoup les vaisseaux afférents : ainsi s'explique l'absence d'ascite. Des ganglions reliaient le foie à la masse cancéreuse indurée qui occupait l'angle de bifurcation de l'aorte.

Sous cette masse on trouve, à la coupe, la *veine-cave inférieure oblitérée* par un caillot ancien et ramolli au centre, adhérent à la paroi du vaisseau et dont certaines parties sont en dégénérescence graisseuse. Les veines iliaques sont également oblitérées ; l'aorte est rétrécie aussi en ce point, et son canal aplati a une section triangulaire ; les iliaques primitives ont leur forme normale. Plus profondément sous cette masse on constate du *cancer vertébral* dû évidemment à la propagation comme on le voit sur un point où un ganglion ramolli a évidé une portion du corps de la deuxième vertèbre lombaire. Au centre même des corps vertébraux existe une sorte de carie cancéreuse.

La queue de cheval n'était pas altérée, car le cancer ne faisait pas saillie dans le canal rachidien ; la partie terminale de la moëlle semblait normale.

La *capsule surrénale* du côté droit était également dégénérée et ramollie, sans que l'on eût constaté de pigmentation de la peau pendant la vie : le testicule gauche n'était pas altéré.

En résumé, on avait donc un cancer du poumon, du foie, de la capsule surrénale, des corps vertébraux, et des adénopathies de même nature fort étendues. L'encéphaloïde était la variété principalement répandue.

Conclusions. — A l'arrivée du malade ce qui dominait c'était la dyspnée et la cachexie semblable à celle que l'on remarque dans la tuberculose, on était porté à admettre l'adénopathie bronchique par suite de la dysphagie, de l'aphonie, comme signes rationnels ; et surtout par suite des signes physiques, tels que la matité considérable du sternum, et celle que l'on constatait en arrière entre les omoplates ; par suite aussi du souffle broncho-trachéal et de son timbre, et aussi par les signes douteux que l'on croyait percevoir au sommet du poumon droit. C'était le moyen le plus simple d'expliquer la cachexie et l'asphyxie, en l'absence de lésions cavitaires du poumon. Le caractère aboyant de la toux confirmait cette hypothèse.

A quoi était due l'induration du médiastin? on ne trouvait pas de signes d'anévrysme aortique, pas de leucocythémie ni d'adénie; car les tuméfactions ganglionnaires semblaient bien prédominer au thorax ; on n'avait d'insolite que le ganglion sus-claviculaire gauche, mais il pouvait se rattacher à la chaîne que nous soupçonnions derrière le sternum. Un utile renseignement nous était fourni par les antécédents : c'était ce qui avait trait au testicule.

Le malade racontait avoir eu une orchite à la suite d'une blennorhagie ; il disait que du *pus* s'était écoulé et qu'on l'avait alors opéré ; on pouvait croire dans ce cas à un testicule tuberculeux ayant succédé à une blennorhagie qui peut-être aurait été en relation de causalité avec lui, (comme l'a démontré M. Fournier pour l'épididymite pseudo-tuberculeuse). Il était simple alors de croire à une marche ascendante de la dégénérescence ganglionnaire et à une phthisie pulmonaire primitive ou consécutive, d'autant que l'âge du malade (25 ans) autorisait à croire à une affection tuberculeuse. L'examen de l'autre testicule ne donnait aucun renseignement (il était un peu induré à la queue de l'épididyme.) L'hémoptysie actuelle, quoique légère, semblait aussi devoir faire pencher vers cette idée.

Je crois donc pouvoir dire que l'on était en droit d'affirmer l'adénopathie bronchique, et que l'hypothèse d'altération tuberculeuse de ces ganglions était la plus plausible. L'autopsie a confirmé le diagnostic tout en montrant l'erreur commise sur la nature des néoformations. Une grande partie de notre matité rétro-sternale était due à la confluence des noyaux cancéreux aux bords antérieurs des poumons, mais par contre on n'avait pas eu de matité bien franche ailleurs, où ces noyaux existaient aussi.

Les compressions de l'œsophage, de la trachée, des récurrents avaient été reconnues pendant la vie.

L'altération du foie avait été entièrement méconnue, ainsi du reste que celle de la colonne vertébrale, mais le malade ayant toujours été couché on n'a pas pu observer la marche ; du reste les pièces montrent que la dégénérescence s'est faite par propagation des ganglions mésentériques aux corps vertébraux et que ceux-ci sont encore assez consistants pour ne

pas causer de déformation de la région lombaire, ni de compression de l'axe rachidien.

Etait-il possible dans ce cas de savoir au lit du malade quelle était son affection ? tout reposait sur les commémoratifs, et soit que le malade se soit mal exprimé ou que l'interrogatoire ait été insuffisant, ils ont semblé en faveur du testicule tuberculeux; cependant la marche rapide des accidents, la présence d'albumine dans l'urine, la singularité de l'adénopathie et surtout la présence du ganglion sus-claviculaire gauche auraient pu mettre sur la voie.

On trouve en effet dans le travail de M. Baréty (page 104) le résumé d'une observation de M. Liouville, où chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, on a noté une œdème cervical indiquant l'extension du cancer aux ganglions du médiastin; dans une communication orale, M. Liouville nous a signalé cette coïncidence de l'engorgement sus-claviculaire avec le cancer du poumon. Grisolle dit également avoir ainsi réussi à diagnostiquer le cancer du médiastin. Walshe rapporte des cas analogues. Cependant bien d'autres signes ont manqué, et pour n'en citer que les principaux, l'ascite a fait défaut pour le cancer du foie, et l'épanchement pleural pour celui du poumon. La cachexie était bien semblable à celle de la tuberculose; le genre de mort aussi, c'est l'asphyxie qui a emporté le malade et non une hémorrhagie ou la cachexie cancéreuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *février* 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. Périer, candidat au titre de membre de la Société, lit une observation de trachéotomie pratiquée deux fois à un mois de distance, sur un enfant de cinq ans. L'enfant avait le croup, l'asphyxie était imminente; M. Périer se décide à faire la trachéotomie. L'opération donna lieu à une hémorrhagie assez abondante qui s'arrêta par l'introduction de la canule. La respiration ne se rétablit qu'avec difficulté, on dût avoir recours aux moyens artificiels, pendant vingt-cinq minutes. Quatre jours après, l'expectoration et la respiration s'effectuaient très-bien ; la canule fut enlevée. Mais le dixième jour, un cornage inquiétant se fait entendre, la dyspnée devient croissante, la voix est presque éteinte; on perçoit avec le stéthoscope, du souffle trachéal très-fort, avec un maximum d'intensité au niveau de la cicatrice de l'opération. A nouveau, la trachéotomie est pratiquée sur le même point que la première fois, et M. Périer a soin de fendre complétement le tissu cicatriciel déjà formé.

Il introduit une canule à soupape pour permettre au petit malade de parler. Le soulagement fut immédiat, mais l'exploration de la trachée pour arriver à connaître la cause de l'asphyxie, ne fut pas possible. 19 jours après, la canule est enlevée et remplacée par un bouchon ; mais la gêne respiratoire reparaît et on se voit obligé à la remettre en place pendant huit jours. Cette fois, après l'avoir enlevée, M. Périer a soin de cautériser les bords de la plaie, au nitrate, acide de mercure. Le mieux alla toujours croissant et la guérison fut complète au bout de quatre à cinq mois de traitement tonique. M. Périer attribue la cause de l'asphyxie à la formation du tissu cicatriciel consécutif à la première opération. La canule, laissée longtemps en place après la seconde, l'a fait disparaître en le comprimant. Depuis quelques années, on a attiré l'attention sur les cas de suffocation qui surviennent à la suite de la trachéotomie; plusieurs fois, on a vu les enfants rejeter des caillots de sang ou de petits polypes qui occasionnaient la gêne respiratoire. Dans ce cas, M. Périer conseille d'opérer de nouveau sur la cicatrice, de ne placer la canule qu'après avoir cautérisé la plaie, enfin, de laisser à demeure une canule à soupape pour comprimer les bourgeons charnus.

M. Gillette, candidat au titre de membre de la Société, lit un travail sur l'*ostéo-sarcome articulaire et péri-articulaire et sur les difficultés de son diagnostic.* Cette affection est le plus souvent confondue avec la tumeur blanche, et les signes qui pourraient s'en éloigner sont fort peu nets. M. Gillette en a observé à tous les âges, de 13 ans à 50 ans; quelquefois elle suivait un traumatisme, d'autre fois il y avait des antécédents syphilitiques ou scrofuleux. Au début, le diagnostic différentiel est tout-à-fait impossible; mais bientôt, la douleur prend un caractère particulier ; elle est continue et résiste à l'immobilisation de l'articulation; l'appareil silicaté-ouaté ne fait que l'exaspérer. Le mal se développe rapidement, sans rémittences; quelquefois cependant, il reste quelque temps stationnaire pour reprendre bientôt son évolution rapide. M. Gillette insiste sur deux signes spéciaux, et le second surtout lui semble un moyen précieux de diagnostic : les mouvements de l'articulation sont presque toujours conservés; la tumeur n'a aucune tendance à suppurer. L'amputation constitue à elle seule le traitement.

M. Guérin. Un jeune homme de 23 ans se tire un coup de revolver dans l'oreille; il perd d'abord connaissance et ensuite on constate une paralysie du facial que l'on attribua de suite à la fracture du rocher. M. Guérin songeait à faire la trépanation des cellules mastoïdiennes, lorsque, trois jours après l'accident, la fièvre s'alluma, il survint du délire, le malade succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva le rocher broyé, la dure-mère correspondante absolument intacte, et vis-à-vis la substance cérébrale détruite sur une étendue d'une pièce de 2 francs et 1 centimètre et demi de profondeur.

M. Després présente la tête d'une femme à laquelle il a enlevé une exostose du sinus maxillaire. Cette exostose n'était pas pédiculée, elle envoyait des prolongements dans les fosses nasales et l'orbite. L'opération fut faite sans trop de difficultés; six jours après la plaie était cicatrisée. Mais il survient une otite suppurée et la malade a un frisson, de vives douleurs dans la tête, elle succombe au bout de dix jours. A l'autopsie, on ne trouve rien dans les viscères; le crâne n'est pas perforé et l'on rencontre dans le cervelet un abcès de la grosseur d'une noisette. M. Désormeaux qui avait eu quelque temps auparavant cette malade dans son service, avait remarqué une otite suppurée. Une discussion s'engage sur les causes de formation de cet abcès dans le cervelet. M. Duplay en a déjà vu plusieurs exemples et M. Trélat fait observer que ces abcès peuvent préexister et qu'une inflammation de voisinage peut hâter leur évolution. I. B.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. Eléphantiasis de la verge et du scrotum, par le Dr Voillemier. Paris, G. Masson.

II. Esquisse de la physiologie de la fonction urinaire, par le Dr Olinger. Thèse de Paris, 1873.

III. Recherches sur l'orchite varioleuse, par le Dr Faneuil. Thèse de Paris, 1872.

IV. De l'arthrite blennorhagique (travaux de Tixier, thèse de Paris, 1866. Ferron, thèse de Paris 1868, Vœlker, thèse de Paris, 1868.)

V. Oblitération du conduit éjaculateur gauche, par des sympexions (colique spermatique), par le Dr Reliquet.

I. M. Voillemier vient de publier en brochure séparée la remarquable observation d'éléphantiasis de la verge et du scrotum qu'il avait déjà fait connaître à l'époque de l'opération (1868); on peut voir le résultat remarquable qu'a obtenu M. Voillemier sur les belles planches annexées à sa brochure et sur un moulage déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis. L'éléphantiasis énorme que portait ce malade n'avait pas récidivé quatre ans après l'opération. Dans un second cas, relaté à la suite du premier, M. Voillemier n'a pas vu non plus survenir de récidive. On sait pourtant que la reproduction de l'éléphantiasis n'est pas très-rare.

II. Nous nous bornerons à signaler à nos lecteurs la thèse de M. Olinger sur la physiologie de la sécrétion urinaire.

L'auteur adopte la théorie de Prévost et Dumas, remise récemment en honneur par M. Gréhant, qui a démontré péremptoirement que l'urée préexiste dans le sang et que la sécrétion urinaire est à vrai dire une filtration (Voyez à ce sujet le *Progrès médical* n° 36, septembre 1874, leçon de M. Charcot sur la physiologie du rein).

III. La relation si remarquable qui existe entre l'orchite et la variole n'est bien connue que depuis un assez petit nombre d'années. Sauf quelques mots de Velpeau (Dictionnaire en 30 volumes, 1839) et un rapport de M. Gosselin à la Société ana-

tomique (1847), dans lesquels la relation est signalée entre la fièvre éruptive et l'orchite, il faut arriver jusqu'au travail de Béraud sur l'orchite et l'ovarite varioleuses pour voir ces affections classées dans la science. Quelques cas d'orchite varioleuse ont été observés dans l'épidémie de variole de 1870.

M. Faneuil a eu l'occasion d'en rencontrer un dans le service de M. Ollivier, à Lariboisière, un autre dans un service de varioleux à la Charité annexe, service dirigé alors également par M. Ollivier, et deux autres cas dans le même hôpital, dans le service de M. Descroizille.

Si l'on tient compte du nombre des varioleux qui ont passé dans ces services pendant l'épidémie, on voit qu'à tout prendre, c'est là une complication rare. A l'exemple de Béraud, M. Faneuil divise les orchites varioleuses en deux groupes, suivant les lésions : 1° l'orchite périphérique, comprenant l'épididymite et la vaginalite; 2° l'orchite parenchymateuse. Il n'y a rien du reste de nouveau à signaler dans son travail ; outre les quatre observations qui lui sont personnelles, il y en a seize autres, empruntées principalement à Béraud. L'influence de la variole confluente et des varioles graves en général ressort bien évidemment de ces observations. Quant à la question intéressante de savoir si l'orchite varioleuse porte atteinte aux fonctions du testicule, nous ne trouvons à ce sujet que de simples hypothèses.

IV. Parmi les complications de la blennorrhagie, l'une des plus graves et des plus intéressantes est sans contredit le rhumatisme blennorrhagique : je dis l'une des plus graves, car bien que ne menaçant pas directement l'existence, cette complication tient souvent pendant des mois les malades au lit et éloignés de leurs affaires ; l'une des plus intéressantes parce qu'elle semble établir une sorte de transition entre la blennorrhagie, maladie essentiellement locale, et une maladie générale à manifestations variées comme le rhumatisme.

Personne ne regarde maintenant l'arthrite survenant dans le cours d'une blennorrhagie comme une simple coïncidence ; la marche si particulière de l'arthrite blennorrhagique, la répétition à toutes les blennorrhagies chez les sujets qui y sont prédisposés ne permettent plus aucun doute sur le rapport qu'il y a entre la blennorrhagie et l'inflammation articulaire. Je ferai remarquer en passant combien les accidents, provoqués par la chaudepisse, sont divers chez les différents malades, mais réguliers et uniformes chez le même sujet ; ainsi, tel malade aura une orchite à chaque blennorrhagie, sans autre complication ; tel autre aura de la cystite du col, tel autre du rhumatisme, et toujours la même complication reviendra chez le même sujet. Cette régularité est frappante et il est bon d'en tenir compte. On peut aussi mettre en parallèle avec ces faits la répétition des accidents qui atteignent certains malades après chaque cathétérisme, quel que soit le ménagement qu'on apporte dans ces manœuvres. Ces diverses considérations pourront nous servir pour faire notre choix au milieu des diverses hypothèses qui ont été émises sur la nature et la pathogénie des arthrites blennorrhagiques. Nous n'insisterons pas aujourd'hui sur les symptômes bien décrits de cette complication, sur sa durée si fatigante pour le malade et pour le médecin, sur sa rareté chez la femme, sur la difficulté de son traitement. Nous nous bornerons à jeter un coup d'œil sur la pathologie proprement dite de ces arthrites, en nous appuyant sur les travaux que nous avons invoqués.

Et d'abord, s'il est vrai que l'affection qu'on appelle rhumatisme blennorrhagique diffère assez notablement par sa marche du rhumatisme vulgaire, héréditaire ou acquis, il n'est pas moins vrai d'autre part qu'elle est constituée par un ensemble de symptômes ou de manifestations ayant la plus grande analogie avec celles du rhumatisme. Qu'il me suffise de citer les iritis d'origine blennorrhagique, qu'il ne faut pas confondre avec l'ophthalmie de contagion, les névralgies sciatiques (Fournier), la forme noueuse de l'arthrite, suite de blennorrhagie (voir la thèse de Ferron qui renferme quelques observations assez probantes), et l'on verra qu'il y a là quelque chose de plus que l'arthrite, et que le mot de *rhumatisme blennorrhagique* mérite d'être conservé. Faut-il en conclure que la blennorrhagie éveille seulement le rhumatisme chez des sujets prédisposés ?

Il est assez difficile de répondre par l'affirmative, car ainsi que l'ont signalé la plupart des auteurs, bien des sujets atteints d'inflammations articulaires à la suite de leurs blennorrhagies n'ont jamais présenté de rhumatisme en dehors de l'inflammation uréthrale, n'avaient aucun antécédent héréditaire et n'avaient été exposés non plus à aucune des causes ordinaires du rhumatisme.

Il est impossible, d'autre part, de voir dans la blennorrhagie une maladie constitutionnelle comme cela a été soutenu ; les quatre-vingt dix-neuf centièmes des blennorrhagies sont là pour le témoigner. Nous repoussons toute idée de diathèse blennorrhagique.

Il reste donc l'explication qu'on a voulu tirer du rapprochement qui a été fait entre l'arthrite blennorrhagique et les arthrites du cathétérisme. C'est à cette théorie que nous nous rallions, mais avec bien des réserves; l'arthrite du cathétérisme est en effet une rareté, tandis que le rhumatisme blennorrhagique est d'observation assez commune; d'autre part, les arthrites du cathétérisme ont une tendance à suppurer qui les rapproche bien plus des arthrites de l'infection purulente que du rhumatisme proprement dit (voyez à ce sujet Marx, thèse de Paris 1861 ; A. Malherbe, thèse de Paris 1872.) Enfin pour ne négliger aucun argument ni pour, ni contre, je dirai que l'arthrite blennorrhagique et la fièvre urémique ou urèthrale sont également rares chez la femme, moins toutefois qu'on ne l'a cru jadis. Tel est à peu près l'état de la question ; il serait, je pense, téméraire de se décider d'une façon trop formelle. On pourra consulter avec fruit sur ce sujet l'excellent article de M. Fournier sur la blennorrhagie, dans le dictionnaire de Jaccoud.

V. Pour terminer cet article, nous résumerons une intéressante observation de M. Reliquet qui a été publiée *in extenso* dans l'*Union médicale* du 3 septembre, et dont le *Progrès* a déjà dit un mot à ses lecteurs.

Un coiffeur agé de 35 ans, marié, d'une constitution délicate, pâle et amaigri, se présenta à M. Reliquet avec les accidents suivants dont le début remontait à deux mois : Il avait ressenti tout-à-coup au moment de l'éjaculation une douleur allant de l'anus au périnée. Depuis lors il souffrait pour aller à la garde-robe, et la marche lui donnait de fréquentes envies d'uriner. Les désirs vénériens, l'érection, produisaient une douleur très-vive qui obligeait le malade à s'abstenir de tout contact avec sa femme. Il y avait de plus de l'hématurie et des douleurs vives à l'anus et à l'extrémité de la verge comme chez les calculeux. Le toucher rectal montre que la vésicule séminale gauche est douloureuse et dure. L'examen des voies urinaires, pratiqué avec le plus grand soin, montre que la vessie ne contient pas de pierre. Le passage du lithotribe explorateur dans la région profonde de l'urèthre produit une douleur très-vive.

Après l'exploration, le malade s'accroupit et expulse en urinant une quarantaine de petits corps d'un blanc mat, gros comme une tête d'épingle ou une petite lentille et s'écrasant facilement entre les doigts. Cette expulsion soulagea beaucoup le malade qui, après quelque temps de traitement, ne conserva plus qu'une miction un peu fréquente. Les petits corps blancs, examinés par M. Robin, étaient des sympexions qui sauf leur volume et une certaine striation, présentaient des réactions et un aspect normal. Ce cas, dont l'interprétation fait honneur à la sagacité de M. Reliquet, paraît être unique dans la science.

A. MALHERBE.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. Chirurgie. Service du Dr de SAINT-GERMAIN. Salle Saint-Come : 7, Phimosis opéré. — 12, Onyxis scrofuleux opéré. — 15, Pied bot équin opéré. — Salle Sainte-Pauline : 10, Tumeur blanche du poignet. — 15, Abcès sous-maxillaire. — 17, Abcès sous-claviculaire. — 20, Brûlure de la région orbitaire : ophthalmie. — 22, Abcès de l'aine. — 24, Equin consécutif à une ostéite du tibia. — Clinique tous les jeudis à 9 heures.

Médecine. Service du Dr BOUCHUT. Salle Sainte-Catherine : 2, Paralysie diphthéritique. — 6, Pneumonie. — 9, Rhumatisme noueux. — 18, Pneumonie typhoïde. — 30, Paralysie infantile. — Chorées.

Service du Dr LABRIC. Salle Saint-Jean : 2, Chorée, endocardite. — 8, Endopéricardite. 9, Pleurésie. — 31, Erysipèle de la face. Endocardite. — 33, Péritiphlite. — 34, Pleurésie adhésive. — 35, Emphysème pulmonaire. — Chorées. — Coqueluches. — Angines et laryngites diphthéritiques.

Service du Dr ARCHAMBAULT. Salle Saint-Louis : 12, Tétanos chronique.

— 10, Entérite chronique. — 19, Albuminurie. — 21, Oreillons. — Salle Sainte-Geneviève: 22, Maladie mitrale. — Coqueluches. — Chorées. — Diphthéries.

Hôpital Saint-Antoine. Médecine. Service du Dr PETER. — Leçon clinique le samedi.

Service du Dr PROUST. (F.) Salle Saint-Jeanne: 3, Fièvre typhoïde. — 16 Insuffisance mitrale. — 17, Syphilis avec manifestations multiples (iritis, surdité..... etc.) — H. Salle Saint-Etienne : 3, Paralysie générale ; 3, Tic convulsif de la face.

Chirurgie. Service du Dr DUPLAY. (H.) Salle Saint-Barnabé; 10 et 23, Fracture compliquée de jambe. — 15, Résection des 3 4 inférieurs de la diaphyse tibiale, nécrosée par suite de périostite phlegmoneuse. — 54, Ostéo-périostite du frontal.—(F.) Salle Sainte Marthe: 6, Fracture du col du fémur. — 11, Rétrécissement de l'œsophage. — 19, Ostéo-sarcome du fémur. — Leçon clinique et opérations le mardi.

Hôpital Lariboisière.— Service du Dr MILLARD. Salle Sainte-Joséphine : 1, affection cardiaque (mitrale et aortique); 2, pelvi-péritonite; 8, insuffisance mitrale; 9, chorée partielle, hystérie; 10, bronchite et emphysème; 11, arthrite aiguë du genou droit; 12, hystérie avec plaques d'hyperesthésie; 14, kyste de l'ovaire; 18, Diabète; 19 bis, fongosités utérines; 22, cancer du foie; 25, rhumatisme polyarticulaire, hydrothorax. — Salle Saint-Vincent : 8, névralgie rhumatismale, herpès préputialis ; 31, 32, intoxication saturnine.

Service du Dr JACCOUD. Salle Sainte-Claire : 1, insuffisance mitrale; 8, insuffisance mitrale et rétrécissement aortique léger; 10, tuberculose pulmonaire aiguë: 25, cancer de l'épiploon; 30, paraplégie hystérique. — Salle Saint-Jérôme : 15 his, 32, maladie de Bright; 16, compression des bronches (cornage); 19 bis, ataxie locomotrice; 20, paralysie générale progressive; 28, intoxication saturnine.

Service du Dr SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève : 3, hydropneumothorax; 7, colique hépatique, congestion du foie; 9, affection mitrale; 10, pleurésie droite; 14, fièvre typhoïde; 19, phlegmon du ligament large ouvert dans la vessie; 27, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Saint-Augustin, bis : 4, pneumonie droite; 11, fièvre typhoïde; 16, pneumonie double; 22, coliques de plomb.

Service du Dr RAYNAUD. Salle Sainte-Mathilde : 17, chûte de l'utérus, ascite; 20, cystite chronique; 21, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Saint-Landry : 14, gastrite alcoolique: 19 bis, cancer de l'estomac; 22, artériectasie : compression de la trachée et de l'œsophage ; 29, grippe, congestion pulmonaire; 33, rhumatisme articulaire subaigu; 31, maladie de Bright.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL. Cliniques, les lundi, mercredi et vendredi à 9 heures. Salle Saint-Augustin (F.) : 1, imperforation du vagin; 3, kyste de l'ovaire, injection iodée; 6, abcès des parois costales causés par une contusion pendant la grossesse; 13, tumeur du crâne et du corps thyroïde, 18, ostéomalacie chez une femme de 25 ans: 19, abcès ossifluent du pubis; 22, fistule recto-vaginale. — Salle Saint-Louis (H.) : 3, fracture du péronier avec luxation du pied en dehors; 4, arthrites multiples du pied; 7, énorme tumeur gangliforme de la gaîne des péroniers au niveau de la partie latérale externe du pied; 13, adénome sudoripare de la racine du nez; 15, syphillome du testicule; 23, testicule vénérien; 26, anévrysme par plaie de la radiale; 44, arthrite du tarse, équinisme; 52, énorme tumeur du testicule.

Hôpital Necker. — Service de M. POTAIN. Consultation le jeudi. Salle Saint-Louis (H.) : 1, insuffisance mitrale. insuffisance tricuspide transitoire, 3, intoxication mercurielle, attaques épileptiformes; 15, transposition du cœur, bronchite chronique; 21, pleurésie ancienne, dilatation bronchique; 22, rétrécissement mitral. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, rétrécissement et insuffisance aortiques; 23, épilepsie et hystéro-épilepsie; 31, fièvre typhoïde.

Service du Dr CHAUFFARD. Consultations le mardi. Salle Sainte-Eugénie : 2, maladie de Bright, commencement d'urémie, grossesse, amaurose hrightique; 3, insuffisance mitrale, dernière période; 5, pleurésie secondaire à une pneumonie, herpès labialis, 6, pneumonie catarrhale. — Salle Saint-Luc : 1, insuffisance et rétrécissement mitral, période de tolérance; 14, érysipèle de la face, forme ataxo-adynamique; 17, insuffisance mitrale; 18, bronchite chronique, dilatations bronchiques, bronchorrhée: 30, plombisme, anémie, néphrite, encéphalopathie; 33, laryngo-typhus, élimination d'un séquestre. forme tardive et lente.

Hôtel-Dieu. — Service du Dr BEHIER. (H.) : 1, phthisie; 2, bronchite tuberculeuse; 4, saturnin; affection cérébrale; 6, rhumatisme; 8, sciatique; 10, emphysème pulmonaire; 12, affection cardiaque; 14, ictère; 16, pleurésie; 19, maladie de Bright; 22, pneumonie; 24, hémiplégie; 26, paraplégie, intoxication par le sulfure de carbone; 28, myélite; 31, rhumatisme blennorrhagique; 37, ataxie. — (F.) : 2, rhumatisme blennorrhagique; 8. métro-péritonite; 9, pleurésie purulente; 11, sclérose en plaques.

Enseignement médical libre.

Maladies de la peau. — M. le Dr ROCHARD fait tous les lundis des conférences, 1, rue Larrey.

Electrothérapie. — Le Dr TRIPIER, a fait le lundi 8 février et fera les lundis suivants à midi 1/2, à la clinique de M. le Dr Mallez, rue Christine, n° 3, des conférences sur les applications des courants continus et discontinus au traitement des troubles nerveux des fonctions génitales. (Impuissance, spermatorrhée.)

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 5 février 1875, on a constaté 957 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 7; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 61; — pneumonie, 70;— dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 3; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 6; — croup, 26; — affections puerpérales, 3; — autres affections aiguës, 286; — affections chroniques, 424, dont 177 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 39; — causes accidentelles, 14.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 24 au 30 janvier 1,650, savoir : variole, 5; — rougeole, 8; — scarlatine, 61; — fièvre typhoïde, 23; — érysipèle, 12; — bronchite, 248 ; — pneumonie, 104 ; — dyssenterie, »; — diarrhée, 20; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 7; — croup, 14; — coqueluche, 39.

BIENFAISANCE. — On bâtit, en ce moment, près du bourg de Beuzeville un magnifique hospice. Il est dû à la munificence d'un simple propriétaire, M. Pierre Campion, qui a voulu consacrer sa fortune à cette œuvre philanthropique. M. Campion tient à fonder l'établissement de son vivant : cela est rare, les générosités de ce genre se faisant généralement par testament, de manière à ne priver que les héritiers du donateur. Ce sera pour M. Campion une grande consolation que d'entendre les malheureux bénir son nom, et nous désirons que le bienfaiteur de Beuzeville trouve, dans cette trop courte notice, le premier hommage rendu à sa charitable initiative. (*Union républicaine de l'Eure*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — Prix fondé en 1862 par M. Phillips sur la *curabilité* de la méningite tuberculeuse. — La Société médicale des hôpitaux a décidé, dans sa séance du 22 novembre 1872, qui le dernier délai pour la remise des mémoires était fixé au 31 mars 1875. Ce prix sera de la valeur de 1,200 fr. — Voici le programme :

1° Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse; — 2° De son étiologie et de son traitement préventif; — 3° Une fois la maladie déclarée, quelles sont les indications thérapeutiques fournies par les symptômes observés dans le cours de la méningite tuberculeuse ?

Nota. — La Société exprime le désir de voir les candidats apporter le plus grand soin dans la rédaction de leurs observations personnelles, où les conditions d'âge, de sexe, d'hérédité, d'hygiène soient relatées avec la plus scrupuleuse exactitude.

Les mémoires, écrits en français, devront être inédits et adressés, franc de port, avant le 1er avril 1875, à M. le Dr Ernest Besnier, secrétaire général de la Société, 87, rue Neuve-des-Mathurins. Chaque mémoire doit porter une devise qui sera répétée sur un pli fermé et cacheté, joint au manuscrit, et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra pas se faire connaître avant la décision de la Société.

UNIVERSITÉS ALLEMANDES. — Le corps enseignant des vingt universités de l'empire d'Allemagne a compté pendant le semestre d'été dernier 1,596 membres ; il y a eu 17,704 auditeurs. Les membres du corps enseignant ont été : 888 professeurs ordinaires ; 334 professeurs extraordinaires ; 36 professeurs honoraires et 338 Privat-Docenten.

Les professeurs ordinaires y ont été : à Munich, 66 ; à Berlin, 59 ; à Gœttingue, 58 ; à Bonn, 57 ; à Leipzig, 57 ; à Strasbourg, 51 ; à Bresleau, 50; à Halle, 48 ; à Kœnigsberg, 46 ; à Tubingue, 46 ; à Heidelberg, 41 ; à Marburg, 38 ; à Greifswald, 37 ; à Kiel, 37 ; à Fribourg, 36 ; à Giessen, 36 ; à Wurzburg, 36 ; Erlangen, 33 ; à Iéna, 29 ; à Kostock, 27.

Les professeurs extraordinaires (agrégés) ont été : à Berlin, 57 ; à Leipzig, 48 ; à Bonn. 26 ; à Gœttingue, 23 ; à Breslau, 22 ; à Halle, 22 ; à Heidelberg, 22 ; à Strasbourg, 17 ; à Iéna, 13 ; à Turbingue, 12 ; à Erlangen, 11 ; à Giessen, 11 ; à Greifswald, 11 ; à Marburg, 9 ; à Munich, 9 ; à Kœnigsberg, 8 : à Fribourg, 7 ; à Kiel, 6 ; à Wurzbourg, 6 ; à Kostock, 4.

Professeurs honoraires : Munich, 11 ; Iéna, 8 ; Burlin, 4 ; Breslau 3 ; Leipzig, 2 ; Bonn, Erlangen, Fribourg, Giessen, Gœttingue, Heidelberg, Tubingue, 1 pour chaque ; 8 universités n'en comptent point.

Les *Privat Docenten* ont été pour : Berlin, 62 ; Leipzig, 30 ; Heidelberg, 28 , Breslau, 24 ; Munich, 23 ; Halle, 20 ; Tubingue, 20 ; Gœttingue, 19 ; Kiel, 15 ; Iéna, 14 ; Kœnigsberg, 14 ; Bonn, 13 ; Marburg, 13 ; Wurzburg, 13 ; Strasbourg, 8 ; Greifswald, 7 ; Kostock, 6 ; Fribourg, 5; Giessen, 5 ; Erlangen, 1.

Berlin compte donc pour 120 professeurs, 62 Privat-Docenten, tandis que Erlangen n'a qu'un Privat-Docent pour 45 professeurs.

Il y a eu 15,965 étudiants inscrits, 1,739 auditeurs bénévoles, total : 17,704, ce qui donne un membre enseignant pour 9 à 10 étudiants et 10 à 11 auditeurs. Sur les 15,965 étudiants, on compte 3,717 étudiants en médecine qui ont été : à Wurzburg, 518 : à Leipzig, 502 ; à Munich, 310 ; à Berlin, 299 ; à Greifswald, 281 ; à Strasbourg, 184 ; à Bresleau, 170 ; à Halle, 163 ; à Kœnigsberg, 161 ; à Tubingue, 158 ; à Erlangen, 151; à Gœttingue, 135 ; à Marburg, 132 ; à Bonn, 126 ; à Fribourg, 117 ; à Hidelherg, 83 ; à Iéna ; 78 à à Giessen, 65 ; à Kiel, 55 ; à Kostock, 29. (*Wiener. Mediz. Wochenschrift.*)

La *Gazette médicale de Strasbourg* annonce la mort de M. le Dr TRAUHMANN, médecin cantonal de Brumath qu'une affection pulmonaire, datant de plusieurs années vient d'enlever à sa famille et à nombreuses clientèle.

ERRATA. — N° 5, p. 66, col. 1, au lieu de « leçons de son métier » lisez « *leçons de son maître* » — N° 6, p. 76, col. 1, au lieu de « Jules Prévost » lisez « *Jules Crévaux* ».

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 8 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 FÉVRIER 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. TRÉLAT.

De la réunion primitive et secondaire des plaies.

Leçon recueillie par P. RECLUS et E. ORY, internes des hôpitaux.

Messieurs,

Avant de terminer ces entretiens cliniques, je voudrais vous exposer les opinions que je professe sur un sujet intéressant à bien des titres: *la réunion primitive et secondaire des plaies*. Mais cette étude est si vaste que je devrai, puisque le temps me presse, en indiquer seulement les points principaux; aussi, serai-je bref et passerai-je rapidement sur l'historique de la question. Je l'ai d'ailleurs traité avec quelques détails, l'année dernière, dans mon cours à l'École de Médecine.

La réunion primitive est, pendant très-longtemps, restée inconnue des chirurgiens; sans doute, ils devaient assister parfois à de pareilles cicatrisations, mais ils ne la recherchaient pas. Il faut arriver jusqu'au dernier siècle pour que ce mode de guérison les préoccupe et devienne, pour eux, le résultat d'une méthode ; l'Académie de Chirurgie s'empare de la question, elle en pose nettement les termes ; cependant on voit déjà s'établir une confusion regrettable, et qui deviendra, plus tard, la source de discussions et d'erreurs : l'idée de *suture* est si intimement liée à celle de *réunion primitive* que l'on confond le résultat avec les moyens employés pour l'obtenir. Cet abus de langage se retrouve encore au commencement de ce siècle, comme on peut s'en convaincre dans le mémoire de Lombard sur *les Plaies récentes*.

A cette époque, les tendances s'accusent; la réunion primitive est proposée par les uns, violemment attaquée par les autres, et tandis qu'elle compte en Angleterre de nombreux défenseurs, elle est en France, à Paris surtout, presque systématiquement exclue. Ne voit on pas même, vers 1840, Roux, un des rares adhérents de cette nouvelle doctrine, la défendre beaucoup et la pratiquer très-peu. Mais si l'Académie de Chirurgie est unanime pour approuver la réunion secondaire par bourgeonnement des surfaces, à Montpellier, au contraire, on était moins exclusif.

Toutes ces discussions, d'ailleurs n'auraient que bien lentement entraîné les esprits, car dans les deux camps on développait des arguments d'une incontestable valeur. Les partisans de la réunion tiennent un langage fort séduisant : obtenir la cicatrisation prompte, n'est-ce pas supprimer tous les accidents ? se mettre à l'abri des dangers inhérents aux suppurations longues, de l'affaiblissement consécutif de tout le cortége des fièvres ? Plus d'érysipèle, plus d'infection putride. — Mais, leur répondait on, un si beau résultat l'obtenez-vous ? Vos cicatrisations sont incomplètes, les parties profondes ne se réunissent pas et vous avez alors de larges décollements, des clapiers, des fusées purulentes, des rétentions de matières septiques, qui deviennent des foyers d'infection, et comme d'autre part la réunion superficielle a pu s'opérer, vous vous endormez dans une sécurité trompeuse. Ne vaut-il pas mieux laisser les plaies ouvertes, déterger les surfaces et surveiller avec soins les progrès des bourgeons charnus ? Notre méthode est plus lente, mais plus sûre.

La question menaçait de s'éterniser, mais il était un terrain commun où se rencontrèrent les deux Ecoles. Ne fallait-il pas reconnaître que la réunion primitive était indispensable dans les autoplasties, opération acceptée et pratiquée par tous les chirurgiens? On eut ainsi de plus fréquents exemples de réunions primitives, les avantages purent en être appréciés et l'accord devint plus facile.

Il ne faudrait pas croire cependant, que ces discussions fussent restées stériles; elles eurent pour résultat de provoquer d'utiles recherches. Chacun perfectionna sa méthode et inscrivit à son actif d'utiles améliorations. Les uns choisirent et avivèrent leurs lambeaux avec plus de soin, en surveillèrent la nutrition, et rendirent l'affrontement plus exact en multipliant les sutures. Les autres ont cherché les meilleurs pansements et diminué la suppuration par le choix judicieux des topiques et des appareils. Ils ont étudié les maladies des bourgeons charnus et surtout les moyens de les prévenir. De cette préoccupation naquirent les préparations à l'alcool, à l'acide phénique, à la glycérine; les bandelettes par occlusions, les bandelettes unissantes; et dans ces derniers temps, les pansements ouatés de M. A. Guérin, qui ont rendu de si grands services à la chirurgie.

Tout le monde en profita; on reconnut, en présence de ces améliorations successives, que les deux moyens pouvaient, suivant les cas, donner de bons résultats. Pour moi, Messieurs, mon opinion, à ce sujet, est fortement assise, je crois que *ce qu'il faut le plus rechercher c'est la réunion primitive*. On ne doit pas cependant l'employer en aveugle : elle a, comme toute méthode chirurgicale, des indications et des contre-indications qu'il faut déterminer avec soin.

Qui oserait, par exemple, proposer la réunion primitive pour une plaie contuse, par éclat d'obus ? Ne serait-ce pas un non-sens ? Dans les ablations de tumeurs volumineuses, les carcinomes du sein, où l'on doit suivre les prolongements multiples, on crée des plaies anfractueuses, la réunion peut-elle être tentée ? Certainement non. Vous ne pourriez mettre en contact les parties profondes, la réunion ne serait que superficielle et vous auriez ainsi des accumulations de pus. Ceci est déjà une contradiction formelle, et dans ces cas, la réunion primitive doit être rejetée.

Je suppose même cet affrontement possible, toutes les conditions sont-elles remplies ? Non, et vous devez encore rechercher s'il existe dans votre plaie un corps étranger, de quelque nature qu'il puisse être. Or, le sang épanché est un corps étranger, qui doit, pour être éliminé, subir des transformations régressives; aussi y a-t-il contre-indication, si l'hémostase n'est pas complète, si des caillots s'amassent au-dessous des lambeaux. Les tendons et les aponévroses, les surfaces osseuses dénudées se mortifient, les fibres musculaires privées de leurs vaisseaux nourriciers se sphacèlent, les amas graisseux, les poussières osseuses dans les amputations, tous ces corps sont devenus étrangers à l'organisme et comme tels sont condamnés à l'élimination. A plus forte raison en sera-t-il de même si la plaie contient des balles, des esquilles, des morceaux d'étoffe, ou simplement des fils à ligature. Le chirurgien doit calculer les chances de vie des tissus qui constituent son lambeau, il doit juger de sa vascularisation, de sa vitalité et ne se décider qu'à bon escient. C'est ici qu'intervient réellement l'art ; ce n'est plus une question de science ou de doctrine !

Il faut bien l'avouer cependant, malgré une appréciation exacte des indications, lorsqu'on croit avoir accumulé toutes les chances de réussite, il peut survenir tel accident, qui compromet le résultat de l'opération. On ne saurait tout prévoir : les hémorrhagies en nappe qui peuvent se faire dans la profondeur des tissus, ou les ruptures secondaires d'artères plus considérables. Le sang s'écoule entre les lambeaux, décolle les lèvres de la plaie et la guérison se trouve nécessairement compromise.

Ne faut-il pas même compter sur l'indiscipline du malade, qui, par des mouvements intempestifs, peut déplacer l'appareil, détruire des adhérences en voie de formation? Mais n'oubliez pas surtout le rôle prépondérant que joue l'état général du patient, car on ne saurait trop insister sur ce point : une opération bien conduite échouera misérablement chez un individu affaibli et qui, dans le cours de la cicatrisation, est plus exposé qu'un autre aux influences morbides. Rappelez-vous le petit malade, couché au n° 5 de notre salle des femmes, et opéré d'un bec de lièvre incomplet. La réunion paraissait marcher régulièrement, lorsque nous avons vu l'enfant s'affaiblir, être pris de diarrhée et de toux, la nutrition s'est mal faite, et nous n'avons obtenu qu'une cicatrisation partielle. Aussi, me voyez-vous attendre le rétablissement complet de ses forces, avant de tenter de nouveau la réunion. N'est-ce pas au même titre que vous verrez à la suite d'une amputation, s'ulcérer le périoste et l'os se mortifier chez les gens anémiés ou cachectiques.

Vous le voyez, Messieurs, il est certains cas où les indications précises sont délicates à saisir, c'est par le souvenir des faits déjà observés qu'on arrive à régler sa conduite, qui devient pour ainsi dire le résumé de la pratique chirurgicale. Mais il n'en reste pas moins établi que la méthode à choisir est soumise, le plus souvent, à des indications et à des contre-indications que l'on doit rechercher.

Si le malade est affaibli, s'il y a menace d'hémorrhagie primitive ou secondaire, la contradiction est formelle ; elle l'est encore, s'il existe un corps étranger, si la plaie est anfractueuse, si l'affrontement est impossible, si les lambeaux, peu vasculaires, mal nourris, sont prêts à se mortifier. Dans ces cas, on pourrait tout au plus essayer une réunion partielle dans un point circonscrit de la plaie.

Mais vous ne devez pas oublier que les procédés mis en usage sont d'une incontestable importance. Le mode d'incision, par exemple, la forme du lambeau, ses rapports avec le lambeau correspondant, peuvent à eux seuls déterminer une réunion primitive. N'est-ce pas ce qu'a fait de Graeffe, — et c'est son plus grand mérite, — dans ses opérations sur la cornée ? N'est-ce pas ce qu'on recherche dans toutes les méthodes dites linéaires. Ici, par leur situation même, les lèvres de la plaie s'affrontent exactement et vous savez, Messieurs, que ce point est des plus importants. Vous m'avez vu faire, cette année, plusieurs opérations de phimosis, et vous vous rappelez avec quel soin je mettais en contact le bord de la muqueuse et celui de la peau. Pour plus de sûreté, je me charge toujours de cette partie délicate de l'opération, confiant à mes aides l'application des serre-fines.

Si je devais résumer en quelques mots les indications de la réunion primitive, je vous dirais : *tentez-la toutes les fois que l'accolement des parties profondes est possible, c'est la condition indispensable, sans laquelle échoueront tous vos efforts.*

Et du reste, cette réunion des parties profondes peut être obtenue plus souvent qu'on ne croit. Dans une discussion de la Société de chirurgie, j'ai rapporté deux cas d'extraction de lipomes, certainement aussi volumineux que le poing, et ce ne fut pas, sans étonner mes collègues, que je leur déclarai avoir tenté avec succès la réunion primitive. Or, je devais cet heureux résultat à la méthode que j'emploie toujours dans ces conditions et que je ne saurais trop vous recommander :

J'affronte exactement les parties profondes, parfois même, en sacrifiant la régularité de la réunion superficielle. C'est ce que, dernièrement encore, vous m'avez vu faire, lors de l'ablation d'une petite tumeur de l'aisselle ; puis je maintiens les parties en contact, avec des plaques d'amadou, qui exercent une compression élastique et assez forte sur les parties à effectuer. Je cherche, enfin, pour la région, la plus grande immobilité, leur repos absolu est en effet un élément important. Dans ces derniers temps, M. Houzé de l'Aulnoit produisait à la Société de Chirurgie un certain nombre d'amputations qu'il avait pratiquées avec succès : il attribuait ces succès au soin qu'il prenait de recouvrir l'extrémité osseuse, par un lambeau périostique. N'est-ce pas plutôt l'immobilité parfaite dans laquelle il maintenait le membre qu'il faudrait glorifier ?

Aussi, Messieurs, aurez-vous le droit d'espérer une prompte guérison, toutes les fois que vous saurez vous mettre dans ces conditions, que je regarde comme indispensables : le maintien des parties profondes dans le contact le plus parfait; une légère compression élastique et l'immobilité. Ce sont ces principes qui m'ont guidé dans une récente autoplastie. Il s'agissait d'un large cancroïde de la joue et de l'aile du nez, la perte de substance était considérable, elle a dû être comblée par un lambeau fort étendu. Après m'être assuré que tout épanchement de sang avait cessé, après avoir nettoyé les surfaces, j'ai affronté avec soin les tissus, j'ai multiplié les points de suture, en évitant tout tiraillement.

Vous m'avez vu, ensuite, supperposer le long des sutures, des bandelettes d'amadou, elles avaient le double but de maintenir l'accollement des parties et d'exercer une compression méthodique.

Dès les premiers jours, nous pouvions constater que l'adhésion était obtenue, et cela, sans fièvre, presque sans rougeur et sans gonflement; qu'il n'existait nulle part de rétention de pus, et que la guérison était proche, malgré l'âge avancé du malade. N'est-ce pas aux précautions prises que nous devions un aussi heureux résultat ?

Messieurs, l'heure s'avance, et je suis loin d'avoir épuisé le sujet qui nous occupe. Bien des points sont restés dans l'ombre, qui méritaient de longs développements, bien des détails, ont été omis, qui ne seraient pas sans utilité. Je ne puis achever aujourd'hui, mais j'aurai sans doute, soit au lit du malade, soit dans les leçons cliniques que je reprendrai l'an prochain, l'occasion de compléter ces notions et de plaider encore, devant vous, la cause de la réunion primitive.

CLINIQUE MÉDICALE

Pleurésie purulente ; Six thoracentèses ; Guérison ;

Par **E. BARIÉ**, interne des hôpitaux.

Le nommé K... Jean, journalier, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Mesnet), le 5 janvier 1874. — Le malade nous dit que, depuis un an environ, il se sentait gêné pour respirer, qu'il toussait assez fréquemment et qu'il perdait ses forces peu à peu. Malgré cet état maladif, il continua à travailler, mais vers le milieu de février la toux et la dyspnée ayant augmenté, il cessa tout travail, et pendant deux mois garda le lit ou la chambre. Durant ce temps, un médecin lui fit appliquer successivement trois vésicatoires sur le côté gauche de la poitrine. A la suite de ce traitement, il se sentit mieux, et reprit ses occupations ; mais la toux augmentait tous les jours, il maigrissait considérablement et fut de nouveau obligé de reprendre le lit vers le mois de juillet. Trois vésicatoires successifs furent appliqués sur le côté gauche.

Vers la fin du mois de novembre, il fut pris, tout d'un coup, et *pour la première fois*, d'un point de côté, très-douloureux, à gauche. Malgré cet état général grave, le malade ne cessa pas complétement ses occupations, travaillant deux jours, se reposant deux autres jours, et ne se décida à entrer à l'hôpital qu'alors qu'il lui fut impossible de se lever. Comme antécédents, nous ne trouvons aucune maladie grave : le malade nous dit que jamais il n'avait toussé avant cette maladie, et que jamais il n'avait craché de sang.

Le 5 janvier, à son entrée, le malade est pâle, amaigri, et a l'aspect souffreteux ; il n'a pas de dyspnée. Respiration à 20 ; K.. tousse un peu et expectore quelques crachats blancs et aérés. Nous le faisons mettre debout, et rien qu'à la simple inspection, nous constatons une différence très-notable dans l'amplitude des deux côtés du thorax : le côté gauche est déformé et considérablement élargi ; une mensuration comparative, nous donne le tableau suivant :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	47 centimètres.	Haut....	46 centimètres.
Milieu...	46 —	Milieu...	44 —
Bas.....	45 —	Bas.....	42 —

Cette mensuration est pratiquée de la façon suivante : 1° Un point, *point sternal*, est pris, sur le milieu de la ligne intermamelonnaire ; 2° Un second point, *point rachidien*, est pris en arrière, sur la colonne vertébrale, en ayant soin de le faire passer dans le même plan que le premier ; 3° Deux autres points rachidiens sont pris, l'un à 10 centimètres au-dessus, l'autre à 10 centimètres au-dessous du précédent. Cela fait, on applique l'extrémité d'un mètre en étoffe, sur le point sternal, et on mesure, de chaque côté du thorax, la distance qui sépare ce point des trois points rachidiens.

Quand le malade est dans le décubitus dorsal, on constate que le *cœur* est déplacé, il occupe la partie droite du thorax, et ses battements sont visibles par des mouvements ondulatoires brusques de la paroi thoracique, sa base paraît être dans le 3e espace intercostal droit, et sa pointe bat dans le 5e espace, à 1 centimètre en dedans du mamelon du même côté. La partie gauche du thorax forme une voussure antérieure considérable.

La *percussion* dénote une matité absolue, en avant et en arrière, occupant toute la hauteur du poumon gauche. Dans les mêmes points, l'auscultation montre une absence complète du murmure respiratoire. Pas de souffle, ni d'égophonie. Pas de vibrations thoraciques. Au niveau de la pointe du cœur, souffle râpeux très-intense, au premier temps.

L'ensemble de ces signes permet donc d'établir le diagnostic : Epanchement pleurétique gauche, considérable, chez un individu non tuberculeux, l'auscultation ayant montré l'absence de tout signe morbide dans les sommets.

6 janvier. Le lendemain le malade est calme, un peu de dyspnée. R. 20 ; P. 84 ; T. 38°. — *Soir* ; P. 90. T. A. 38°. — Le malade ne peut se coucher que sur le dos ou sur le côté gauche.

8. Même état. P. 90 ; T. A. 38°.2. — *Soir*. P. 90 ; T. A. 38°,4.

9. La dyspnée a augmenté. On se décide à pratiquer la *thoracentèse*. La ponction, pratiquée dans le 5e espace intercostal gauche, est faite avec l'appareil aspirateur Potain. Il s'écoule 750 grammes de pus bien lié et inodore. On ne pousse pas plus loin la ponction, de peur que le retrait brusque du liquide n'amène un déplacement brusque du cœur, pouvant occasionner une syncope, etc. Après la thoracentèse, P. 80 ; T. A. 37°,2. — *Soir*, P. 90 ; T. 38°.

10. Le malade se trouve mieux, il est moins gêné pour respirer. P. 90 ; T. A. 37°,3. — *Soir* P. 95 ; T. 38°,2.

11. La percussion et l'auscultation dénotent les mêmes signes. P. 90 ; T. 38°,8.

14. *Seconde thoracentèse* (faite avec trocart ordinaire et sac de baudruche.) Il s'écoule 1,000 grammes de pus. L'opération se fait sans difficultés, le malade est calme et ne tousse pas. Après la ponction : P. 80 ; T. 37°,6. — *Soir*, P. 90 ; T. 38°. Le malade dit qu'il a beaucoup toussé pendant la journée.

15. La matité a diminué un peu en arrière et en haut, et dans la fosse sus-épineuse on commence à entendre un peu de murmure vésiculaire.

16, 17, 28. Le malade est beaucoup mieux. Deux portions. R. 18.

25. Nous trouvons quelques petits filets de sang dans son crachoir. Matin P. 84 ; T. 37°,6. Soir P. 90 ; T. 38°,4.

27. Depuis hier, le malade dit être un peu gêné pour respirer et réclame lui-même une nouvelle ponction.

28. *Seconde mensuration ;*

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	44 centimètres.	Haut....	45 centimètres.
Milieu...	44 —	Milieu...	45 —
Bas.....	43 —	Bas.....	43 —

31. *Troisième thoracentèse* (trocart ordinaire et sac de baudruche). Il s'écoule 1,000 gr. de pus après la ponction. P. 90 ; T. 37°,9.

1er *février*. Dans la journée d'hier, après la ponction, le malade a beaucoup toussé ; crachats blancs.

8. Le malade se lève toute la journée ; il prend de l'embonpoint et a un très-grand appétit.

13. Epistaxis pendant la nuit. — 14. Un peu de dyspnée. P. 90.

16. *Quatrième thoracentèse*. Il s'écoule 1,000 gr. de pus.

17. *Mensuration :*

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	45 centimètres.	Haut....	46 centimètres.
Milieu...	44 —	Milieu...	45 —
Bas.....	43 —	Bas.....	43 —

29. La matité ne monte plus que jusque vers l'angle inférieur de l'omoplate. On entend le murmure vésiculaire très-net au sommet gauche et en arrière.

2 *mars*. *Mensuration :*

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	45 centimètres.	Haut....	46 centimètres.
Milieu...	44 —	Milieu...	45 —
Bas.....	43 —	Bas.....	43 —

3 *mars*. *Cinquième thoracentèse*. — 1,800 gr. de pus. Après la ponction : P. 90 ; T. 37°,8. — Soir. P. 90 ; T. 37°,8.

4. Sous la clavicule gauche, on constate un souffle tubaire intense, mélangé pendant la toux, de bulles de râles muqueux. Ces bruits ne sont autre chose que l'indice du murmure vésiculaire qui pénètre à nouveau dans des alvéoles imperméables jusqu'alors. En arrière, la matité n'existe plus que dans la moitié inférieure du poumon ; dans la moitié supérieure, il n'y a plus qu'un peu de submatité, et dans ce point on entend les bruits respiratoires très-nets. Le cœur est ramené lentement vers la partie gauche du thorax, sa pointe qui battait à 1 centimètre en dedans du mamelon droit, bat maintenant vers la moitié gauche du sternum.

26. Voici les résultats fournis par la mensuration :

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	45 centimètres.	Haut....	46 centimètres.
Milieu...	43 —	Milieu...	45 —
Bas.....	43 —	Bas.....	43 —

27. En faisant mettre le malade debout, nous constatons un aplatissement latéral de la partie gauche du thorax, des plus notables. Il est donc certain que la cavité pleurale se rétrécit de jour en jour par le retrait des côtes.

28. M. Mesnet pratique la *sixième thoracentèse* (1,350 gr. de pus). — Pendant toute la durée du mois d'avril, l'état du malade s'améliore de plus en plus ; l'appétit est excellent, il se lève toute la journée et descend au jardin.

2 *mai*. La *mensuration* donne les chiffres suivants.

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	43 centimètres.	Haut....	46 centimètres.
Milieu...	42 —	Milieu...	45 —
Bas.....	42 —	Bas.....	45 —

15. Le malade est absolument bien, il fait le service des salles, respiration facile. Il a aujourd'hui beaucoup d'embonpoint et depuis plus de 6 semaines, il ne tousse plus.

27. Une dernière mensuration est pratiquée.

Côté gauche.		Côté droit.	
Haut....	43 centimètres.	Haut....	46 centimètres.
Milieu...	41 —	Milieu...	45 —
Bas.....	39 —	Bas.....	46 —

Le côté gauche du thorax présente un aplatissement latéral considérable.

24. Le malade quitte l'hôpital. Etat général excellent. La portion inférieure gauche, montre toujours de la matité ; mais les trois quarts supérieurs ont un peu de sonorité ; dans ces points la respiration est presque aussi pure que du côté droit.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter est un bel exemple de pleurésie purulente, guérie par des ponctions successives, sans empyème ni lavage de la plèvre.

Pendant les six mois que le malade a passés dans notre service, six thoracentèses ont été pratiquées, enlevant près de 7 litres de pus. Jamais, durant cette longue période, le malade n'a éprouvé ni malaise, ni frissons, ni accès de fièvre, jamais, non plus, la qualité du pus n'a été altérée et dans la dernière thoracentèse le liquide était aussi

crémeux, aussi inodore, que lors des premières ponctions.

Aidée par l'évacuation graduelle du liquide, la guérison s'est faite par l'affaissement et le retrait progressif de la cage thoracique; et si nous comparons la première mensuration avec la dernière, nous aurons en chiffres l'évaluation de l'affaissement des côtes.

Côté gauche.

Première mensuration.		Deuxième mensuration.			
Haut....	47 centim.	Haut....	43 centim.	Affaissement.	4 centim.
Milieu...	46 —	Milieu...	41 —	—	5 —
Bas.....	45 —	Bas.....	39 —	—	6 —

Ajoutons enfin que le malade, pâle et très-amaigri à son entrée, a quitté l'hôpital dans un état de santé excellent.

Rétrécissement congénital de l'aorte; Athérome; hypertrophie du cœur; absence d'une des valvules sigmoïdes;

Par **MOUTARD-MARTIN**, interne des hôpitaux (1).

Leclerc N. J., 65 ans, charron (né à Paris) entre le 26 octobre Salle Saint-Augustin, Service de M. CONSTANTIN PAUL.)

D'une bonne santé habituelle, sauf une petite vérole dont il fut atteint dans son enfance, ce malade n'a jamais ressenti de douleurs articulaires, et n'a jamais souffert de rhumatismes.

Depuis deux ans environ, sa respiration est devenue courte, et il éprouve de la difficulté à marcher vite, à courir, à monter : l'essoufflement et l'oppresion ont sensiblement augmenté depuis deux mois; toutefois, le malade n'a jamais ressenti de vives douleurs à la région précordiale, tout au plus quelques légères palpitations; depuis quelques semaines, les jambes sont fréquemment gonflées.

L'examen physique donne les résultats suivants : Tout d'abord, le malade parait plus jeune qu'il ne l'est en réalité, tout le sommet du crâne est, il est vrai, dépourvu de cheveux, mais ceux qui restent sont noirs; toutefois un examen attentif montre un léger cercle sénile à la partie supérieure de la cornée, et l'exploration de l'artère radiale révèle un athérome avancé.

L'auscultation des poumons ne fournit aucun renseignement important : la respiration est sibilante, emphysémateuse, l'expiration légèrement prolongée. Au cœur, la percussion confirme l'existence d'une hypertrophie; on trouve le choc de la pointe à quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du mamelon. L'auscultation montre, à la pointe, un souffle doux et au 1er temps; tandis qu'à la base, on rencontre un souffle rude systolique, dont il faut absolument rapporter le maximum au niveau de la 3e articulation synchondro-costale gauche. — En présence de ces signes, et bien que désireux de rattacher tous les bruits pathologiques à un seul des orifices cardiaques, on porte le diagnostic suivant : *Rétrécissement aortique avec insuffisance mitrale, hypertrophie du cœur, athérome*, (le pouls radial possédait en effet tous les caractères de rigidité et de faiblesse qu'il doit à l'altération de la paroi artérielle, et aux flexuosités du vaisseau), — les fémorales ne parurent pas atteintes par la dégénérescence.

Le foie et la rate ont leur volume normal : épanchement léger dans la péritoine. Œdème peu marqué au niveau des malléoles et à la partie interne des cuisses. — L'urine ne contient pas d'albumine, le malade n'accuse aucune douleur au niveau des reins. Pas de troubles de la vue.

Cet état subsista pendant trois jours, durant lesquels on continua d'ausculter le cœur, dans le but de localiser à un seul orifice l'altération pathologique. L'auscultation pratiquée à la partie postérieure de la poitrine ne fournissait aucun renseignement ; sur le trajet des carotides, on entendait un bruit de souffle dû à la propagation de celui de la base. Le malade fut pris de dyspnée le 28 *octobre*, celle-ci continua malgré l'application de trente ventouses sèches, elle augmenta même jusqu'au lendemain : le malade était cyanosé, asphyxiant : des râles humides s'entendaient des deux côtés de la poitrine, et une œgophonie légère à gauche, avec diminution du bruit respiratoire, devint manifeste : les vibrations, faibles des deux côtés, ne paraissaient pas sensiblement diminuées. — Rien de nouveau du côté du cœur. — L'œdème augmente ainsi que l'ascite.— La dyspnée ne fit que s'accroître, et le malade succomba le 1er novembre.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Poumons emphysémateux, congestionnés à leur base. Dans la plèvre gauche, épanchement peu abondant de sérosité claire ; quelques fausses membranes légères nagent dans le liquide. Rien de particulier dans l'abdomen : épanchement modéré, viscères sains et normaux.

L'appareil de la circulation doit attirer toute notre attention. Le cœur et l'aorte jusqu'à sa terminaison sont détachés avec soin. — Ce qui frappe avant tout, c'est l'hypertrophie *énorme* du cœur qui, dans sa portion ventriculaire seulement, mesure 18 centimètres de la base au sommet. Les oreillettes sont également volumineuses. Au péricarde, ni épanchement, ni traces d'inflammation. La pointe du cœur est formée exclusivement aux dépens du ventricule gauche dont les parois mesurent 25 mm. d'épaisseur. Le ventricule gauche, est en même temps dilaté : le doigt introduit dans sa cavité et dirigé vers l'orifice aortique est arrêté par le rétrécissement qui siége à ce niveau. Ventricule droit sain. Trou de Botal oblitéré. Oreillettes droite et gauche hypertrophiées et dilatées, remplies, ainsi que les ventricules, de caillots agoniques. Valvule tricuspide saine. Valvule mitrale légèrement rugueuse, épaissie, avec coloration blanchâtre au niveau de sa valve gauche (lésions qui suffisent à expliquer le souffle de la pointe.) Dans l'oreillette droite, quelques taches blanches, traces d'endocardite, dont une surtout très-marquée au voisinage de la cloison inter-auriculaire. Orifice aortique, formé par *deux valvules seulement* et considérablement rétréci : il a 2 c. de diamètre, et 7 c. de circonférence; l'index ne peut passer entre ces deux valvules considérablement épaissies, devenues cartilagineuses et même ossifiées, dont la partie ventriculaire porte des bourgeons exubérants, et qui, par l'impossibilité qu'apporte leur rigidité à l'adossement de leurs bords, sont légèrement insuffisantes; aucune trace de l'existence d'une troisième valvule sigmoïde, ni de la fusion de deux en une seule.

Crosse de l'aorte dilatée, surtout depuis l'origine du vaisseau jusqu'au tronc innominé. Elle mesure, au niveau des artères coronaires, 83 mm. de circonférence, et à trois centimètres plus haut, 95 mm. Les artères qui naissent de la crosse sont normales, mais sensiblement dilatées : le diamètre des sous-clavières et des carotides, à leur origine, égale pour les premières 17 mm. et pour les secondes 1 cent. Le tronc innominé mesure, à sa naissance, 5 cent. de circonférence, et les sous-clavières 45 mm.; la gauche offre à son origine un renflement marqué. La circonférence de l'aorte un peu avant la naissance de ce vaisseau égale 62 mm. Un peu plus loin (à 1 cent. au-delà du canal artériel) nous trouvons un *rétrécissement considérable du calibre de l'aorte*, qui se traduit au dehors par une déformation de la paroi du vaisseau, analogue à celle que lui ferait éprouver l'application d'une ligature, et qui à l'intérieur n'admet pas le petit doigt. Il mesure verticalement 13 mm. et horizontalement 1 cent. La paroi postérieure de l'aorte semble contribuer à sa formation pour une large part, et faire dans l'intérieur du vaisseau une plus forte saillie que la paroi antérieure; celle-ci paraît se continuer insensiblement avec le segment du vaisseau qui précède le rétrécissement; l'autre au contraire paraît établir avec ce segment une limite plus marquée, d'une forme générale arrondie; son diamètre vertical l'emporte cependant sur son diamètre horizontal. L'aorte reprend ensuite ses dimensions normales : elle mesure, à trois centimètres au-delà du rétrécissement, 38 mm., et au niveau du tronc cœliaque, 6 cent. de circonférence. Les artères qui naissent au-dessus de l'obstacle apporté à la circulation sont toutes dilatées; la mammaire interne (la seule des branches de la sous-clavière que nous ayons pu examiner) avait 13 mm. de circonférence; elle était béante, épaissie, sinueuse.

L'existence de lésions athéromateuses offrait cette particularité remarquable qu'elle était limitée au département vasculaire situé au-dessus du rétrécissement : ainsi, un peu au-

(1) *Société anatomique*, 1874.

dessus des coronaires, on trouve des plaques athéromateuses, on rencontre une plaque calcaire au point d'origine de la sous-clavière droite; une série de plaques à des degrés différents de leur évolution précédant le rétrécissement : ces lésions n'occupent en résumé qu'une étendue restreinte de la paroi aortique : au niveau du canal artériel ou plutôt un peu après son embouchure, se trouve une incrustation calcaire. Le canal artériel est représenté par un cordon fibreux, volumineux, absolument imperméable, et contenant des dépôts athéromateux à sa partie voisine de l'aorte, sous forme d'une longue aiguille, dont la pointe est tournée vers l'artère pulmonaire. Au niveau du rétrécissement lui-même, il existe seulement un état dépoli et rugueux de la membrane interne; au-delà, à peine trouve-t-on sur l'aorte quelques taches jaunâtres ; rien absolument dans les artères auxquelles elle donne naissance, les fémorales comprises. Au contraire, en deçà du rétrécissement, non-seulement la mammaire interne est couverte de plaques athéromateuses, non-seulement les artères du cerveau (carotide interne, surtout au niveau de sa bifurcation, et tronc basilaire) offrent des lésions de même nature, mais les artères du cœur lui-même sont à la fois dilatées, flexueuses, épaissies et incrustées. La coronaire gauche mesure 23 mm. de circonférence à son origine. Enfin, l'exploration du pouls par le toucher et par le sphygmographe nous avait montré la même altération sur les artères des membres thoraciques.

Rien à noter dans le cerveau, si ce n'est l'existence, au point où l'on trouve normalement la communicante antérieure, de *deux* artères semblables, dont la première occupe la place ordinaire, tandis que la seconde naît à 5 mm. après elle, interceptant ainsi une sorte de petit quadrilatère entre ces deux communicantes et les deux cérébrales antérieures.

Réflexions. — Cette observation nous offre donc à noter les particularités suivantes : Rétrécissement congénital de l'aorte au niveau du canal artériel. — Athérome des artères situées en-deçà du rétrécissement. — Rétrécissement aortique avec insuffisance légère (et absence d'une des valvules sigmoïdes). — Hypertrophie considérable du cœur avec dilatation. — Insuffisance mitrale légère. — Existence de deux artères communicantes antérieures, au niveau de l'hexagone artériel.

Je ne fais que signaler en passant l'absence congénitale d'une des valvules sigmoïdes. Le fait est rare. Cependant, cette année même, on a présenté à la Société anatomique plusieurs cas de ce genre ; d'ailleurs rien dans l'examen de l'orifice aortique n'autorise à croire qu'il y ait eu fusion pathologique des deux valvules en une seule.

Le rétrécissement de l'aorte que je viens de décrire est-il congénital ? Rien ne permet de penser que le dépoli et l'état rugueux de la membrane interne aient été suffisants pour produire ce rétrécissement ; d'ailleurs son siége est celui auquel se rencontrent habituellement les rétrécissements congénitaux qui ont été décrits au nombre de cinquante-cinq dans l'article du ***Dictionnaire encyclopédique*** publié en 1865 par MM. Charcot et Ball. L'occlusion du trou de Botal, et celle du canal artériel que nous trouvons dans l'observation qui précède, comme dans la plupart des autres, doit-elle infirmer notre manière de voir ? Nous ne le pensons point, car la persistance de ces deux organes normalement transitoires ne paraît nullement nécessaire pour expliquer la formation du rétrécissement congénital, quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse à laquelle on se rattache : que l'on adopte l'opinion de M. Dumontpallier et que l'on veuille avec lui faire intervenir une propagation à l'aorte, de l'inflammation physiologique nécessaire à l'occlusion normale du canal artériel : ou qu'on se rattache à la doctrine de Rokitansky, pour lequel au contraire une occlusion prématurée du canal artériel est la cause du rétrécissement qui siége à ce niveau. Dans les deux hypothèses il est admis que le canal est oblitéré. Quant à la persistance du trou de Botal, c'est à peine si on peut la rencontrer dans un sixième des observations publiées.

L'hypertrophie énorme du cœur n'a rien qui doive étonner : elle est constante dans ces cas, et d'ailleurs l'existence de deux rétrécissements, l'un congénital et l'autre pathologique, le premier au niveau de ce qui fut l'isthme de l'aorte, le second au niveau de l'orifice aortique, suffit à expliquer le développement considérable qu'avait dû prendre le cœur pour surmonter ce double obstacle, et par suite l'affection secondaire de la valvule mitrale.

Mais faut-il voir une relation de cause à effet entre l'existence du rétrécissement congénital, et l'apparition dans l'aorte et les branches nées au-dessus du rétrécissement de lésions athéromateuses nombreuses et avancées, tandis qu'au-dessous de lui elles sont rares et insignifiantes? En un mot, le rétrécissement aortique est-il secondaire, et l'affection cardiaque (hypertrophie avec insuffisance mitrale légère) relève-t-elle du même processus ? Nous pensons, avec Traube, que l'augmention de la pression et le ralentissement du cours du sang en deçà du premier rétrécissement, c'est-à-dire du congénital rendent suffisamment compte des désordres et des altérations secondaires que nous venons de signaler, c'est-à-dire du développement de l'athérome, du rétrécissement aortique et de l'hypertrophie cardiaque.

Remarquons enfin que, dans l'observation précédente, le pouls crural n'a pas offert la diminution notable signalée dans quelques observations, et que les branches de la sous-clavière qui servent ordinairement à rétablir la circulation collatérale n'ont révélé aucune pulsation sur leur trajet. Il en a été de même de l'épigastrique qui n'atteignait pas la dilatation considérable fréquente dans ces cas et qui a pu parfois mettre sur la voie du diagnostic.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du coma diabétique.

Des complications du diabète, l'une des plus graves et des plus mal connues, en France tout au moins, est le *Coma diabétique*. Le fait suivant, observé par l'un de nous, il y a de cela bientôt trois ans, attira pour la première fois notre attention sur ce sujet. C'est donc par lui que nous commen[illegible] l'exposé des faits que nous avons réunis.

M. S.... [illegible] ans, vivant très-confortablement, obèse, mais se livrant toutefois à un exercice physique régulier, n'avait offert aucun symptôme apparent [illegible] ni polyurie, ni amaigrissement lorsqu'il eut un phlegmon [illegible] au niveau d'un cor siégeant sur l'un des petits orteils. Le phlegmon suppura vite et s'ouvrit spontanément. Dès le second jour de la suppuration, il se montra un commencement de gangrène en même temps que le malade, contrairement à son caractère, donnait des signes d'impatience. Dans l'après-midi du troisième jour, M. S... fut très-surexcité, il causait beaucoup, était d'une gaîté exagérée. La nuit fut un peu agitée. Le jour suivant il survint de l'*assoupissement*, suivi le lendemain d'un [illegible] qui se termina par la mort en [illegible] heures. Les urines, examinées à la M[illegible] où M. S... avait été conduit, renfermaient une grande quantité de sucre.

M. C[illegible] nous eûmes l'occasion de communiquer les détails de ce fait, nous dit qu'il avait à diverses reprises observé ce mode de terminaison du diabète, et nous rapporta brièvement l'histoire de l'une de ses malades.

Mme X..., [illegible] de 35 ans, [illegible] depuis deux ou trois ans. Néanmoins, elle était très-active et avait conservé tous les dehors de la santé. La [illegible] pour la Suisse, son pays, qu'elle devait aller habiter [illegible] à pied, dans Paris, le [illegible] courses soit pour [illegible] pour faire les achats. C'était en été. Après avoir marché [illegible], elle rentra épuisée de fatigue. Vers 6 ou 7 [illegible] comme dans l'ivresse. Mme X... fut [illegible] Les extrémités étaient [illegible] bruit anormal. Le pouls [illegible] le lendemain matin [illegible].

Après [illegible] qui rapprochaient l'observation [illegible] M. Charcot nous apprit que le *coma diabétique*, dont les auteurs français

[illegible], de carac[illegible].

ne parlent pas, était de connaissance vulgaire en Angleterre et, sur ses conseils, nous avons rassemblé des indications qui nous ont paru mériter d'être communiquées à nos lecteurs avec d'autant plus de raison que, dans une circonstance récente, nous avons pu nous convaincre que les travaux d'Outre-Manche n'avaient pas encore pour tout le monde franchi le détroit.

Prout, en 1848, écrivait (1) que, dans le diabète, la vie ne tient souvent qu'à un fil (2) et que les circonstances en apparence les plus insignifiantes étaient susceptibles de déterminer la mort. Pour justifier son assertion, il raconte l'histoire d'individus qu'il a vus succomber à la suite de la fatigue et de l'excitation produites par le voyage de la province qu'ils habitaient à Londres où ils venaient le consulter. Il résume son expérience sur ce point dans ces termes :

Le premier malade était un gentleman de Channel Island qui, ayant souffert beaucoup du froid et du mal de mer pendant le voyage, mourut dans la matinée qui suivit son arrivée dans la ville. — Un second malade succomba avant que je ne le visse, presque aussitôt après s'être installé chez ses amis. — Un troisième mourut presque dans ma maison. J'étais absent quand il vint me consulter. Incapable d'aller plus, il m'attendit. Je le trouvai pour ainsi dire sans voix et ce ne fut qu'après un généreux recours aux stimulants qu'il se remit suffisamment pour être capable d'indiquer l'adresse de ses amis. Il fut conduit sur le champ chez eux avec tout le soin possible, mais il n'en continua pas moins à décliner rapidement et succomba en quelques heures. — Un quatrième eut le même sort peu après son débarquement à Londres... »

Prout fait remarquer que ces malades, en quittant leur domicile, étaient dans leur état de santé ordinaire et que la terminaison fatale ne peut être mise que sur le compte des fatigues du voyage. Aussi pense-t-il que les diabétiques, doivent toujours être avertis des dangers qu'ils courent quand ils se fatiguent ou entreprennent de longs voyages, surtout si le temps est très-froid ou très-chaud. Richardson répète à son tour les mêmes conseils et cite à l'appui deux cas empruntés à sa pratique.

Lorsque j'exerçais la médecine à Tumbridge Wells, écrit-il, j'observai deux cas de mort subite chez des diabétiques qui venaient d'accomplir un long voyage. L'un d'eux qui venait de faire 200 milles fut pris de vomissements deux heures après son arrivée. Je le vis aussitôt; il était dans un état demi-comateux; le pouls était presque absent. Rien ne suspendit les vomissements; le coma devint de plus en plus profond et la mort eut lieu le soir même. — Le second malade après avoir fait un voyage de 100 milles, fut pris également de vomissements, tomba dans le coma et mourut en 24 heures (3).

M. Hilton Fagge et M. F. Taylor ont publié récemment deux observations qui ont ici leur place naturelle. Le premier de ces auteurs rappelle au début de sa relation qu'il est « bien connu que parmi les causes directes de mort dans le diabète, l'une d'elles est l'apparition du coma (4). » Voici l'histoire abrégée de son malade.

James M..., 38 ans, remarqua en juillet 1872 qu'il rendait une grande quantité d'urine, qu'il était très-altéré et que son appétit était accru. En septembre, faiblesse générale qui va en augmentant au point que, en décembre, il fut obligé de rester chez lui pendant une semaine. Il reprit ensuite son travail jusqu'au 8 février. Ce jour-là, il était si affaibli qu'il ne sortit pas. Le 12 février, perte de l'appétit ; dans la nuit du 12 au 13, délire et vomissements. Aucun traitement depuis l'origine du diabète. Le malade, à son entrée à *Guy's Hospital*, le 14 février, était dans le coma : paupières demi-closes, globes oculaires dirigés en haut, pouls imperceptible, respiration lente et laborieuse, refroidissement du corps et des membres, etc. L'urine contient une grande quantité de sucre et un peu d'albumine. Sous l'influence de l'injection dans les veines d'une solution de phosphate de soude et de chlorure de calcium, le malade se réveilla en partie, put parler, boire, s'asseoir, etc. L'amélioration se maintint pendant 24 heures environ. Alors que sa situation était meilleure, on donna au malade de la codéine. A partir de ce moment, il s'assoupit graduellement, ses pupilles se contractèrent et il mourut 30 heures 1/2 plus tard.

M. H. Fagge incline à rendre la codéine responsable du retour du coma. Peut-être y a-t-il des réserves à faire relativement à cette interprétation. En effet, dans l'observation recueillie par M. Taylor, également à *Guy's Hospital*, l'injection saline n'a pas produit une amélioration bien sensible et le coma, momentanément diminué, a reparu aussi profond qu'auparavant, sans qu'on ait pourtant administré la codéine.

S. B..., 22 ans, était très-épuisée lors de son admission le 27 février 1874. Elle rendait des quantités considérables de sucre. Grâce à un traitement approprié, l'excrétion quotidienne du sucre diminua d'un cinquième. Le 6 mars, après s'être promenée dans la salle et s'être plaint d'avoir des douleurs par tout le corps, S. B... tomba promptement dans un état comateux combiné avec un certain degré de collapsus. Le Dr H. Fagge, qui vit cette femme, compara sa situation à celle du malade qu'il avait ranimé par une injection saline. La même opération fut pratiquée à cette femme. Il y eut un amendement tout à fait passager. La température s'éleva de 35°1, à 35°,9. La mort eut lieu deux heures après l'injection (1).

A ces faits empruntés à la littérature médicale anglaise et qu'il serait, croyons-nous, facile de multiplier en compulsant les recueils périodiques, nous en ajouterons trois autres consignés par M. Kussmaul dans un mémoire très-intéressant (2).

X..., 35 ans. Soif exagérée durant l'été de 1872. La présence du sucre dans les urines est constatée pour la première fois en décembre 1872. L'amaigrissement se prononce pendant l'hiver de 1873 et augmente au printemps ainsi que la faiblesse.

Le 16 mai 1873, X... fait une *promenade de deux lieues* et revient *très-fatiguée*. Le 17 et le 18, état habituel. Dans la nuit du 18 au 19, elle est réveillée à 2 heures du matin par une forte dyspnée et de violentes douleurs à l'hypogastre. Celles-ci sont attribuées à la venue prochaine des règles.

Le 19, à 11 heures du matin, anxiété très-marquée, craintes de mourir, face et tronc frais, membres froids. P. très-petit, à 135-140; R. bruyante, à 36 ; rien à l'auscultation. Soif intense. L'urine renferme beaucoup de sucre et un peu d'albumine. — La malade, paraissant en grand danger, on pratique la transfusion du sang de bras à bras (120 gr.). X... se sentit soulagée ; le pouls se releva, mais resta à 130, la respiration ne changea pas. Le soir, l'amélioration se maintenait. Dans la nuit du 19 au 20, l'agitation et la dyspnée reparaissent. Injections repétées de morphine sans résultat. Le 20 au matin, aggravation. X... se plaint d'une grande oppression ; elle est pâle, un peu cyanosée. L'auscultation est négative. R. de 30 à 40 ; P. petit, à 140. Tête et corps plus chauds qu'auparavant. Vers midi, la malade tombe dans un état soporeux et meurt à 9 heures du soir.

De même que dans les cas signalés par Prout, M. Charcot et Richardson, les accidents ont apparu chez cette femme après une promenade fatigante. Ici encore, après la transfusion ainsi qu'après l'injection saline (cas de H. Fagge et de Taylor), il y a eu une amélioration temporaire; mais bientôt, des injections de morphine ayant été pratiquées, le coma reparaît comme on l'avait remarqué après l'injection de la codéine (Cas de M. Fagge), et la mort survient rapidement. Voyons maintenant le second cas de M. Kussmaul.

X..., 17 ans, paraît être diabétique depuis la fin de 1871. En février 1873, on s'aperçut que cette jeune fille, qui avait séjourné plusieurs fois à l'hôpital, buvait outre mesure. De là, examen des urines et constatation du diabète sucré. Elle est mise en traitement, se fatigue bientôt de la viande crue et pour s'en débarrasser quitte l'hôpital. Elle y revient le 3 janvier 1874, dans

(1) *On the Nature and Treatment of Stomach and Renal Diseases*. 5e édit. London, 1848, p. 32.

(2) As illustrations of the frail tenure of life and fatal results from slight causes in Diabetes, I may mention that no less than four individuals have died from the fatigue and excitement incidental to a journey from the country to consult me.

(3) *Researches on Diabetes*. London, 1871, p. 9[illegible].

(4) *Guy's Hospital Reports*, vol. XIX, [illegible], 187[illegible]. — [illegible] *On the [illegible] and Treatment of Diabetes* [illegible], l'opinion de Prout.

(1) *Guy's Hospital Reports*, même volume, p. 521.

(2) [illegible]. *D'un genre de mort particulier chez les diabétiques* [illegible] etc. *Deutsch Arch. für Klin. Med.* [illegible], août 187[illegible].

un état lamentable. Les urines sont toujours sucrées. Amaigrissement, faiblesse extrême, dyspnée. T. 38°, 3 — 38°, 5, etc.

Le 6 janvier, la malade se sent plus faible, ne mange presque plus, mais boit beaucoup. Le 7, à 9 heures, elle se met tout à coup à crier, s'agite, se plaint d'une oppression considérable. Vers 10 heures, elle perd connaissance et tombe dans le coma. Face pâle, un peu bleuâtre. Pas de gonflement des veines du cou. P. petit, à 130. Membres frais. A midi, transfusion du sang de la carotide d'un jeune agneau dans la veine du bras de la malade. Il ne se manifeste qu'une très-légère amélioration. La malade retombe dans le coma et la mort a lieu à 2 heures 1/2 du matin.

Ici encore la succession des accidents est la même : excitation, dyspnée, assoupissement et coma. Voici enfin le dernier cas.

X..., 16 ans. Début probable du diabète en décembre 1873. A la fin de janvier 1874, on note la présence du sucre dans les urines. Traitement (Lait, viande, eau de Vichy, etc.) — Le 2 mars, soif vive, douleurs abdominales, constipation, faiblesse extrême et somnolence. R. haute, forte ; P. 37°, 6. Le 3 mars, répugnance au mouvement, pâleur, oppression. Rien à l'auscultation. Sucre dans les urines ; pas d'albumine.

4 *mars*. Nausées ; inquiétude. — 5 *mars*. Le malade dort, respire avec peine et irrégulièrement. P. 112 ; R. 24 ; P. R 35°, 9.— Il s'éveille parfois, beaucoup, veut se lever, gémit et retombe sans force. — A midi et demi, l'engourdissement augmente. Une inhalation d'oxygène est faite sans résultat. A 10 heures du soir, le malade était dans un assoupissement profond. Respiration bruyante, plaintive ; front cyanosé, déglutition lente et difficile. P. radial insensible. Peau remarquablement fraîche. Mort le 6 mars à 4 heures du matin.

Toutes les observations que nous venons de résumer ont entre elles la plus grande analogie. Dans presque toutes le coma, provoqué par de longs voyages, des courses fatigantes (faits de Prout, Charcot, Richardson, Kussmaul), a été précédé d'une période d'excitation qui nous avait vivement frappés dans le cas que nous avons observé. Souvent, aussi le coma s'est compliqué d'une dyspnée qui semblait être le symptôme le plus pénible pour les malades.

Si l'on en juge d'après les faits qui précèdent le *pronostic* de cette complication est extrêmement grave. Tous les malades ont succombé et aucun des traitements mis à contribution n'a pu enrayer les accidents. Prévenu de la gravité de la période d'excitation qui se montre avant le coma, le médecin à l'avenir pourra intervenir peut-être d'une manière plus efficace. D'un autre côté en, avertissant les diabétiques des dangers auxquels les exposent les fatigues corporelles, il est possible qu'on diminue la fréquence des cas de ce genre.

La pathogénie du coma diabétique n'est pas connue. Les théories invoquées sont insuffisantes. A défaut d'une observation rigoureuse (analyses chimiques des urines et du sang, notations thermométriques régulières, etc.) il est difficile, en effet, de formuler une opinion sérieuse. Faut-il rapprocher le coma diabétique du *coma urémique* avec lequel il semble avoir une grande ressemblance ? Kussmaul ne le pense pas et il s'efforce de faire ressortir les différences qui les sépareraient; or, ces différences sont loin à notre avis d'être très-démonstratives ; elles reposent en général sur des nuances trop difficiles à saisir.

Malgré les lacunes que présente encore l'histoire de l'ensemble symptomatique, désigné sous le nom de *coma diabétique*, on voit cependant qu'il s'agit là d'une complication d'un intérêt véritable au point de vue clinique et dont l'apparition possible doit être présente à l'esprit de tous ceux qui ont à donner leurs soins à des malades atteints de diabète.

BOURNEVILLE et E. TEINTURIER.

(1) — La plus grande différence consisterait dans une dyspnée considérable [illegible] manifestant [illegible] parle, [illegible] coma diabétique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 février. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. PAUL BERT, après la lecture du procès-verbal, fait remarquer à M. Leven que dans leur analyse des gaz intestinaux, Planer et Chevreul ont trouvé d'autres gaz que ceux qu'il signale, entr'autres de l'hydrogène carboné. Peut-être serait-il bon de refaire des expériences dont le résultat est en désaccord avec les résultats obtenus par des savants aussi compétents.

M. PAUL BERT remet ensuite, en son nom et au nom de M. BOUCHERON, une note sur l'examen ophthalmoscopique de l'œil des oiseaux et sur les fonctions du *peigne*. — Le peigne est une membrane pigmentée, située dans l'humeur vitrée des oiseaux et animée de mouvements volontaires saccadés. La fonction de cet organe est de former, au gré de l'oiseau, un *écran* complet ou incomplet, pour les rayons lumineux venant d'en haut. L'examen ophthalmoscopique permet de voir les mouvements du peigne, les différents modes d'occlusion de la pupille dans certaines positions de l'œil et la direction de haut en bas qu'il prend pour intercepter les rayons lumineux.

La section du nerf moteur oculaire commun, au fond de l'orbite, supprime les mouvements saccadés du peigne, la contraction de la pupille et les mouvements de la seconde paupière. L'arrachement du ganglion supérieur du grand sympathique paraît être sans effet sur le peigne.

Il en résulte que l'oiseau pour se diriger en avant, pour chercher sa nourriture n'obs rue pas sa pupille et ne peut pas l'obstruer. Il ne se sert de son peigne que pour éviter l'éblouissement que lui causerait le vif éclat du soleil. L'existence de ce peigne explique pourquoi les oiseaux, de « l'oie jusqu'à l'aigle » peuvent regarder le soleil.

M. JOBERT (de Dijon) fait une intéressante communication sur les tubes spermatophores des écrevisses.

M. ONIMUS expose une expérience sur laquelle nous reviendrons. Elle a trait à la production des proto-organismes en vase clos. — La société procède, pendant la séance, à la nomination d'un membre titulaire. M. PONCET, professeur du Val-de-Grâce est élu. Nous sommes d'autant plus heureux de cette nomination que M. Poncet est un de nos collaborateurs les plus distingués.

PAUL RECLUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que le Ministre de l'Instruction publique a ratifié le choix de l'académie en nommant M. le Dr Dureau bibliothécaire-adjoint.

M. PASTEUR. Hier M. Gosselin a présenté à l'Académie des Sciences, au nom de M. A. Bergeron, un travail sur lequel je désire faire quelques observations.

L'auteur a ouvert sur différentes personnes et dans diverses régions 18 abcès chauds ou froids : bien que ces abcès n'aient eu aucun contact avec l'air extérieur, il a trouvé dans le pus des uns des organismes microscopiques, et rien de semblable dans d'autres. L'auteur a encore remarqué que le pus où on ne trouvait pas de ferments provenait d'abcès ouverts sur des enfants ou des adultes âgés de moins de 22 ans et que le pus où on trouvait des ferments provenait d'abcès ouverts sur des personnes âgées de 22 à 70 ans.

M. PASTEUR demande qu'une Commission soit nommée pour examiner le fait rapporté ; s'il est exact, voilà le problème de la génération spontanée résolu. A ce propos, l'orateur trouve qu'on accepte beaucoup trop facilement, en France, et sans les contrôler toutes les expériences. Ainsi MM. Legros et Onimus ont affirmé qu'en dépouillant un œuf de sa première enveloppe et en le plongeant dans de l'eau contenant de la levûre de bière, on retrouvait [illegible] dans l'œuf [illegible] la levûre qui s'y serait formée spontanément. M. Pasteur [illegible] : on ne trouve pas toujours de la levûre de bière dans l'œuf et [illegible]

on y en trouve, c'est qu'elle y a pénétré par une solution de continuité de la seconde membrane.

M. le Président. L'académie ne peut nommer une commission pour examiner un travail qui ne lui a pas été présenté.

M. Bouillaud se réserve de faire dans la prochaine séance quelques observations sur les faits infirmés par M. Pasteur.

L'Académie a nommé un correspondant national dans la 2e section. La commission avait présenté dans l'ordre suivant: 1° M. Simonin; — 2° M. Bourgeois; — 3° M. Burguet; — 4° (*ex æquo*) MM. Courty, Duboué, Hergott. 72 votants, majorité 37. Au 1er tour M. Simonin a été élu par 58 voix contre 8 données à M. Hergott, 3 à M. Courty, 2 à M. Burguet, 1 à M. Duboué. — A 4 heures 1/4 comité secret peut entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique: en 1re ligne, Empis; — en 2e, Parrot; — en 3e, Lancereaux; — en 4e, V. Cornil; — en 5e, A. Voisin. G du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 novembre 1874. — Présidence de M. Charcot.

14. Structure des granulations de la conjonctive; par M. A. Rémy, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter est un lambeau de conjonctive granuleuse, excisé sur la paupière supérieure, le plus près possible du cul-de-sac supérieur. A sa surface, on voit les petites saillies arrondies, formées par le tissu granuleux, et c'est le même aspect que j'ai toujours retrouvé sur 47 lambeaux de conjonctives granuleuses qui, dans l'espace de 14 mois, ont été excisés par M. Galezowski. Ce sur quoi j'appelle l'attention, c'est que ces opérations n'ont pas amené de rétractions à leur suite. J'ai vu également un assez grand nombre de malades opérés depuis un plus long temps, et les résultats étaient également satisfaisants.

Quant à la structure des granulations, on peut en avoir une assez bonne idée par la figure représentée dans le traité des maladies des yeux de M. Galezowski. Ce tissu est uniquement formé de cellules jeunes, qui reposent sur le tissu conjonctif de la partie profonde de la conjonctive. Les cellules n'étant qu'accolées les unes aux autres, ce tissu est extrêmement friable.

M. Houel. Il est important de suivre les malades pendant longtemps; car j'ai vu des cas où l'ablation des granulations faites par Furnari, par Richard, avait semblé amener la guérison, et pourtant la lésion finit par se reproduire.

M. Remy. Dans plusieurs des faits que j'ai observés, la maladie datait de 3 ou 4 ans; les opérés ont toujours été suivis pendant 6 mois au moins, et quelques-uns pendant un an. Je n'ai jamais observé de rétraction, pas plus que de reproduction de la lésion.

M. Giraldès. Lorsque les granulations sont très-volumineuses, (et dans le cas contraire, elles guérissent sans opération), on peut en pratiquer l'ablation sans amener de rétraction; celle-ci ne se produit que si l'on enlève, avec le tissu de granulations, une certaine portion de la membrane conjonctivale; ces cas ne sont du reste pas rares, et pendant les 12 années que j'ai passées à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai vu très-souvent des enfants présentant des lésions de la conjonctive et de la cornée, consécutives à une ablation mal faite.

M. Charcot. D'après le dessin présenté par M. Remy, la structure des granulations conjonctivales ressemble beaucoup au tissu qui se produit à la suite des pertes de substance, et qu'on désigne sous le nom de tissu de granulation.

22. Sarcome glandulaire de la voûte palatine; par M. Coyne.

M. Coyne montre une tumeur de la voûte palatine, enlevée par M. Després et qui a été l'objet de la part de ce chirurgien, d'une communication à la *Société de chirurgie*. Cette tumeur est du volume d'un œuf de poule, elle en a la forme ovoïde, elle est lobulée extérieurement et présente à sa périphérie des bosselures de dimensions variables. Sa consistance est assez molle et presque fluctuante au niveau des bosselures les plus volumineuses. Elle est limitée dans toute sa périphérie, par une capsule d'apparence fibreuse qui la sépare nettement des autres parties constituantes du côté du palais. L'épaisseur de cette capsule développée est variable suivant les points, elle envoie dans l'intérieur une trace également fibreuse, transversale, très-épaissie et qui divise la surface de la coupe en deux parties à peu près égales.

La portion de la tumeur qui est en avant de cette travée est constituée par une cavité kystique du volume d'une noix, limitée dans les deux tiers de son pourtour par la membrane d'enveloppe; de l'angle formé par la réunion de la travée avec la capsule fibreuse, part une végétation proéminant légèrement dans cette cavité kystique. Cette végétation est formée d'un tissu assez mou, compacte, jaunâtre, le reste de la cavité est rempli par un magma brunâtre, couleur chocolat, formé de leucocytes granuleux, de fibrine en voie de désintégration granulo-graisseuse, d'hématies à différents stades de destruction et de corpuscules de Gluge contenant dans leur intérieur des granulations pigmentaires d'origine hématique, enfin par des débris de tumeurs formées de l'élément fusiforme plus ou moins granuleux.

Lorsqu'on a enlevé cette bouillie, on s'assure que les autres points de la périphérie de cette poche sont recouverts de saillies arrondies, charnues, dont quelques-unes ressemblent à des circonvolutions cérébrales comme forme et comme disposition extérieure. Quelques-unes de ces végétations sont en voie de destruction, tant elles sont ramollies et commencent à former le magma qui remplissait la cavité kystique. La partie de la coupe qui est au-dessous de la travée transversale est formée par de nombreuses cavités kystiques arrondies, de volume variable et remplies par des végétations arrondies, nettement pédiculées d'une teinte blanc-jaunâtre à la coupe.

Ces végétations sont, les plus grosses, du volume d'une noisette, les plus petites ne dépassent pas les dimensions d'un grain de blé. Leur consistance est plus dense, plus ferme que celles des végétations que l'on rencontrait dans le grand kyste. La cloison transversale qui sépare la tumeur en deux parties est constituée de la façon suivante: elle semble partir d'une sorte de hile au niveau duquel la capsule fibreuse envoie un volumineux faisceau également fibreux formant la partie centrale de cette cloison, les deux bords de cette cloison dans les parties où ils correspondent aux cavités kystiques sont formés d'un tissu blanc jaunâtre analogue à celui qui entre dans la constitution des végétations.

On doit se demander quelle a été l'origine de ces cavités et des végétations qu'elles contiennent. Des recherches minutieuses ont été faites pour retrouver à la périphérie de la tumeur des parties dans lesquelles l'altération à son début permit d'établir la filiation des unes et des autres. Ces recherches ont été infructueuses. Mais, toutefois, on doit être frappé de l'analogie qui existe entre cette tumeur et les tumeurs de même nature que l'on trouve dans la glande mammaire, et de cette identité d'aspect extérieur, de composition intérieure, de point de départ, on peut conclure sans crainte d'erreur à un mode de formation le même, dans des traits généraux du moins.

On sait que les tumeurs kystiques mammaires se développent de la façon suivante: le tissu périacineux prolifère abondamment, amène par suite de cette hyperplasie des déformations mécaniques des éléments glandulaires, déformations qui donnent naissance à des lacunes plus ou moins considérables; plus tard, l'hyperplasie continuant, le tissu néoformé déforme la membrane limitante de l'élément glandulaire repoussé dans l'intérieur de la cavité lacunaire. — C'est ainsi que se forment les végétations intra-canaliculaires. — Nous pensons que c'est ce même processus qui a présidé au développement de la tumeur que nous venons de décrire. — Dans une glande du voile du palais — glandes qui, on le sait, sont acineuses et multilobées — le tissu conjonctif qui environne les éléments glandulaires et les réunit les uns aux autres, a donné naissance à une série de modifications des parties sécrétantes dont le dernier terme a été la production du centre kystique et des végétations contenues dans ces cavités.

Examen microscopique. — Sur des coupes étendues faites en différents points de la tumeur, on constate les caractères suivants : La capsule d'enveloppe est formée de tissu conjonctif fibreux, très-dense, séparé de la couche musculaire et de la couche muqueuse du voile du palais par un tissu conjonctif lamelleux fort lâche ;— sur sa face interne, elle est recouverte d'une couche d'épaisseur variable, plus molle, formée d'éléments qui paraissent arrondis et ont les dimensions de gros noyaux Mais lorsque la coupe a porté dans un sens favorable à leur étude, on s'assure que ce sont des cellules ovoïdes analogues à des éléments fibro-plastiques, pressées les unes contre les autres et donnant naissance à des sortes de faisceaux parallèles. Cette couche d'éléments embryonnaires est, avons-nous dit, d'une épaisseur variable, mais elle est continue et forme la périphérie des cavités kystiques dont nous avons déjà parlé. Le tissu constituant des végétations qui remplissent les cavités est de même nature et constitué par les mêmes éléments anatomiques fusiformes ou ovoïdes

Les végétations ainsi que le pourtour des cavités kystiques qui les contiennent, sont recouvertes d'une couche d'épithélium aplati, dont les noyaux sont tuméfiés. — Les vaisseaux sanguins contenus dans ce tissu embryonnaire présentent certaines modifications sur lesquelles nous devons insister. — Les veines se présentent sous forme de vastes lacunes remplies d'hématies et de leucocytes, leurs parois sont entièrement embryonnaires et il est impossible de se rendre compte des dimensions des différentes couches qui les constituent à l'état normal. Les cellules endothéliales qui tapissent les limites de la lumière vasculaire sont gonflées ; — leurs noyaux beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal proéminent dans la lumière du vaisseau. Cette dernière disposition, indice certaine d'une irritation très-marquée, est surtout très-prononcée sur les veines de petit et de moyen calibre.

Dans toutes les artérioles, on constate la disparition de leur gaine conjonctive qui est remplacée par une accumulation d'éléments embryonnaires, de telle sorte que l'on ne peut distinguer cette partie des tuniques artérielles du tissu propre de la tumeur. — Pour un certain nombre d'artères, l'altération des parois s'arrête à ce degré ; — la couche moyenne et la tunique interne sont facilement reconnaissables, mais pour d'autres de ces vaisseaux sanguins, toutes les tuniques sont remplacées par des éléments embryonnaires fusiformes qui, cependant, sont disposés circulairement et concentriques à la lumière du vaisseau, ils apparaissent offrant cette disposition et cet aspect immédiatement au-dessous de l'endothélium qui, dans ce cas, présente des traces manifestes d'irritation et proémine dans la cavité. Enfin, d'autres artérioles sont encore plus profondément modifiées : — elles ont cessé d'être perméables au liquide sanguin ;— leur lumière est oblitérée par un caillot ancien, très-réfringent et dont le centre est occupé par des granulations pigmentaires brunâtres ; — ces derniers vaisseaux se trouvent surtout dans les végétations qui sont en voie de désagrégation.

Lorsqu'on étudie avec soin certaines coupes pratiquées dans les parties récentes de la tumeur, on constate ce fait que si la plus grande partie de la surface de section est formée par du tissu embryonnaire, il existe par petits îlots isolés des parcelles de tissu conjonctif ordinaire. Les faisceaux qui les constituent sont très-réfringents, mais moins volumineux qu'à l'état normal.

Les cellules plates qui tapissent les faisceaux sont tuméfiées ; leurs noyaux plus apparents en certains points de ces îlots, les cellules plates en proliférant ont donné naissance à des sortes de nids remplis d'éléments embryonnaires qui, à la périphérie des îlots de tissu conjonctif, se confondent insensiblement avec le tissu sarcomateux.

De ces considérations, nous croyons pouvoir conclure : 1° que cette tumeur n'est pas un adénome, malgré son origine dans une glande ; — 2° qu'elle mérite la dénomination de sarcome glandulaire ; — 3° qu'elle a débuté par un fibrome, suivant la règle et que plus tard seulement, elle a pris le caractère sarcomateux ; — que ces tumeurs doivent être enlevées en totalité avant que le processus irritatif ait dépassé les limites fibreuses de la tumeur. — C'est à cette condition seule que l'opération peut être utile.

M. Després. Cette tumeur datait de quinze ans, elle n'a pris d'accroissement sérieux que dans ces derniers temps. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'admettre que cliniquement cette production fut un sarcome. Pendant longtemps elle avait été considérée comme syphilitique, et la malade avait pris infructueusement des quantités considérables d'iodure de potassium. Au point de vue de la marche des symptômes de la durée, elle représente tout à fait ce que l'on est convenu d'appeler l'adénome de la voûte palatine.

M. Coyne. L'examen de la pièce montre que tous les éléments de la tumeur ne sont pas de même nature ni de même âge. Il y a des zones, des îlots où le tissu embryonnaire et les lésions inflammatoires, d'apparence sarcomateuse, dominent. Ces îlots ont successivement envahi la presque totalité de la tumeur. Il s'est donc produit là une double phase dans l'évolution du néoplasme.

Il a commencé par être fibreux, puis il est devenu sarcomateux : les éléments fibreux de la trame fondamentale se transformant en cellules embryonnaires. C'est l'inverse du processus indiqué par M. Verneuil dans certains adénomes sudoripares, pour lesquels il admet le retour des éléments fibro-plastiques ou embryonnaires à l'état de tissu conjonctif.

M. Ledentu. M. Després au nom de la clinique, M. Coyne au nom de l'histologie, viennent d'énoncer une loi qui tend de plus en plus à se justifier pour toutes les tumeurs ; c'est que l'idée de durée est en rapport avec la structure fibreuse du tissu, et d'autre part que des tumeurs antérieurement bénignes peuvent prendre un caractère malin, au fur et à mesure que leur structure devient plus embryonnaire. On peut en inférer que le diagnostic d'une tumeur bénigne se fonde en grande partie sur la durée de son existence, la lenteur de ses progrès, et la consistance de son tissu : mais que cette même tumeur après une évolution plus ou moins longue est susceptible de se transformer et alors de prendre un accroissement rapide. L'apparence kystique de cet adénome vient tout à fait à l'appui de ce que je viens de dire. Cette apparence se retrouve dans presque toutes les tumeurs glandulaires, particulièrement dans les tumeurs du sein. Or, beaucoup de ces kystes, liés à la présence des tumeurs, ont souvent une évolution très lente, jusqu'au jour où ils grandissent rapidement et prennent les allures des tumeurs malignes. J'en citerai un exemple fort concluant à mon avis.

Une malade du service de M. Richet, avait une tumeur kystique du sein datant de longues années. Cette tumeur avait subi un développement rapide depuis quelques mois. On en fit l'extirpation, et l'on trouva des houppes de tissu nucléaire, sarcomateux, formant des végétations au milieu des kystes. La récidive ne se fit point attendre, et l'année suivante, à la place du kyste il y avait en apparence un tissu mollasse, fluctuant, d'apparence colloïde. Avant de l'extirper, une ponction explorative donna issue à une grande quantité de liquide séro-purulent ; mais derrière la poche kystique se sentait une production solide. M. Richet l'opéra une deuxième fois, retira une masse de tissu colloïde, et la malade guérit. Une troisième fois, au bout de quelques mois, la répullulation se fit à nouveau, et cette fois, de grands kystes suppurèrent largement : chaque fois, l'examen de la tumeur montrait une prédominance de l'élément embryonnaire et du tissu colloïde. L'opération put être encore pratiquée avec succès. Mais cette année même, une quatrième récidive s'est produite, et la malade, observée en ce moment par M. Longuet, est actuellement inopérable. Ainsi, voici un exemple d'une tumeur primitivement bénigne, qui devient de plus en plus maligne au fur à mesure que s'accroissent les cellules à noyaux dans l'intérieur de sa trame : ce qui était primitivement un adénome se comporte à la fin comme un cancer.

M. Després. J'ai déjà eu l'occasion de rappeler à la société le fait de Velpeau, dans lequel une tumeur adénoïde du sein examinée par M. Robin et reconnue bénigne a récidivé dix ans plus tard, cette fois avec une marche envahissante et maligne. Ces faits sont du même genre, et la présence du kyste dans les tumeurs du sein est souvent déjà un indice de malignité.

Toutefois, il y a évidemment plusieurs types bien différents dont la séparation clinique est encore impossible, car dans la véritable maladie kystique de la mamelle, la tumeur peut rester près de 20 ans stationnaire sans progresser.

M. Coyne. Si le sarcome glandulaire peut rester très-longtemps inoffensif, cela tient à ce qu'il est entouré primitivement d'une épaisse coque de tissu fibreux qui pendant longtemps sert de barrière à l'envahissement du mal.

M. Cornil. Si le fait clinique est exact, l'interprétation me parait fausse. On peut admettre le passage du tissu fibreux au sarcome parce que ce sont deux dérivés d'un tissu fondamental commun, le tissu conjonctif : mais jusqu'ici rien n'autorise à supposer qu'un sarcome puisse se transformer en carcinome encéphaloïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 *février* 1875. — Présidence de M. Houel.

M. Guyon lit un rapport sur un cas d'*hypospadias*, opéré par M. Th. Anger. Le malade est très-bien guéri sans sonde à demeure après l'opération.

M. Tillaux a opéré aussi un *hypospadias périnéo-scrotal* ; mais il a laissé la sonde à demeure pour la formation du canal, manœuvre qu'il croit, d'ailleurs, absolument nécessaire. L'opération a été suivie d'un succès complet, attendu que le malade a pu se servir de sa verge après être sorti de l'hôpital.

M. Terrier lit deux observations de *kystes dermoïdes de l'ovaire* qu'il a opérés avec succès, ces observations seront consignées dans les archives.

M. Guéniot présente un enfant auquel il a amputé le bras depuis 62 jours. Une des deux ligatures est tombée le 14e jour tandis que l'autre malgré des tractions réitérées est encore retenue dans le moignon. En ce moment, il pratique une traction nouvelle et la ligature tombe. Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. Dubrueil, Després, Verneuil, Trélat et Perrin, qui sont d'avis que la chûte tardive de cette ligature peut être due à trois causes : ou à un dépôt fibrineux, ou à des esquilles osseuses, ou bien aux bourgeons charnus qui auront enlacé le fil. I. B.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale, par le Dr Noel Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. T. I. 1874. Un vol. in-8° de 675 pages, chez Delahaye.

La plupart des leçons qui composent ce volume ont déjà été publiées dans différents recueils périodiques ; mais outre qu'elles acquièrent ici, par leur réunion et la comparaison qui en résulte, un intérêt particulier, « elles ont été amplifiées et rajeunies par un grand nombre d'observations et de développements que l'expérience et les années ont permis à l'auteur d'y ajouter. »

L'ouvrage commence par une introduction où sont étudiées, dans leurs rapports avec la clinique, les notions essentielles de la pathologie générale et les principes de la thérapeutique. Nous ne pouvons songer à analyser, en quelques lignes, cet important chapitre, mais nous nous bornerons à lui emprunter quelques citations qui suffiront peut-être à indiquer la façon dont M. Guéneau de Mussy comprend les études de clinique. Entre les deux doctrines qui considèrent la vie : l'une comme étant seulement le résultat du jeu des organes, l'autre comme étant une force qui domine l'organisme, se place une opinion intermédiaire. « Le raisonnement et l'observation, dit M. Guéneau de Mussy, se réunissent pour nous faire admettre une force différente des forces inorganiques, force qui produit les phénomènes de la vie et que nous appelons force vitale... »

« Ces forces ou éléments inorganiques, coordonnés par la force vitale pour constituer l'organisme, sont harmoniquement subordonnés à cette force, mais conservent cependant leurs facultés, leurs attributs, agissent conformément à leurs lois propres, en tant que ces lois ne sont pas en contradiction avec les lois de la vie... » En outre, le médecin doit également tenir compte des actes moraux et intellectuels.

Quant à la maladie, elle est définie. « Une évolution d'actes anormaux, résultat et manifestation d'un conflit entre l'organisme vivant et une cause qui en trouble l'harmonie fonctionnelle. » Il faut donc « étudier l'organisme, c'est-à-dire le terrain où s'exerce l'action morbide, puis cette action morbide elle-même.... » .... « Après avoir réuni les renseignements que donne le malade, ou interrogé soigneusement toutes les fonctions, tous les organes avec le secours des procédés et des instruments d'exploration que l'art moderne nous a fournis..... et alors le foyer principal de l'état morbide étant connu, il faut étudier ses irradiations sur toute l'économie, ... Ses retentissements, qui varieront suivant les tendances de chaque maladie et suivant les dispositions individuelles de chaque malade. »

Tels sont les principes qui doivent guider le clinicien, et qui ont inspiré les leçons dont voici maintenant l'énumération : De la congestion en général et de la congestion menstruelle en particulier. — De la dérivation. — De l'insomnie. — Du vertige et de ses différentes variétés. — Tremblement mercuriel. — Paralysie hystérique. — Paralysie du nerf moteur oculaire commun.—Périnévrite optique et apoplexie rétinienne. — Tumeur du cervelet. — Arthralgie saturnine, etc. — Sensibilité réflexe.— De la chlorose.—Considérations sur la médecine sociale. — Du rhumatisme aigu et chronique.— Du rhumatisme et de la goutte.—De l'athérome artériel et des indurations des artères. — De la diathèse arthritique et de ses diverses manifestations. — De la péricardite. — Du diagnostic des affections du cœur et de leur évolution. — Anévrysme de l'aorte thoracique. — De l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire. — Des cautérisations du larynx dans certaines maladies. — De la tuberculisation pulmonaire. — Emphysème et asthme.—Rhino-bronchite spasmodique ou asthme de foin. —Adénopathie bronchique chez l'adulte. — De la toux. — De la totalité des sons organiques et des signes diagnostiques que l'on en peut tirer. — Des modifications du diamètre de la poitrine.;— De la pleurésie diaphragmatique.— De la thoracentèse dans les épanchements anciens.

On voit, par cette énumération rapide, combien sont diverses les matières abordées dans ces leçons. Nous en restons là pour aujourd'hui, nous réservant de revenir un jour ou l'autre sur quelques unes d'entre elles. A. Sevestre.

Nouveaux éléments de pharmacie, par M. Andouard. In-8 de 884 pages ; J.-B. Baillère, éditeur.

M. Andouard, professeur de chimie à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes, vient de faire paraître à la librairie J.-B. Baillière un nouveau traité de Pharmacie, en un volume. Cet ouvrage est rédigé avec beaucoup de soin, il ne comporte pas, il est vrai, tous les détails théoriques qui pourraient trouver place dans chaque article ; mais il ne faut pas oublier que dans un seul volume l'auteur a dû forcément se restreindre. Ce livre est surtout bien rédigé au point de vue pratique et pour cela il doit trouver sa place non-seulement dans la bibliothèque de l'étudiant, mais aussi dans celle du praticien. L'auteur a recherché avec soin et consigné tous les travaux nouveaux faits en France pendant ces dernières années, tant pour la pharmacie chimique que pour la pharmacie galénique.

M. Andouard adopte la chimie comme base de classification pharmaceutique, et partage les médicaments en deux séries qui correspondent à la division généralement adoptée des médicaments chimiques et galéniques. La pratique lui a démontré l'utilité de cette modification.

Dans le chapitre premier de l'ouvrage, l'auteur passe en revue les diverses manipulations pharmaceutiques, cette introduction est bien développée et contient de très-bons passages. M. Andouard entre ensuite dans l'étude des médicaments qu'il divise en deux grandes classes : *minéraux* et *organiques.*

Il subdivise les *minéraux* en corps *neutres*, *acides, alcalins et sels* et adopte le même ordre pour les médicaments *organiques.* Il consacre un chapitre spécial à l'étude des *alcools, éthers, phénols, etc.,* qu'il désigne sous le nom de *corps neutres*

L'ensemble de ces chapitres forme le livre premier de l'ouvrage.

Le livre second est consacré à l'étude de la pharmacie galé

nique. Après quelques considérations générales sur la récolte et la conservation des médicaments, l'auteur passe en revue les diverses formes et produits pharmaceutiques. En premier lieu, vient l'étude des produits naturels qui sont administrés sans mélange ou servent a composer les préparations magistrales. Ces diverses formes pharmaceutiques sont les *poudres, les sucs*, qui se divisent en *sucs animaux, sucs végétaux aqueux, gommeux et résineux*; ces derniers se subdivisent en *sucs laiteux, thérébentines, résines* proprement dites et *baumes*; les *sucs huileux* terminent le chapitre.

L'étude des préparations officinales, proprement dites, occupe la dernière partie de l'ouvrage. M. Andouard les divise en médicaments préparés avec *l'eau, l'alcool, la glycérine, l'éther, les corps gras, les essences, le vin, le vinaigre et la bière*. Les médicaments préparés avec *l'eau*, et qui sont les plus nombreux, comprennent *les eaux distillées, les extraits* aqueux, *les sirops, les mélisses* et les préparations magistrales de toute nature, *potions, émulsions, lotions, etc.* Cette partie de l'ouvrage est très-étendue et renferme de précieux renseignements.

L'auteur termine par quelques détails sur des préparations aujourd'hui un peu sorties du domaine de la pharmacie, mais dont le pharmacien doit au moins surveiller la préparation, ce sont *les granules, les dragées et les capsules*.

En résumé, le nouveau traité de pharmacie, dont nous venons de faire rapidement l'examen, est un livre utile et appelé à rendre de grands services; nous lui souhaitons donc cordialement la bienvenue. YVON.

VARIA

NÉCROLOGIE : Mort de Vallérian.

Un jeune interne des Hôpitaux, M. VALLÉRIAN, vient de succomber à une variole contractée dans son service. Mardi dernier une foule nombreuse composée d'étudiants, d'amis, de compatriotes et surtout d'internes des Hôpitaux, assistaient à son inhumation. Plusieurs professeurs de la faculté et des médecins des Hôpitaux qui avaient pu apprécier les qualités du défunt, témoignaient par leur présence a son convoi, de l'estime qu'avait su leur inspirer ce malheureux jeune homme.

En voyant passer cette longue suite de jeunes gens, le public, étonné, demandait la cause de ce deuil si nombreux, et semblait prendre part à la tristesse commune. Sur la tombe, M. Rigal, chef de service de Vallérian, a rappelé les qualités du défunt. Il avait conquis le titre d'interne à 22 ans, et son passé promettait un brillant avenir.

On dit, à propos des funérailles de ce jeune homme qui avait rendu des services incontestables à l'assistance publique, que cette administration s'est montrée peu généreuse. On nous dit aussi, chose qui nous parait incroyable, que l'administration n'avait pas cru utile de se faire représenter à cette triste cérémonie.

Les internes de l'Hôpital temporaire de la rue de Sèvres ont, dit-on, l'intention d'ouvrir une souscription pour élever sur la tombe de Vallérian un monument funéraire. Nous sommes certains que leur proposition sera bien accueillie par les internes et que beaucoup de chefs de service s'empresseront de prendre part à cette manifestation des regrets que laisse une mort aussi prématurée.

L'Assistance publique et les étudiants en médecine.

Un étudiant en médecine, stagiaire à l'hôpital Beaujon, étant tombé malade, jugea convenable de demander à son chef de service, un lit dans ses salles. Il sortit bientôt guéri. Grand fut son étonnement de recevoir quelque temps après, la lettre suivante que nous empruntons au journal *Le XIX[e] Siècle*.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

DIVISION
DES HOPITAUX
et des
HOSPICES.

Paris, le 8 février 1875.

N° 289.

Monsieur,

En exécution de la loi du 7 août 1851, vous êtes débiteur envers mon administration de la somme de 13 fr. 05, plus 25 centimes pour timbre de la quittance obligatoire, pour prix de cinq journées que vous avez passées en traitement dans l'Hôpital Beaujon. Veuillez, Monsieur, acquitter cette somme dans le plus bref délai possible.

Recevez, Monsieur, mes salutations.

Le directeur de l'administration générale
de l'Assistance publique,
Signé : DE NERVAUX.

Par autorisation : Le chef de la division des hospices,
Le chef de bureau,
Signé : PINÇARD.

Nota. — Envoyer un mandat sur la poste à M. le receveur de l'administration, ou se présenter à la caisse, de dix heures à deux heures, avenue Victoria, 3.

Tout commentaire nous parait superflu.

Société médicale de l'arrondissement de l'Elysée.

La Société médicale de l'Elysée (8[e] arrondissement) frappée des avantages qui résulteraient au point de vue scientifique et professionnel de la création de rapports constants entre les Sociétés médicales des divers arrondissements de Paris, cherche les voies et moyens pour faciliter l'établissement de ces relations.

Une Commission a été nommée pour étudier cette question. Elle se réunira pour la première fois, le vendredi 26 février prochain, à 8 heures du soir, 28, rue de la Ferme-des-Mathurins, chez M. le docteur Du Vivier, président de la Société médicale de l'Elysée.

La Commission espère que vous voudrez bien honorer cette réunion de votre présence, et prendre part à ses délibérations.

Veuillez agréer, Monsieur le président et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués,

Le secrétaire général,
D[r] A. RIANT.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouvelle clé à dents.

M. le d[r] Thuau, de Château-Gontier, (Mayenne) a fait présenter à l'Académie de médecine, (séance du 2 février) une clé à dents construite par M. Aubry fabricant d'instruments de chirurgie et qui présente les avantages suivants (*Fig. 8*) : A. Tige maintenant le crochet au panneton et munie d'une petite saillie pour faire tourner le crochet. — B. Tige munie de sa saillie — C. Crochet représentant l'encoche dans laquelle s'engage la saillie de la tige B. — D. Vis fixant la tige tout en la laissant tourner.

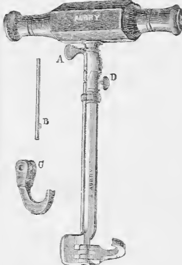


Fig. 8.

En tournant la clé A, on peut fixer les dents qu'on doit arracher sans être obligé de mettre le doigt dans la bouche où l'on risquait d'être mordu.

Le panneton est disposé pour mettre une roudelle de caoutchouc, ce qui est plus simple et plus propre que de garnir de linge. On peut en mettant le crochet au bout de l'encoche de la tige au dernier cran, s'en servir pour les grosses molaires.

9. Injection antiblennorrhagique. — *J. Bligh.*

Bromure de potassium................	6	grammes.
Glycérine..........................	12	—
Eau distillée......................	150	—

Faites dissoudre. — Une injection toutes les quatre heures, en même temps que le bromure de potassium est administré à l'intérieur. L'auteur prescrit cette injection non-seulement daas la blennorrhagie chronique ou subaiguë, mais encore dans la période aiguë, et même dans la forme suraigue ou cordée. Quand la maladie touche à sa fin, on associe un astringent à cette solution, si on le juge convenable. — Abstinence de bière et de boissons stimulantes, tisanes émollientes, si l'urine n'est pas assez abondante. — (*Union méd.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hopital Sainte-Eugénie. — Service du docteur BERGERON. Visite tous les jours à 8 h — Saint-Benjamin. (G.) : 3, fièvre typhoïde ; 6, endocardite; méningite rhumatismale; 11, croup; 13, péritonite tuberculeuse; 17, scar-

latine ; 28 angine diphthéritique. — Sainte-Mathilde (F.) : 5, insuffisance mitrale ; 10, hypertrophie de la rate consécutive à des fièvres intermittentes ; 16, scarlatine et pneumonie ; 23 et 24, fièvre typhoïde.

Service du docteur MARC SÉE. Visite à 8 h. 1/2, consultation tous les jours. Sainte-Eugénie. — 1, fracture de jambe ; 4, hydarthrose du genou droit ; 7, évidement du cubitus gauche par nécrose consécutive à une ostéo-périostite diffuse ; 32, syphilis ; 24, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus ; 27, fracture de jambe.

Hôpital Cochin. — Service du Dr BUCQUOY. Salle Saint-Jean (H.) : 5, pleuro-pneumonie double ; 6, kyste hydatique du foie; 8, anévrysme du tronc brachio-céphalique; 14, pneumonie; 15, affection cardiaque, asystolie; 18, hépatite alcoolique, ascite; 23, cirrhose hypertrophique. — Salle Saint-Philippe (Fr) : 2, néphrite subaiguë; 5, ataxie locomotrice; 9, insuffisance mitrale et aortique ; 11, hémichorée rhumatismale; 20, grossesse de 6 mois, accident syphilitique secondaire, ictère, érysipèle de la face.— Salle Sainte-Marie (F.) : 6, phthisie aiguë; 10, pleuro-pneumonie.

Chirurgie. — Service du Dr DESPRÉS. Salle Cochin (H.) : 2, érysipèle de la face, phlegmon de la paupière; 6, contusion cérébrale; 8, phlegmon de la main; 19, fracture compliquée de jambe. — Baraque I (H.) : 1, cancer du rectum, fongus bénin du testicule; 5, otite moyenne purulente, suppuration des cellules mastoïdiennes; 37, cystite chronique, fistules urinaires consécutives à un abcès de la prostate; 44, fongus bénin du testicule. — Baraque II (H.) : 26, fractura du maxillaire inférieur. — Baraque III (H.) : 18, orchite par oreillons. — Salle Saint-Jacques (F.) : 2, phlegmon périrectal; 12, hypertrophie du col utérin.

Hôpital Beaujon. — Service du Dr DUGUET. Salle Saint-Jean : 3, ectasie aortique ; 1, syphilis tertiaire ; 12, dothiénenterie ; 14, cancer de l'estomac ; 19, pneumonie. — Salle Sainte-Paula : 1, goître exophthalmique ; 3, phlegmon du ligament large ; 5, phlegmatia alba dolens ; 16, cancer du sein généralisé au poumon.

Service du Dr MOUTARD MARTIN. Salle Saint-François : 6, phthisie ; 11, rhumatisme articul. aigu ; 13, fièvre typhoïde ; 19, pneumonie ; 21, épilepsie ; 26, pleurésie. — Salle Sainte-Claire : 2, métro-péritonite ; 10, périostite dans une convalescence de fièvre typhoïde ; 15, rétrécissement mitral ; 20, pleurésie tuberculeuse ; 29, myélite chronique ; 37, scarlatine.

Service du Dr LELORT. Salle Saint-Gabriel : 11, phlegmon de l'avant-bras et de la main ; 9, gangrène du 3e orteil ; 18, coxalgie ; 47, phlegmon du cou. — Salle Sainte-Agathe : 1, luxation iliaque ; 5, cancer du sein ; 6, esthiomène de la vulve ; 10, phlegmon de la main ; 12, kyste du foie.

Service du Dr DOLBEAU. Salle Ambroise-Paré : 10, fracture de jambe. — Salle Saint-Félix : 18, fracture de l'humérus ; 24, érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras ; 22, fracture du fémur, plaie contuse de la région temporale ; 24, plaie par arrachement de la région poplitée ; 28, anévrysme artério-veineux de la cuisse. — Salle Saint-Denis : 33, phlegmon de l'avant-bras, plaie de la bourse séreuse olécrânienne ; 36, luxation du pouce ; 46, abcès épiphysaire du péroné.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. *Prix Godard.* C'est avec un bien grand plaisir que nous apprenons que la *Société de biologie* vient de décerner le prix Godard à notre excellent ami et collaborateur, H. DURET, pour ses belles *Recherches sur la circulation du système nerveux cérébro-spinal.* — Des mentions honorables ont été accordées à MM. Bochefontaine et Troisier.

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 12 février 1875, on a constaté 964 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 11; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 63; — pneumonie, 86; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 6; — *choléra nostras,* »; — angine couenneuse, 16; — croup, 21; — affections puerpérales, 2; — autres affections aiguës, 250; — affections chroniques, 434, dont 167 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 25; — causes accidentelles, 21.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 31 au 6 février: 1,552, savoir : variole, 2; — rougeole, 9 ; — scarlatine, 43; — fièvre typhoïde, 18 ; — érysipèle, 18 ; — bronchite, 278 ; — pneumonie, 88 ; — dyssenterie, » ; — diarrhée, 9; — *choléra nostras,* »; — diphthérie, 7; — croup, 20; — coqueluche, 47.

INCINÉRATION. — Le Conseil municipal de Paris ayant décidé par sa délibération du 14 août 1874 que « les mesures nécessaires seraient prises pour ouvrir un concours dans le but de rechercher le meilleur procédé pratique d'incinération des corps ou tout autre système conduisant à un résultat analogue », M. le Préfet de la Seine a nommé une commission chargée de déterminer les conditions et le programme du concours. Cette commission est composée comme il suit : E Hérold, vice-président du Conseil municipal, président ; MM. Degouve-Denuncques, Cadet, Ch. Loiseau, Mallet, Viollet-le-Duc et Deligny, conseillers municipaux ; M. Pelletier, directeur de l'administration générale ; M. Feydeau, inspecteur général des cimetières ; MM. Baube, chef de division à la préfecture de police, et Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine, membres du conseil d'hygiène ; M. Motheré, chef de bureau à la préfecture de la Seine, secrétaire, avec voix consultative.

CONCOURS POUR LE PRIX DE L'ENSEIGNEMENT LIBRE. — Ce prix, fondé par M. FORT, professeur libre d'anatomie sera décerné, à la suite d'un concours d'anatomie et de physiologie, dans les conditions suivantes extraites du règlement qui se trouve dans le « *Guide de l'étudiant,* » année scolaire 1874-75. Ce prix est de 500 fr. ; il consiste en une médaille de vermeil de la valeur de 100 fr. et en une somme de 400 fr.

Le concours aura lieu le dimanche 21 février, à 2 heures précises, dans l'Amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois. Les élèves admis à concourir seront : 1° Tous les élèves de notre cours particulier n'ayant pas encore subi leur premier examen de doctorat ; 2° un nombre égal d'élèves ne faisant pas partie de nos cours, se trouvant, du reste, dans les mêmes conditions et ayant disséqué pendant l'hiver dans l'un des pavillons de l'Ecole pratique. Les questions, traitées en une seule composition écrite, seront au nombre de deux, choisies parmi cinquante questions, ainsi réparties : dix de structure, quinze d'anatomie descriptive, dix de régions, cinq d'anatomie générale, cinq de physiologie, trois d'embryologie, deux de préparations anatomiques, consistant en injections diverses, dissections et autres modes de préparations. Les copies ne seront pas signées. Le candidat mettra son nom sous enveloppe, avec un signe particulier répété sur la copie et sur l'enveloppe ; il fixera l'enveloppe à sa copie. Aucune enveloppe ne sera ouverte avant que les compositions ne soient jugées. Tout candidat qui fera la moindre tentative pour se faire connaître, même par une simple visite à l'un des juges, sera irrévocablement exclu. Les copies seront examinées par quatre juges. Si le jury hésite entre deux concurrents, il pourra leur faire subir une épreuve supplémentaire.

On s'inscrira pour le concours le « samedi, 20 février, à midi précis, » dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2. Les premiers inscrits seront seuls admis. Ils devront remettre leur adresse, leur feuille d'inscription, leur carte de dissection à l'Ecole pratique et une note indiquant qu'ils se trouvent dans les conditions du programme.

ASSOCIATION FRANÇAISE CONTRE L'ABUS DU TABAC ET DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — Cette association vient de renouveler, ainsi qu'il suit, son bureau pour l'année 1875 : Présidents d'honneurs : MM. les docteurs Jolly et Jules Guérin, de l'Académie de médecine; — Président : M. le docteur Ch. Roucher ; — Vice-présidents : MM. de Beaupré, Crivelli, Decroix et Dubail ; — Secrétaire général : M. Germond de Lavigne ; — Secrétaires des séances : MM. Gindro-Malherbe et Léon Fontaine ; — Secrétaire pour l'étranger : M. Crivelli; archiviste : M. Petibou; trésorier : M. Collaux. — Les travaux et communications doivent être adressés au siége de l'Association, 12, rue Chanoinesse.

HOSPICES CIVILS DE TOULOUSE. — Par décision de la commission administrative des hospices, les nominations suivantes ont été faites à partir du 1er janvier 1875 : M. le Dr Rességuet, chirurgien chef de service à l'hospice Saint-Joseph de la Grave, passe au même titre à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Batut, dont le mandat est expiré. — M. Dr Molinier, chirurgien adjoint à la Maternité, est nommé chirurgien chef de service et professeur des élèves sages-femmes, en remplacement de M. Despaignol, dont le mandat est expiré. — M. le Dr Ribell, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien chef de service à l'hospice St-Joseph de la Grave; en remplacement de M. Rességuet. — M. le Dr Puntous, médecin-adjoint, est nommé au même titre à la Maternité.

NOMINATION. Le docteur Boureau, médecin-adjoint de l'hospice annexe de la maison de détention de Saint-Lazare, a été nommé médecin titulaire en remplacement de M. Boys de Loury, décédé. Le docteur Aimé Martin est nommé médecin-adjoint de cet établissement. (*France médic.*)

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 9 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 27 FÉVRIER 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

IIIe LEÇON. — **Classification des maladies du larynx et du pharynx (1).**

Leçons recueillies par MM. AFFRE et MOIZARD, internes du service.

Messieurs,

Nous abordons aujourd'hui l'étude de la pathologie laryngée proprement dite ; mais avant de passer à l'étude clinique de chaque maladie, nous devons, pour fixer le langage dont nous aurons à nous servir, tracer la nomenclature générale de ces maladies, et selon le programme que nous nous sommes tracé, chercher une classification qui puisse s'appliquer à la fois aux affections du larynx et à celles des organes voisins, qui ont tant de connexités avec l'organe vocal, c'est-à-dire aux affections du pharynx, de la bouche et des fosses nasales. L'ancien nom d'angine, qui s'appliquait aussi bien aux angines pharyngées que laryngées, sera celui que nous conserverons provisoirement pour établir les bases de cette classification, puisque son sens vague répond précisément au caractère de généralité que nous cherchons à donner à notre nomenclature.

On a classé les angines de différentes manières. Les uns ont adopté des divisions purement *anatomiques*, et après avoir distingué les angines laryngées et les angines pharyngées, ils ont divisé ces dernières, selon la région affectée, en *amygdalite*, pharyngite *supérieure* ou *sus-palatine*, pharyngite *moyenne* et pharyngite *inférieure*. Ces dernières divisions, sauf l'amygdalite qui constitue une espèce très-naturelle, sont purement fictives : l'inflammation ne se réduit pas à des régions aussi bien délimitées ; le plus grand inconvénient de cette classification topographique est de ne nous donner aucune notion sur la nature de l'affection, et par suite de ne fournir aucune indication thérapeutique, en dehors des simples antiphlogistiques.

D'autres classifications, encore anatomiques, ont fait un pas de plus vers la vérité en distinguant dans les angines les *éléments anatomiques* qu'elles atteignaient : on a ainsi établi l'angine *glanduleuse*, l'angine *superficielle* et l'angine *sous-muqueuse*. C'est là un progrès, mais il est encore insuffisant: L'angine glanduleuse est, comme nous le verrons bientôt, une espèce très-difficile à définir : souvent elle paraît purement locale, d'autrefois elle reconnait des causes plus générales, telles que l'alcoolisme; d'autres fois, elle est liée à la constitution même du sujet, aux diathèses dartreuse, herpétique, scrofuleuse et tuberculeuse. L'angine pharyngée superficielle répond bien au catarrhe simple, mais les angines sous-muqueuses se retrouvent dans plusieurs espèces d'angines graves, et d'ailleurs l'expression de sous-muqueuses manque elle-même de précision; il faudrait distinguer encore l'inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, de celle qui se passe sous le périchondre et à la surface même des cartilages laryngiens.

Nous voyons déjà qu'il est nécessaire d'invoquer d'autres considérations que celles de l'anatomie de région ou de structure, et que la nature des *lésions* doit, comme dans toute question de pathologie, acquérir une importance majeure. Aussi la plupart des nosologistes ont-ils appliqué aux angines pharyngées et laryngées les classifications anatomo-pathologiques adoptées pour d'autres organes, et ont-ils décrit successivement :

La congestion ;
L'inflammation simple ;
L'inflammation pseudo-membraneuse ;
» ulcéreuse ;
» gangréneuse ;
» œdémateuse ;

auxquels ils ont ajouté :

Les périostites et les périchondrites ;
Les rétrécissements (sténoses et ankyloses).

Nous sommes déjà sur un terrain plus satisfaisant, mais que d'objections on peut encore adresser à cette classification purement anatomo-pathologique ! En effet, si nous nous bornons à décrire les lésions seules, sans faire intervenir la symptomatologie et surtout l'étiologie de ces lésions, nous allons confondre des choses fort dissemblables, des maladies aiguës avec des maladies chroniques, des maladies saisonnières avec des maladies infectieuses ou constitutionnelles. Ainsi l'angine pseudo-membraneuse se trouve dans la diphthérie proprement dite, dans la scarlatine, dans l'angine diphthéroïde, dans l'herpès guttural.

Les ulcères s'observeront dans la syphilis, dans la scrofule, dans la tuberculose, et peut-être dans le catarrhe simple; les gangrènes et les nécroses dans la fièvre typhoïde, dans la scrofule, dans la tuberculose.

L'œdème de la glotte, dont beaucoup de pathologistes font encore une espèce, s'observe en réalité dans toutes les angines graves, comme épiphénomènes.

Aussi, sans méconnaître l'importance des lésions anatomo-pathologiques, et tout en étant très-résolu à leur emprunter des éléments de classification, nous devons reconnaître que les lésions seules ne nous fournissent pas une classification complète. La plupart des pathologistes y ont ajouté des catégories tirées de l'enchaînement des symptômes, de la marche, de l'évolution de la maladie, et ont distingué tout d'abord des angines *aiguës*, des angines *chroniques*, des angines *secondaires*, et la plupart ont admis la *spécificité*, au moins pour la diphthérie et les fièvres éruptives. Il est évident, en effet, que pour arriver à une nomenclature philosophique, et à des espèces vraiment naturelles, il faut faire appel à toutes les notions dont se compose notre science pathologique.

M. le professeur Lasègue, dans son *Traité des angines*, ouvrage rempli d'observations délicates et d'aperçus ingénieux, a adopté une nomenclature dont nous devons tenir grand compte, non-seulement à cause du nom et de la position scientifique de son auteur, mais surtout pour l'originalité des vues qui l'ont inspiré. Frappé des relations de certaines angines aiguës avec les maladies générales fébriles, frappé des manifestations des fièvres éruptives sur les muqueuses des premières voies, et de l'analogie anatomique de ces muqueuses avec le tégument externe, l'auteur s'est demandé s'il n'existerait pas une dermatologie de l'arrière-gorge, dont les espèces répondraient aux espèces des dermatologistes, et si l'on ne pourrait établir ainsi des *espèces naturelles*, analogues aux *familles botaniques* (P. VII). Dans ces idées, il a réparti les angines pharyngées dans les cadres suivants :

Angines éruptives : scarlatineuse ;
morbilleuse ;
varioleuse ;
herpétique ;
syphilitique ;
acnéique ;
urticaire gutturale ;
psoriasique et pemphigus.

Angine érysipélateuse ;
— rhumatismale ;
— phlegmoneuse ;
— diphthéroïde ;

(1) Voir les nos 3, 4 et 5 du *Progrès Médical*.

— diphthérique (il ne la décrit pas).
— catarrhales ;
— chronique diffuse ;
— pharyngite catarrhale (il y fait rentrer l'angine glanduleuse) ;
— amygdalite chronique ;
— catarrhe de la luette et du voile du palais ;

et il y ajoute :

tumeurs et affections cancéreuses ;
névroses.

Il y a un grand nombre d'objections à faire à cette nomenclature : d'abord ce n'est pas une classification, et l'auteur n'a pas eu la prétention d'en faire une. Il s'en défend lui-même dans son introduction. Ce n'est pas même une nomenclature complète ; il signale lui-même un bon nombre de lacunes qu'il n'a pu remplir, telles que les angines toxiques, les angines des grandes pyrexies (f. typhoïde, choléra), celle des phthisiques qu'il avoue n'avoir pu caractériser suffisamment. (*Traité des angines*, introduction, p. XV à XXII).

C'est donc simplement une *revue d'espèces*, qu'il nous a présentée, espèces ingénieusement observées et décrites, mais qui, sauf le premier groupe, ne présentent aucune idée d'ensemble.

Ainsi le second groupe n'est pas formé : M. Lasègue énumère et décrit l'une après l'autre les angines *érysipélateuse*, *rhumatismale*, *phlegmoneuse*, *diphthéroïde* et *diphthérique* (il passe à dessein cette dernière sous silence), sans leur assigner de grands caractères généraux ; ce sont des *incertæ sedis*, qui n'ont aucun lien entre elles, si ce n'est de coïncider avec des affections générales, de précéder, d'accompagner ou de suivre des états fébriles graves ; or ce caractère de généralité appartenait déjà à un premier groupe, et l'on peut se demander pourquoi l'angine érysipélateuse n'est pas rangée parmi les angines éruptives. L'angine rhumatismale n'a pas d'autre caractère propre que celui de coïncider avec un rhumatisme aigu. Ses caractères extérieurs ne permettraient guère de la distinguer d'une angine aiguë, telle que l'angine erysipélateuse et la phelgmoneuse.

Le troisième groupe, les angines catarrhales, est encore moins systématisé peut-être : l'origine catarrhale en est le seul lien commun, sans qu'elle soit toujours bien démontrée. Mais les subdivisions sont purement topographiques, ou résultant d'apparences symptomatiques. On s'étonne d'y voir figurer l'amygdalite chronique, qui résulte plutôt d'un état congénital ou diathésique que d'une influence catarrhale.

Le premier groupe, celui des angines éruptives, est certainement le mieux tracé. Les angines des fièvres éruptives proprement dites sont parfaitement décrites, et font admirablement ressortir les connexions des grandes pyrexies avec les localisations inflammatoires des premières voies. L'esprit est également satisfait du rapprochement de l'herpès guttural avec ce groupe naturel. Mais nos idées pathologiques sont froissées quand nous rencontrons à côté la syphilis. Quoi, cette maladie est-elle une éruption, est-elle une fièvre éruptive ? M. Lasègue nous dit, il est vrai, qu'il rend au mot *éruption* son sens primitif, son sens le plus large, le plus vulgaire désignant toute espèce d'exanthème cutané. D'accord, mais il y a quelque inconvénient à faire rétrograder le langage scientifique, quand il a pris, fût-ce même à tort, une signification particulière ; par exemple, on fait difficilement comprendre aujourd'hui que le nom d'apoplexie ne veuille dire hémorrhagie cérébrale. Involontairement, c'est toujours le premier sens que nous lui attribuons. Mais pour la syphilis l'expression d'éruption est encore plus forcée. La syphilis n'est pas seulement un exanthème; si les roséoles, les plaques muqueuses, et quelques syphilides résolutives peuvent être ainsi désignées, il n'en est plus de même des ulcères profonds, des dermatoses invétérées, et encore moins des gommes, des exostoses, des nécroses que produit cette grande intoxication. Or, toutes ces lésions graves ont leurs analogues dans la gorge, il faut les prévoir dans une classification. L'angine acnéique, l'urticaire gutturale, le pemphigus et le psoriasis guttural sont loin d'être suffisamment précisés dans le livre de M. Lasègue, et leur étiologie reste obscure.

En somme, on peut reprocher à l'éminent professeur d'avoir basé ses espèces presque exclusivement sur des caractères extérieurs. Il invoque, pour justifier sa nomenclature l'exemple des dermatologistes qui ont décrit « les lésions spécifiques désignées sous les titres de vésicule, de pustule, de bulle, etc. » (*Traité des Angines*, p. 2), au moment même où la dermatologie vient de renoncer à cette histoire naturelle stérile, pour puiser dans la notion des diathèses une rénovation féconde au point de vue thérapeutique. Pour employer une comparaison, dont M. Lasègue, fils d'un botaniste distingué, reconnaîtra lui-même la justesse, les espèces qu'il établit me rappellent trop les familles botaniques de Linné et de Tournefort, basées sur des caractères extérieurs. Nous voulons essayer d'aller plus loin, et de faire une classification analogue à la méthode naturelle de Jussieu pour ne pas nous perdre dans un morcellement indéfini des espèces et des types.

Rendons d'ailleurs toute justice à M. Lasègue. La nomenclature qu'il ne nous a présentée lui-même que comme un essai provisoire, a mis parfaitement en lumière l'idée fondamentale qui nous a guidé ensuite dans la classification que nous allons proposer : c'est la *notion d'affection générale*, rendue à un grand nombre d'angines, dans lesquelles les traités de pathologie ne voyaient que des maladies locales, c'est l'état général fébrile qui domine bien des manifestations locales, dont la localisation est déterminée par cette cause vague, mais réelle qu'on appelle la *prédisposition* pour les maladies aiguës; c'est pour les angines chroniques, la diathèse, dans laquelle M. Lasègue a nettement entrevu (*Ibid.*, Introduction, p. XII) la base réelle d'une classification méthodique des angines. « Il est certain, dit-il, que la nosologie des affections angineuses chroniques ne sera assise sur *sa vraie base* que le jour où on aura le droit d'ouvrir un chapitre à l'angine chronique herpétique ou goutteuse au même titre qu'à l'angine morbilleuse ou scarlatineuse. Nous sommes encore loin d'une si souhaitable précision. »

M. Lasègue s'est donc arrêté par modestie sur la route de la vérité qu'il avait indiquée. Nous avons fait pour notre part quelques tentatives pour marcher plus avant dans cette voie, et après avoir obtenu quelques résultats pratiques, nous n'hésitons pas à présenter une classification basée sur cette nosologie vraie qu'invoquait M. Lasègue. (*A suivre*).

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales,

Par le Dr **CH. ABADIE.**

Malgré les progrès considérables de la physiologie et de l'anatomie pathologique, il est encore difficile de diagnostiquer le siége des lésions cérébrales ; aussi ne doit-on jamais négliger l'examen minutieux des symptômes qui peuvent nous guider dans cette voie. La physiologie peut retirer grand bénéfice de ce genre de recherches car l'anatomie pathologique aidant c'est une méthode sûre pour arriver à connaître le rôle fonctionnel des diverses parties de l'encéphale. A ce titre le symptôme de l'hémiopie mérite de fixer notre attention.

L'hémiopie est caractérisée par la suppression de la vision à droite ou à gauche de la ligne médiane de telle sorte que le malade ne distingue plus que la moitié des objets placés exactement devant lui. Si la vision est abolie à droite l'hémiopie est dite latérale droite, si c'est à gauche l'hémiopie latérale est gauche.

Voici un malade qui offre un exemple très-net d'hémiopie latérale gauche ; son histoire peut se résumer en quelques mots.

Cet homme, âgé de 63 ans, exerce la profession de co-

cher. Il offre toutes les apparences d'une constitution robuste et a toujours joui jusqu'ici d'une excellente santé. Bien que sa face soit un peu injectée, ce n'est pas un alcoolique : il boit rarement de l'eau-de-vie et des liqueurs et ne s'enivre jamais. Il y a huit jours environ, sans cause appréciable, sa vision diminua subitement à tel point qu'il fut obligé de suspendre son travail. Il resta sans rien faire espérant une guérison spontanée, mais aujourd'hui, fatigué d'attendre en vain, il vient réclamer nos soins.

A l'extérieur les yeux ont un aspect normal. Les milieux transparents permettent d'explorer à l'ophthalmoscope les parties profondes qui sont dans un état d'intégrité absolue. La papille possède sa coloration rosée habituelle, les vaisseaux rétiniens offrent un calibre normal. Il n'existe aucune lésion ni dans la région de la macula, ni dans les parties équatoriales de la rétine. Cet examen négatif, assignant déjà à l'amblyopie une cause extra-oculaire et par suite probablement cérébrale, il importait de déterminer avec précision le trouble de la vision. Il fallut pour cela explorer le champ visuel et mesurer l'acuité visuelle restante. Le malade fut placé dans ce but au-devant d'un tableau noir sur lequel une croix blanche tracée au centre servait de point de fixation, l'œil gauche fermé et l'œil droit immobile dirigé vers la croix, pendant qu'un morceau de craie, tenu à la main, était promené sur toute la surface du tableau. Or, tant que le morceau de craie se trouvait à la droite du malade, il le distinguait facilement, mais à gauche toute vision était abolie. Une ligne verticale tracée sur le tableau et passant par le point de fixation séparait nettement la partie droite du champ visuel restée sensible de la partie gauche devenue insensible. La même épreuve, répétée sur l'œil gauche, donna le même résultat, vision conservée à droite, abolie à gauche. Il s'agissait donc d'*une hémiopie latérale gauche.*

Dès lors, soupçonnant une affection cérébrale et nos interrogations étant faites à ce point de vue, nous apprîmes que la diminution de la vision avait été accompagnée de douleurs violentes dans le côté droit de la tête, douleurs qui persistaient encore au moment de l'examen. Pourtant aucun trouble de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité ne témoignait d'une lésion grave. Huit sangsues appliquées à l'apophyse mastoïde du côté droit firent disparaître rapidement la douleur, le malade accusa aussi une amélioration notable de la vision, mais l'exploration du champ visuel prouva que l'hémiopie existait toujours.

Cette observation succincte renferme quelques particularités intéressantes qu'il importe de mettre en relief. Nous voyons tout d'abord que chez les malades atteints brusquement d'hémiopie, la diminution de la vision les frappe plus que tout autre symptôme, c'est aussi pour cela qu'ils vont souvent consulter les spécialistes.

Dans ces cas, l'ophthalmoscope, quoique ne fournissant que des preuves négatives, est d'un utile secours, car il nous permet d'affirmer que la lésion est extra-oculaire et nous fait songer à une affection de l'encéphale. Une fois l'esprit en éveil et sur la voie du diagnostic, il est rare qu'une interrogation minutieuse ne fasse pas découvrir d'autres signes jusqu'alors passés inaperçus qui viennent le confirmer. Ici c'était l'élément douleur persistant depuis huit jours et localisé dans le côté droit de la tête. Dans un autre cas d'hémiopie *latérale droite* que j'ai observé récemment, le malade n'accusait aussi qu'un trouble de la vision mais en cherchant avec soin on trouvait une douleur persistante du côté *gauche* de la tête et des fourmillements très-accusés dans *la main droite*. L'hémiopie pourrait être facilement méconnue et confondue avec l'amblyopie, on évitera cette erreur en recherchant l'état du champ visuel par le procédé indiqué ci-dessus. L'amélioration de la vision, qui survient au bout de quelques jours, n'est qu'apparente et tient à ce que les malades s'habituent à mieux utiliser par des déplacements latéraux de la tête la portion de rétine restée encore sensible. Enfin nous ferons observer que pour les travaux de lecture et d'écriture, l'hémiopie *latérale droite* est évidemment beaucoup plus gênante que l'hémiopie *latérale gauche* puisqu'on lit et écrit de gauche à droite.

Ce symptôme d'hémiopie, déjà intéressant par lui-même, l'est encore davantage quand on en cherche la signification. Il permet, en effet, de diagnostiquer le siége de la lésion cérébrale dont il est la manifestation et grâce à lui un point délicat de la physiologie des nerfs optiques se trouve élucidé. Pour mieux nous faire comprendre, prenons un exemple, occupons-nous de l'hémiopie *latérale gauche* qui existait chez notre malade et voyons ce qui se passe en pareil cas. Jetons un coup d'œil sur la figure 9 où se trouvent représentés les globes oculaires. Le chiasma C des nerfs optiques où se fait l'entrecroisement partiel ou semi-décussation des bandelettes optiques B, B'.

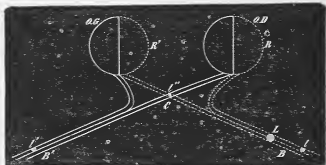


Fig. 9.

La vision étant complétement abolie du côté gauche cela indique que la moitié nasale R' de la rétine de l'œil gauche, et la moitié temporale R de la rétine de l'œil droit sont paralysées. Or, comme d'après la disposition anatomique des parties, les fibres nerveuses de ces deux portions d rétine, proviennent exclusivement de la bandelette optique B du côté droit, on est autorisé à conclure que la lésion, cause de l'hémiopie, doit siéger quelque part sur le trajet de cette bandelette, ou dans la région du cerveau circonvoisine. Inversement une lésion de la bandelette optique du côté gauche entraînerait une hémiopie *latérale droite*.

Il faut bien le dire la théorie de la semi-décussation ou entrecroisement partiel des nerfs optiques soupçonnée par Newton et Wollaston, admise par Müller et Longet, n'a été jusqu'ici démontrée ni par l'anatomie, ni par la physiologie. C'est encore une hypothèse, mais dont l'hémiopie est la puissante confirmation. car ce symptôme facilement explicable ainsi devient incompréhensible si l'on admet une disposition différente des fibres nerveuses. Que l'anatomie pathologique vienne confirmer les données fournies par la clinique, et les preuves seront alors complètes, irréfutables, ce problème de physiologie sera définitivement résolu.

Malgré les présomptions qui plaident en faveur de la semi-décussation des nerfs optiques, Basidiecki (1), Michel (2), Mandelstamm (3), se sont efforcés récemment de démontrer qu'au niveau du chiasma, l'entrecroisement des nerfs était complet et non partiel.

Pour renverser l'ancienne théorie, et établir la nouvelle, ces différents auteurs invoquent : 1° de nouvelles recherches anatomiques et miscroscopiques; 2° des expériences faites sur les animaux ; 3° l'observation clinique. En suivant pas à pas leur argumentation, il nous sera facile de réfuter leurs objections, et de montrer que le but qu'ils s'étaient proposé n'est pas atteint.

Pour leur démonstration anatomique de l'entrecoisement complet deux méthodes ont été employées : 1° La dissociaciation directe, l'isolement de chaque fibre nerveuse des bandelettes dont il serait possible de suivre la direction jusque dans le tronc du nerf ; 2° les coupes microcopiques

(1) *Klinische monastsblatter fur augenheilkunds*, 1869, p. 428.
(2) *Archiv fur ophthalmologie*. Tome [illegible], 2e partie, p. 59.
(3) *Archiv fur ophthalmologie*. Tome 19, 2e partie, p. 39.

horizontales, faites à travers le chiasma. En ce qui concerne la dissociatiou, personne n'en ignore les difficultés considérables et chacun sent combien il doit être malaisé de se reconnaître dans un inextricable fouillis de fibres nerveuses tel que le chiasma, d'autant plus que, d'après l'aveu même de ces anatomistes, l'entrecroisement ne se ferait pas d'une façon simple, directement transversale. Les faisceaux de la couche supérieure de la bandelette droite contourneraient le chiasma avant de se rendre dans le nerf optique gauche, et de supérieurs deviendraient inférieurs; une disposition analogue existerait pour les fibres des couches inférieures, l'entrecroisement ne serait régulier que dans la partie moyenne.

On conviendra de même qu'il est difficile de juger sur des coupes microscopiques horizontales si l'entrecroisement des fibres est partiel ou complet. Aussi ces preuves anatomiques seules peuvent-elles être considérées comme insuffisantes.

Les expériences physiologiques de Brown-Séquard, Longet (1), Luys (2), Mandelstamm (3), semblent au premier abord avoir plus de valeur ; mais une seule objection suffit pour les réduire à néant. La section intra-crânienne d'une bandelette optique chez certains animaux amène, il est vrai, une atrophie complète du nerf optique du côté opposé, mais qu'est-ce que cela prouve ? Que l'entrecroisement est peut-être complet chez ces animaux où la vision binoculaire n'existe pas, où le champ visuel est distinct de chaque côté, mais rien n'autorise à conclure qu'il en est de même pour l'homme qui possède la vision binoculaire, fonction bien différente de la vision monoculaire.

Quant à l'observation clinique, il est facile de constater que, quoi qu'on en dise, elle s'adapte beaucoup mieux à l'ancienne théorie qu'à la nouvelle.

N'est-il pas, en effet, plus rationnel d'admettre une hypothèse expliquant la généralité des cas, qu'une autre s'adressant à l'exception. Cette règle imposée par la logique n'a pourtant pas été suivie par Mandelstamm. Car cet auteur laissant de côté l'hémiopie latérale, de beaucoup la plus fréquente, s'est surtout préoccupé d'expliquer l'hémiopie nasale. Dans cette forme rare (il n'en existe que 3 ou 4 cas dans la science), la moitié temporale de la rétine est paralysée de chaque côté, de telle sorte que la vision se trouve abolie à droite et à gauche du côté nasal. Avec l'hypothèse de la semi-décussation, il faut admettre que, pour produire cette variété d'hémiopie, une lésion symétrique intéresse de chaque côté de la base du crâne les faisceaux externes des bandelettes optiques (voyez fig. 9), ce qui est invraisemblable, tandis qu'avec l'hypothèse de l'entrecroisement complet (voyez fig. 10) il suffit que la lésion L occupe l'angle

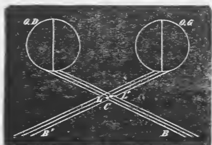


Fig. 10,

postérieur du chiasma C pour abolir la sensibilité dans les régions temporales des deux rétines et produire ainsi l'hémiopie nasale. Tel est le principal argument invoqué par Mandelstamm en faveur de l'entrecroisement complet. Il est facile de répondre, nous l'avons déjà dit : ces cas sont très-peu nombreux; de plus, quand on lit attentivement les observations qui s'y rapportent, le diagnostic paraît des plus douteux. Il y est noté, en effet, qu'à l'ophthalmoscope les nerfs optiques, *rouges, vascularisés*, présentaient tous les caractères de *la névrite*. Pourquoi dès lors admettre qu'il s'agissait d'une affection extra-oculaire dont la lésion occupait précisément l'angle postérieur du chiasma. L'intensité du processus morbide dans telle ou telle partie du nerf ne suffit-elle pas pour expliquer la lacune particulière du champ visuel des deux côtés? Dans la véritable hémiopie de cause extra-oculaire, il n'existe *au début* aucune lésion appréciable à l'ophthalmoscope, ce n'est que plus tard, lorsque l'atrophie descendante est arrivée jusqu'à la papille, qu'on voit celle-ci pâlir et se décolorer dans la moitié de son étendue. Quant à l'hémiopie latérale, la plus fréquente de toutes, la mieux observée, elle serait due, suivant Mandelstamm, à une lésion occupant l'un des angles latéraux du chiasma. Dans la fig. 10 par exemple (entrecroisement complet), la lésion L' occupant l'angle latéral droit du chiasma produirait une hémiopie latérale gauche. Il est facile de voir que cette hypothèse est peu conforme aux donuées de la clinique. S'il en était réellement ainsi, comment expliquer la délimitation si précise du champ visuel qui se trouve aboli exactement à partir de la ligne médiane? Est-il admissible qu'une lésion, siégeant dans le chiasma lui-même, n'intéresse qu'un nombre de fibres nerveuses parfaitement déterminé? Le processus n'aurait-il pas de la teudance à s'étendre, à envahir les parties voisines et comment concevoir dès lors que l'hémiopie latérale reste stationnaire, comme cela est noté dans toutes les observations ? La semi-décussation explique donc mieux les faits que l'entrecroisement complet.

Un mot encore sur l'hémiopie *temporale* signalée quelquefois et qui peut avoir une grande valeur sémiologique. Dans cette variété d'hémiopie, la moitié nasale de la rétine est paralysée de chaque côté, et la vision abolie à droite et à gauche du côté temporal. Or, comme les fibres nerveuses paralysées sont fournies précisément par les faisceaux croisés des bandelettes (voy. fig. 9), il en résulte que la lésion L'', dans ce cas, doit occuper l'angle antérieur du chiasma. C'est ce que l'on trouve consigné, en effet, dans une observation remarquable de Samisch où grâce à ce symptôme, le siége d'une tumeur de cette région avait pu être diagnostiqué pendant la vie (1).

Nous formulerons en terminant les quelques propositions suivantes qui résument tout ce qui précède.

L'hémiopie, latérale droite ou gauche, est symptomatique d'une lésion intéressant la bandelette optique du côté opposé ou la région cérébrale circonvoisine.

La gravité du pronostic de l'hémiopie est subordonnée à la gravité des lésions encéphaliques. Si le malade ne succombe pas il conserve intacte la vision qui lui reste (2).

L'hémiopie temporale, c'est-à-dire l'abolition de la vision du côté temporal, dénote une paralysie des deux moitiés internes (nasales) de la rétine; elle est symptomatique d'une lésion occupant l'angle antérieur du chiasma. Dans la plupart des cas signalés jusqu'ici il s'agissait d'une tumeur de cette région.

L'hémiopie latérale observée fréquemment en clinique, fournit la meilleure preuve démonstrative de l'entrecroisement partiel ou semi-décussation des nerfs optiques, cette disposition anatomique permettant seule d'expliquer ce symptôme d'une façon rationnelle.

(1) *Physiologie du système nerveux.*
(2) *Archives de physiologie*, 1872. Tome VI.
(3) *Loco citato.*

(1) *Klinische monatsblatter für augenheilkunde*, 1869, p. 51.
(2) Il serait tout-à-fait extraordinaire qu'une lésion symétrique vînt intéresser la bandelette optique du côté opposé.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissaut le 19 février 1875, on a constaté 1,003 décès, savoir : variole, 4; — rougeole, 2; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 53; — pneumonie, 113; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, »; — *choléra nostras*, »: — angine couenneuse, 7; — croup, 19; — affections puerpérales, 5; — autres affections aiguës, 267, — affections chroniques, 456, dont 168 dues à la phthisie pulmonaire; — affectious chirurgicales, 40; — causes accidentelles, 14.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 7 au 13 février: 1,726, savoir : variole, 1; — rougeole, 11 ; — scarlatine, 46; — fièvre typhoïde, 8 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite, 332 ; — pneumonie, 117 ; — dyssenterie, »; — diarrhée, 15; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 8; — croup, 18, — coqueluche, 62.

CLINIQUE MÉDICALE

Phthisie granuleuse simulant la fièvre typhoïde ; tubercules de la choroïde ; diagnostic par l'ophthalmoscope ;

Par **STOICESCO**, interne des hôpitaux.

Le 26 du mois dernier, on amena, dans le service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine, n° 3, l'enfant Dumesnil Eugénie, âgée de 13 ans. Les parents nous donnaient, sur l'état antérieur, des renseignements un peu vagues; cependant il paraît que le père était mort poitrinaire, et la mère morte phthisique, à la fin de septembre de cette année; à peu près à cette époque, l'enfant fut prise brusquement d'une très-grande courbature avec fièvre presque continue, un peu de céphalalgie, de l'inappétence, sans diarrhée ni vomissements et sans gène de la respiration; ses parents lui firent garder le lit pendant quelques jours, et l'enfant, quoique un peu faible et très-mal à l'aise, recommença ses habitudes antérieures. Huit jours après, c'est-à-dire deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise tout d'un coup d'un violent point de côté à gauche; l'oppression était tellement intense que, deux jours avant son entrée, elle eut plusieurs accès de suffocation. Tous les autres symptômes du début s'étaient beaucoup plus accentués.

Au moment de l'entrée, la première chose qui frappe c'est l'état général typhique et la dyspnée. L'enfant en orthopnée fait péniblement 70 respirations par minute. La figure est pâle, avec des plaques rouges lie-de-vin sur les deux pommettes, les yeux sont excavés, les paupières à demi-closes. La physionomie a une expression de langueur des plus manifestes. En outre, il existe une hyperesthésie générale, mais de beaucoup plus marquée sur le thorax; à la moindre pression sur un point quelconque, l'enfant pousse des cris. L'intelligence est nette, les réponses sont correctes et sans hésitation. La céphalalgie frontale est peu accusée. Les pupilles dilatées sont peu impressionnables.

Emaciation notable de tout le corps. Le ventre est souple, non ballonné, indolent et sans taches. La langue est sèche, sans fuliginosités; les selles sont régulières, non diarrhéiques. Pas de vomissements. Pas d'épistaxis. Aucun trouble du côté des voies urinaires. Les mouvements et le rhythme des bruits cardiaques paraissent normaux.

La paroi antérieure gauche de la poitrine donne, à la percussion, une résonnance un peu plus obscure que du côté opposé, l'élasticité semble aussi diminuée. La sonorité, de même que l'élasticité, sont normales à droite et en avant. L'auscultation à gauche, immédiatement sous la clavicule, révèle un peu de râle sous-crépitant fin, dans les fortes inspirations, et après les efforts de toux, quelques bouffées de râle sous-crépitant lointain. A droite et en avant, le murmure vésiculaire a son ampleur normale. En arrière, à gauche, la respiration est nette, sans aucun bruit pathologique ; à droite, le déplissement des alvéoles se fait moins bien, l'expiration surtout, paraît un peu soufflante; de temps en temps on perçoit des râles sous-crépitants. La résonnance est normale dans toute l'étendue de la poitrine en arrière. La voix ne présente aucune modification. T. 39°,5; P. 140; R. 70.

27 *octobre*. Délire pendant la nuit. Même état qu'hier. T. 38°,6. Dix sangsues sur la région épigastrique, potion gommeuse avec 30 gr. de cognac.

Soir. L'état général paraît meilleur. Aucune autre modification. A droite, en avant, la respiration est un peu plus rude. T. 37°,8; P. 128 ; R. 64.

28 *octobre*. L'enfant est plus abattue; diarrhée. T. 39°.

Soir. Les râles sont plus nombreux à gauche sous la clavicule. T. 39°,3; P. 128; R. 64.

29 *octobre*. Même état adynamique. M. Bouchut fait l'examen ophthalmoscopique et constate dans les deux choroïdes l'existence de plusieurs tubercules; nous avons pu nous-même les reconnaître séance tenante. A partir de ce moment, plus d'hésitation, plus de doute sur la nature de l'affection, il s'agissait d'une tuberculose miliaire; le diagnostic était établi, grâce à l'ophthalmoscope. L'enfant n'accusait aucun trouble de la vue. T. 39°,3.

Soir. Les symptômes thoraciques sont plus accusés; les râles gagnent en intensité et en étendue, à gauche, aussi bien en avant qu'en arrière; à droite, sous la clavicule, il y a quelques râles humides; en arrière, au sommet, l'expiration est soufflante, il nous semble avoir entendu quelques craquements. Aux deux bases, la respiration est normale. La diarrhée continue. T. 40°; P. 136; R. 48.

30 *octobre*. Même état. T. 38°,5. — *Soir*. T. 39°,4; P. 132; R. 52.

31 *octobre*. T. 38°,1. — *Soir*. T. 39°,6; P. 132; R. 64.

1er *novembre*. La percussion est toujours peu significative des deux côtés, aussi bien en avant qu'en arrière, cependant la résonnance parait plus diminuée à droite. Les râles à gauche prennent les caractères du gargouillement. T. 38°.

Soir. T. 39°,3; P. 132; R. 48.

2 *novembre*. T. 37°,9. — *Soir*. T. 39°,3; P. 128; R. 54.

3 *novembre*. T. 39°. — *Soir*. T. 39°; P. 132; R. 60.

4 *novembre*. L'état général s'est aggravé. Les lésions pulmonaires ont fait des progrès, les râles humides s'entendent par bouffées dans presque toute l'étendue des poumons. La diarrhée continue. T. 39°,8. *Soir*. T. 40°; P. 152; R. 62.

5 *novembre*. T. 38°. — *Soir*. T. 39°; P. 128; R 54.

6 *novembre*. T. 38°,1. — *Soir*. T. 40°; P. 138; R. 54.

7 *novembre*. Délire pendant la nuit. L'hématose est beaucoup plus compromise, la surface du corps commence à prendre les caractères de la cyanose. Râles sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons. T. 38°. — *Soir*. T. 38°,6 ; P. 132; R. 60. — 8 *nov*. T. 38°. — *Soir*. T. 38°,9; P. 138; R. 60.

9 *novembre*. L'enfant succombe dans la journée avec une température de 37°,8.

Autopsie. Quarante-deux heures après la mort (1). — Les deux poumons sont, pour ainsi dire, farcis de petites granulations miliaires; au sommet du poumon gauche, il existe une caverne pouvant loger une petite noix. Les plèvres, en dehors de quelques adhérences récentes, présentent çà et là plusieurs granulations semblables à celles des poumons. On en remarque aussi quelques-unes dans la rate (non hypertrophiée) et dans la substance corticale des reins. A peine pouvons-nous en trouver une dizaine dans le péritoine et l'intestin ; la muqueuse de ce dernier, et surtout celle de l'intestin grêle, est congestionnée. Le foie est gros.

Le cœur flasque, présente sur le bord de chaque valvule, mais notamment sur celui de la mitrale, ce liseré rouge, boursouflé, caractéristique de la lésion que M. Bouchut considère comme une endocardite végétante.

Les méninges ne sont pas congestionnées, on peut compter une vingtaine de granulations sur la pie-mère; au milieu de la scissure sylvienne gauche, plusieurs sont englobées dans une petite collection purulente, grosse comme un pois. La masse encéphalique a sa consistance normale. La moelle est ferme, sans altération; aucune trace de tubercules miliaires.

Les yeux sont coupés perpendiculairement à leur axe antéro-postérieur et examinés sous l'eau : on constate d'abord l'état normal des milieux réfringents ; une fois la rétine soulevée lentement, nous trouvons le pigment choroïdien intact, et de chaque côté des nerfs optiques, plusieurs points gros comme de petites têtes d'épingles, blanchâtres, opaques et un peu saillants. Dans l'œil droit, trois tubercules faisant un triangle, se trouvent tout près du nerf, trois autres un peu plus loin. Dans l'œil gauche, il n'y en a que deux dans la proximité du nerf, et huit autres disséminés sur la choroïde.

Pour terminer, il faut signaler un petit infarctus sous-cutané à la face antérieure de la jambe gauche.

Réflexions. — Le fait que nous venons d'exposer présente un grand intérêt. — C'est une observation qui mérite d'attirer l'attention, non-seulement par sa forme clinique, mais surtout par les lésions anatomiques caractéristiques vues pendant la vie. Avant d'insister sur le point principal de ce fait, qu'il nous soit permis de remarquer un symptôme persistant, depuis le commencement jusqu'à la fin, et d'une intensité telle qu'il semblait dominer tout l'ensemble symptomatique, je veux parler de l'hyperesthésie, surtout thoracique; M. Bouchut nous a fait remarquer, plus d'une fois, ce signe qui a une très-grande valeur.

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique*.

Certes, en présence d'un symptôme tel, en présence d'un renseignement précieux en ce qui concerne l'hérédité, le diagnostic pouvait-il rester encore douteux? Pouvait-il être posé d'une façon nette, d'une façon précise ? — La première pensée de M. Bouchut fut celle d'une pneumonie double, mais d'une pneumonie bâtarde, insolite ; — le lendemain, nouvelle hésitation, et l'idée d'une fièvre typhoïde à forme thoracique nous vint à l'esprit; le désaccord entre les symptômes locaux et l'état général nous mettait sur la voie. — Le 29, c'est-à-dire le troisième jour de son entrée, et j'insiste beaucoup sur cette date, l'ophthalmoscope vint dicter, pour ainsi dire, le diagnostic. Voici le fait principal : D'abord le diagnostic des tubercules de la choroïde, pendant la vie même, et ensuite comme conséquence, le diagnostic de la maladie, de la tuberculose miliaire.

Nous sommes bien convaincu que l'ophthalmoscope, dans une affection telle que la phthisie aiguë, peut rendre les plus grands services; ce serait trop de dire avec Cohnheim que les tubercules de la choroïde sont constants dans la tuberculose miliaire (Berliner klin. Wochenschr. n° 6, 1867), mais d'un autre côté, il faut croire qu'ils existent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance publique et le Conseil municipal.

Dans ses séances des 15 et 19 février, le Conseil municipal a eu à s'occuper de deux affaires particulièrement intéressantes pour le service des hôpitaux. La première était relative au pavillon isolé que M. le Dr Tarnier a obtenu l'autorisation de faire construire pour les accouchements à l'hospice de la Maternité. Il faut reconnaître que l'affaire a été assez mal conduite. D'après les premiers plans et devis, un crédit d'environ 30,000 francs devait suffire. Ces 30,000 francs, l'ancien Conseil les avait votés. Mais voici que, par suite de changement de plans sur lesquels l'avis du Conseil n'a point été pris, on vient demander au nouveau Conseil un supplément de crédit de 35,000 francs, aujourd'hui nécessaire à l'achèvement dudit pavillon !

Le Dr Martin, rapporteur, tout en exprimant le regret que le Conseil n'eût pas été appelé à émettre son avis sur les plans ultérieurement adoptés, a conclu à l'approbation du devis supplémentaire.

Le Dr Clémenceau s'est élevé avec force contre l'administration de l'Assistance publique et contre l'architecte qui s'est permis de substituer, aux plans approuvés par le Conseil, de nouveaux plans et devis qui ont porté la dépense à plus du double du crédit voté, et a demandé au Conseil de voter le crédit, mais de formuler un blâme contre l'Administration de l'Assistance publique.

M. Ernest Lefèvre, estimant que cette sanction était loin d'être suffisante, a demandé que l'administration de l'Assistance publique fût mise en demeure de fournir des explications sur cette affaire et a proposé le renvoi à la Commission. Le renvoi a été prononcé et M. le directeur de l'Assistance publique, appelé devant la Commission, a décliné toute responsabilité dans cette affaire, mais n'a pas hésité à regretter le fait, imputable à son prédécesseur, et à prendre l'engagement de consulter le Conseil à l'avenir, en cas de modifications sérieuses aux projets sur lesquels il aurait été consulté. Dans sa séance du 19, le Conseil, blâmant la façon dont cette affaire a été conduite et prenant acte des déclarations du directeur de l'Assistance publique, a voté les conclusions de la Commission favorables à l'achèvement du pavillon isolé d'accouchements.

Nul n'a pensé dans le Conseil à entraver l'intéressante expérience que veut faire M. le Dr Tarnier. Mais nous comprenons que le Conseil tienne à ne pas se trouver à son insu engagé dans des dépenses doubles de celles qu'il a approuvées.

L'autre affaire intéressante pour nous, — il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une délibération à prendre par le Conseil, — était relative à l'arrêté du directeur de l'Assistance publique modifiant, et, dans certains cas supprimant les sorties dont jouissaient depuis longtemps les indigents admis dans les hospices.

Nos lecteurs n'ont pas oublié encore l'article que nous avons publié sur ce sujet dans le *Progrès médical*, du 13 courant. C'était le 15 que le Conseil municipal se réunissait et MM. Leneveux, Martin, Marmottan, Talandier, ont pris chaleureusement la défense des pauvres gens que cette mesure regrettable frappe en masse pour ce qui n'est que la faute de quelques-uns.

M. le Préfet a déclaré que cette mesure n'avait pas, dans la pensée de l'administration, la portée extraordinaire qu'on lui donnait dans le public; qu'il s'agissait de mettre un terme à des abus devenus intolérables, et qu'une fois les choses rentrées dans l'ordre, les permissions seraient accordées à tous ceux qui pourraient en profiter utilement; que d'ailleurs il s'engageait à faire étudier la question et que le Conseil pouvait être assuré qu'il n'avait nullement l'intention de changer en prisons les hospices de Paris.

Après la lecture de l'arrêté en question par M. Martin, et la lecture d'une partie de notre article du 13, par M. Talandier, lecture ayant pour but de montrer que les craintes qu'avait fait naître cet arrêté n'étaient point exagérées, l'incident a été clos sur la promesse réitérée du préfet que l'affaire serait examinée avec toute l'attention qu'elle mérite et que les malades indigents ne seraient soumis à aucune sévérité inutile. Nous espérons que la lumière ne tardera pas à se faire dans l'esprit de M. le Préfet et que, cédant au désir manifesté par le Conseil municipal, aux pétitions adressées par les indigents à M. le Directeur, et approuvées par les médecins, dont l'avis a bien quelque importance, il rétablira tout simplement l'ancien état de choses.

SOCIETES SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 février. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Leven continue la série de ses communications sur les gaz intestinaux. Il n'est pas seul, dit-il, à ne pas avoir rencontré l'hydrogène et l'hydrogène protocarboné. D'autres observateurs que lui ne l'ont jamais trouvé. Il fait remarquer en outre que si les gaz intestinaux provenaient de la fermentation des aliments dans l'intestin grêle, ces gaz seraient surtout abondants pendant la digestion. Or, il n'en est rien et c'est surtout lorsque l'animal est à jeun qu'on peut constater leur existence.

M. Bert, à propos du procès-verbal, dit que s'il avait tracé l'historique de ce qui a pu être fait sur le *peigne* des oiseaux, il aurait dû citer le nom de M. Fieuzal qui, il y a peu de temps, avait observé sur la poule, une sorte d'écran qu'il croyait être une dépendance des procès ciliaires.

M. Rabuteau fait une communication sur le bromure d'éthylène. Il en présente un échantillon. Il a expérimenté sur lui cette substance et a reconnu que ses propriétés anesthésiques seraient, si elles existent, bien moindres que celles de l'éther, du bromoforme et du chloroforme. Mais il a pu

constater un ralentissement considérable et rapide de la respiration. Il considère cette substance comme un antispasmodique puissant. Du reste, il continuera les expériences qu'il a déjà commencées.

M. DUPUY a recherché ce qu'avait d'exact l'opinion des physiologistes qui assimilent l'action de la strychnine à celle du curare. Il a voulu voir si réellement la strychnine agissait sur les nerfs moteurs de telle sorte que leur excitation n'est plus suivie de la contraction des muscles. Il n'en est rien.— Lorsqu'une grenouille a été empoisonnée par la strychnine, donnée à haute dose, elle tombe il est vrai en résolution, et la période de convulsion passée, elle parait absolument inerte ; mais si, à ce moment, on excite le sciatique mis à nu, on constate une contraction immédiate des muscles de la jambe. Les nerfs moteurs n'ont donc pas été paralysés par la strychnine.

M. CLAUDE BERNARD. Je ferai à propos de la communication de M. Dupuy, une simple remarque, mais qui prouve combien sont complexes souvent et délicates les expériences physiologiques et leur interprétation. M. Martin-Magron, en effet, et d'autres avec lui, ont prétendu que la strychnine et le curare avaient une action analogue — et leurs observations, certainement bien faites, les conduisaient à dire que, chez les grenouilles strychnisées, l'excitation des nerfs moteurs n'était pas suivie de contraction. Cela est vrai en été, mais en hiver il n'en est pas ainsi et les muscles de la grenouille réagissent toujours dans cette saison.

Aussi je ne saurais partager l'opinion de ces auteurs et, pour ma part, il me semble prouvé que le curare et la strychnine doivent être considérés comme des antagonistes. Une expérience bien nette le démontre. Qu'on fasse la ligature du train postérieur de la grenouille en ne respectant que les nerfs de la région et qu'on donne de la strychnine à l'animal ainsi préparé, on observera des contractions de muscles postérieurs mais la sensibilité aura disparu. Si, au contraire, le curare est employé la sensibilité persistera, mais la motilité fera défaut absolument. Cette expérience ne prouve-t-elle pas que ces substances sont antagonistes? L'une, le curare, agit d'abord sur les nerfs moteurs sans atteindre la sensibilité tandis que l'autre, la strychnine agit d'abord sur les nerfs sensitifs et n'agit que beaucoup plus tardivement sur les nerfs moteurs.

M. GALLIPPE a étudié l'action de l'écorce du jaborandi sur la pupille et il a vu que cette action l'emportait sur celle de la feuille.

M. JOLYET fait une communication sur l'écartement et le rapprochement que peuvent opérer les incisives inférieures des rats. Ces mouvements sont dus, l'écartement aux muscles masséters qui font basculer en dehors les deux bouts externes du maxillaire, le rapprochement aux mylo hyoïdiens.

M. HÉNOCQUE fait remarquer que l'anatomie explique bien la possibilité de ce double mouvement, car il existe deux ligaments lâches qui seuls forment la symphyse.

M. NICATI a étudié l'entrecroisement des faisceaux du nerf optique dans la papille de la grenouille. Paul RECLUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *février*. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. TRÉLAT présente un appareil de Dieulafoy auquel M. le Dr Leblond a ajouté un récipient et un index permettant de faire facilement la transfusion du sang sans introduire de l'air. (Nous donnerons une note, avec figures, dans notre prochain numéro).

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. L'ordre de présentation était : 1° M. Empis ; — 2° M. Parrot ; — 3° M. Cornil ; — 4° M. Lancereaux ; — 5° M. A. Voisin.

Votants 81, majorité 41. Au premier tour M. Empis a été nommé par 58 suffrages. M. Parrot a obtenu 16 voix, M. Lancereaux 6, M. Cornil 1.

M. BLOT lit le rapport sur *la vaccine en France pendant les années* 1872-73. La situation est satisfaisante, cependant plusieurs départements n'ont pas envoyé de documents. Cela tient à la négligence, mais beaucoup aussi aux allocations insuffisantes et souvent dérisoires votées par les Conseils généraux pour le service vaccinifère. La Commission émet le vœu que les vaccinations et les revaccinations deviennent obligatoires. Ces dernières réussissent dans la proportion d'un tiers.

M. DEPAUL demande que l'Académie transmette au Ministre compétent le vœu qu'il y ait un dépôt de vaccin dans chaque département et un service bien organisé.

M. BOUILLAUD. — Dans la dernière séance M. Pasteur a montré avec quelle légèreté, on acceptait en France certaines doctrines basées sur des expériences mal faites ou incomplètes. M. Pasteur, par ses magnifiques travaux, a réduit à néant les théories de la plupart de ses adversaires, mais il faut avouer que les siennes ont trouvé peu de soutien. Il est vrai qu'il a toujours offert de faire des expériences concluantes devant ses contradicteurs et que ceux-ci ont refusé. Le travail de M. A. Bergeron a une certaine importance au point de vue pathogénique et pathologique ; l'orateur demande qu'une commission soit nommée pour examiner la question.

M. GOSSELIN. — Le travail de M. A. Bergeron a été fait et publié sous ma direction et d'après mes conseils, je dois donc le défendre. Je dois dire qu'il a été fait avec les soins voulus et que le reproche de légèreté adressé par M. Pasteur à d'autres travaux, dans la dernière séance, ne peut pas s'appliquer à celui-là. On n'a pas cherché à résoudre le problème de la génération spontanée. M. Bergeron a ouvert 18 abcès chauds ou froids. Dans quelques-uns des abcès chauds, sans communication apparente avec l'air extérieur, il a trouvé des vibrions et des bactéries; ces abcès étaient sur des personnes âgées de 22 à 70 ans. Voici le fait. — Au point de vue pathologique, il est intéressant aussi : l'auteur a voulu établir une priorité. Il est certain que les ferments ont pu être transportés dans le pus par le sang, etc., etc. L'orateur établit cette hypothèse : bien que ne présentant pas de phénomènes putrides, les abcès où on trouve des ferments ont des tendances à devenir septiques.

M. CHAUFFARD. — On pourrait établir l'hypothèse contraire : tous les abcès contenant des ferments ne sont pas putrides.

M. COLLIN. — Il serait important de savoir quelle espèce de vibrions se trouvait dans le pus observé. Etaient-ce des vibrions à noyaux ou des vibrions articulés en chapelet ?

M. GOSSELIN. — Il y en avait des deux espèces.

M. A. GUÉRIN. — Quelles sont les précautions qui ont été prises pour ouvrir les abcès ?

M. GOSSELIN. — Le pus a été recueilli dans des tubes de verre lavés à l'hyposulfite de soude et chauffés à la lampe; les mêmes précautions ont été suivies pour les bistouris.

M. PASTEUR. — L'hyposulfite de soude ne détruit pas les ferments, ainsi que l'affirme M. Bergeron dans son travail, ils y vivent très-bien. En outre, M. Bergeron va bien plus loin que M. Gosselin, il n'admet pas que les ferments aient été portés dans le pus des abcès en question, soit par le sang exsudant à travers les vaisseaux, soit par un contact extérieur Donc, et bien qu'elle ne soit pas nommée en propres termes, la théorie de la génération spontanée se trouve implicitement comprise dans le travail mentionné plus haut. En terminant, M. Pasteur prie M. Gosselin de vouloir bien le faire prévenir et lui donner accès dans ses salles de clinique la prochaine fois qu'il aura un abcès à ouvrir. — A 5 heures et demie, comité secret. G. DU B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 *novembre* 1874. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

12. Disjonction des symphyses du bassin; fractures de l'os iliaque et du sacrum; par M. KIRMISSON, interne des hôpitaux.

Le nommé Roche François, âgé de 30 ans, fumiste, est apporté le 23 octobre 1874, à 8 heures du matin, dans le service de M. GUÉRIN, salle Saint-Antoine, n° 7, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme vient de tomber d'un cinquième étage ; la perte de connaissance qui a accompagné sa chûte a été de courte durée ; actuellement, il répond bien aux questions qu'on lui adresse. Dès qu'on l'examine, on est frappé tout d'abord par l'existence d'une lésion singulière du pénis. La peau de la verge a été coupée à la base de l'organe dans une étendue de 3 centimètres environ ; la section forme une courbe à convexité

supérieure, dirigée à droite et en dehors. La peau se rétractant a laissé à nu toute l'étendue des corps caverneux, de sorte que la verge se présente complétement dépouillée, le prépuce retourné en bas cachant toute la surface du gland et le méat urinaire ; le malade n'a pu uriner depuis l'accident. Ce déplacement de la peau de la verge est facilement réduit, et les bords de la solution de continuité sont affrontés au moyen de deux serre-fines, le catéthérisme est pratiqué sans difficultés ; l'urine ne renferme pas de sang.

Outre cette lésion de la verge, on aperçoit une large ecchymose au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche ; la pression détermine en ce point une vive douleur ; il n'existe pas de fracture des membres inférieurs ; mais quand on fléchit la cuisse gauche sur le bassin, en même temps qu'on applique la main sur la fosse iliaque externe, on perçoit une grosse crépitation et une mobilité anormale qui font diagnostiquer une fracture verticale de l'os coxal, siégeant non loin de la symphyse sacro-iliaque. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet.

Dès le lendemain, le ventre est tendu et douloureux, le pouls petit et très-fréquent ; l'urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

Le 25, les symptômes de péritonite s'exagèrent, le météorisme est très-marqué, surtout à l'épigastre ; la température est tombée à 36°, 5.

Le 26 matin, on constate une teinte ictérique de la peau très-prononcée au visage; vomissements bilieux incessants.

Le 27, aux symptômes précédents se joint du délire, et le malade succombe le 28, à 3 heures du matin.

A l'AUTOPSIE, on trouve une péritonite généralisée qui, par places, a passé déjà à la suppuration, des caillots fibrineux, et une certaine quantité de sang libre dans la cavité péritonéale, surtout dans le petit bassin.

Les muscles psoas et iliaque sont aussi infiltrés de sang ; il il n'y a rien de particulier à noter du côté des autres organes, sauf de la stase veineuse dans les méninges et une congestion très-marquée des poumons à leur partie postérieure. La vessie et l'urèthre sont intacts ; mais les bourses et les testicules sont le siége d'un gonflement considérable ; le testicule droit est distendu par un épanchement sanguin, siégeant surtout entre le parenchyme de l'organe et la tunique albuginée ; cette dernière membrane est intacte ; il n'en est pas de même du côté gauche, où la membrane albuginée a été rompue et où l'on trouve une notable quantité de sang liquide dans la tunique vaginale ; de plus, le ventricule est occupé par un caillot sanguin épais, que des adhérences molles et filamenteuses relient déjà à la face pariétale de la séreuse. Les deux lèvres de la déchirure de l'albuginée sont écartées et forment un V dont la pointe est dirigée en dehors. Une grande quantité de sang coagulé existe aussi entre le parenchyme sécréteur et la face interne de la membrane d'enveloppe.

Il existe un écartement de la symphyse pubienne mesurant 2 centimètres et demi ; de plus, la symphyse sacro-iliaque gauche est le siége d'une disjonction qui laisse entre les os un écartement d'un demi-centimètre environ ; les surfaces articulaires sont nettement séparées l'une de l'autre, les ligaments antérieurs complétement rompus, mais la partie postérieure de l'articulation est demeurée intacte, la disjonction porte seulement sur la surface auriculaire de l'articulation ; l'os iliaque, en arrière de cette surface, est le siége d'une fracture verticale nette et parfaitement régulière : du côté de l'aile gauche du sacrum, il existe aussi une fracture verticale, mais irrégulière et incomplète ; elle s'étend de la partie supérieure de l'os au deuxième trou sacré antérieur ; en dehors de ces orifices, supérieurement, la largeur du fragment détaché est de 2 centimètres environ ; en bas, il n'a plus qu'un demi centimètre. Cette fracture longitudinale est coupée au niveau du premier trou sacré antérieur, par une fracture transversale; le fragment situé au-dessus de la fracture horizontale est complétement détaché du reste de l'os ; au-dessous la fracture est incomplète.

Enfin il existe, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche, une fracture incomplète, parallèle au bord supérieur de l'os, occupant une longueur de 3 centimètres ; le fragment tient encore au reste de l'os par une mince lamelle, mais il a de la tendance à se porter en dedans vers la fosse iliaque interne.

En résumé, il y a eu fracture incomplète de l'os iliaque par le choc direct au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; la violence du choc a produit l'écartement de la symphyse pubienne, puis elle a eu pour résultat la disjonction de la symphyse sacro-iliaque gauche ; mais celle-ci ne s'est produite que dans le point où les moyens d'union sont le moins solides, c'est-à-dire au niveau de la surface auriculaire ; les ligaments interosseux de la partie postérieure ont résisté, et la violence a produit la fracture de l'os iliaque plutôt qu'une rupture de ces ligaments. Quant à la fracture du sacrum, elle a été produite par l'arrachement ; mais il ne s'agit pas de la fracture verticale du sacrum, telle qu'elle a été décrite par M. Voillemier : cette dernière, en effet, passe par les trous sacrés, tandis qu'ici la solution de continuité siége en dehors de ces orifices. C'est que la disjonction de la symphyse pubienne a eu pour effet de concentrer la violence au niveau de l'articulation sacro-iliaque ; cette dernière a cédé en partie, et dès lors, l'aile gauche du sacrum n'a point été détachée en totalité ; il y a eu seulement arrachement d'une partie de sa surface au niveau de l'insertion des ligaments antérieurs, eux-mêmes déchirés.

13. Péricardite purulente chez un nouveau-né; par M. HOMOLLE, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur un enfant dont la mère est morte d'infection purulente. Il existe une péricardite séro-purulente très-caractérisée, sans traces d'endocardite.

16. Fibrome de la région fessière; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Delarue (Michel), âgé de 43 ans, gardien de la paix, entre le 5 novembre à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 12 (service de M. DESPRÉS). — Il s'est aperçu de l'existence d'une petite grosseur à la fesse, en 1863, à sa sortie de la Pitié, où il avait fait un séjour de trois semaines pour des plaies contuses du crâne (bousculade dans une fête publique).

A l'examen du malade, on voit à droite de l'anus une tumeur oblongue du volume d'une petite orange, surplombant la partie voisine du pli fessier. La peau, sans changement de couleur, glisse sur la tumeur qui roule elle-même sur les parties profondes. Au toucher, on voit qu'elle est composée de trois lobes indépendants, indolores et très-durs, convergeant vers un même point profond, et qu'elle rejoint le côté droit du bulbe. — En présence de tous ces caractères, M. Després diagnostique un fibrome et en fait l'ablation avec le bistouri.

Cette tumeur examinée par M. HANOT, a présenté tous les caractères du fibrome fasciculé. Elle est intéressante à cause de son siége. M. Després pense aussi que le début, qui peut être rapporté à un traumatisme, est un point qui doit fixer l'attention.

23. Kyste séreux congénital de la nuque et du cou chez un fœtus de quatre mois et demi; par M. GUILLAUMET, interne à St-Lazare.

La femme A..., âgée de 30 ans, jardinière, est d'une vigoureuse constitution. Elle a été réglée à 16 ans, mariée à 18. — Dix mois après son mariage, elle accouche d'un premier enfant qui meurt à 7 mois de convulsions. — Au bout de deux ans, 2e enfant qui succombe de la même manière à 2 mois 1/2, puis viennent deux autres enfants actuellement vivants et bien portants. Un cinquième vient au monde à huit mois de grossesse et meurt au bout de quinze jours. Le sixième est celui qui fait l'objet de cette observation. Quand elle entre à l'infirmerie, la malade annonce une grossesse de quatre mois, et se plaint de douleurs intermittentes dans le ventre. Elle prétend avoir eu ses dernières règles le 11 janvier, ce qui pouvait faire croire à une grossesse de plus de cinq mois, tandis que l'examen du col, et la hauteur de l'utérus dans l'abdomen, n'annonçent pas une gestation de plus de 4 mois et demi au maximum.

Le 11 juillet, à 11 heures du soir, elle fut prise de douleurs

qu'elle comparait aux douleurs du travail, mais elle ne voulut réveiller personne et continua de souffrir progressivement de plus en plus, surtout à partir de 2 heures, jusqu'au matin; à 7 heures, quand nous fûmes appelé, la poche des eaux faisait saillie à la vulve; une légère traction amena l'œuf intact avec le placenta. La malade nous dit alors que la veille de son entrée à l'infirmerie, elle était passée en jugement et en avait ressentie une très-violente émotion. Son enfant, qui d'après son dire avait commencé à remuer quelques jours avant, cessa à partir de cette époque de manifester son existence.

Cinq ou six jours avant cet accouchement prématuré, elle avait éprouvé une douleur assez vive dans le côté droit; mais, assez dure à la souffrance, elle n'avait pas jugé à propos de se plaindre. L'ouverture des membranes laissa échapper un liquide brun, couleur café au lait foncé, et un fœtus qui nous a paru digne d'intérêt à plus d'un titre. D'abord, l'épiderme macéré se détache en longues lamelles sur presque toutes les parties du corps. Les pieds, les mains, sont le siége d'un œdème aussi marqué à la face dorsale qu'à la face plantaire ou palmaire.

Les membres eux-mêmes n'échappent pas à cette infiltration, et sont un peu plus volumineux que ne le comporterait leur longueur; mais le liquide y est en petite quantité, il n'a pas altéré sa forme et on distingue très aisément les muscles. Les téguments de la partie supérieure du crâne participent aussi, bien que faiblement, à cet état général. Le ventre lui-même paraît plus gros qu'à l'état normal.

Enfin, à la nuque, existe une tumeur du volume d'une petite orange, recouverte de téguments d'apparence normale, un peu irrégulière, mais avec une large base d'implantation. La circonférence de base s'étend au dos et jusqu'aux parties latérales du cou. Dans toute son étendue, la tumeur est molle et manifestement fluctuante. On ne perçoit dans son intérieur aucune saillie, aucun corps dur. Au crâne, point de bourrelet osseux. On ne peut apprécier sur l'occipital et sur la colonne vertébrale aucune solution de continuité; mais, cette exploration est imparfaite à cause de la présence du liquide, et surtout du volume de la tumeur. La pression ne fait pas diminuer la tumeur, ce qui pourrait être un indice de l'absence de communication avec la cavité crânienne. Le liquide de la poche est transparent. Pas de résonnance à la percussion, par conséquent, pas de gaz dans la cavité. Faire le diagnostic de cette tumeur, sans l'ouvrir, avec les seules ressources que nous venons d'énumérer, chez un fœtus aussi jeune, et dans l'état de mort, alors que la vie aurait pu fournir de si précieux renseignements, n'était pas chose facile. Aussi avons-nous voulu présenter devant la Société anatomique le sujet tel que nous l'avons reçu, nous réservant postérieurement d'élucider la question par l'ouverture de la poche, et une dissection attentive de ses enveloppes. Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à voir le volume de cette tumeur considérable relativement à l'individu.

En présence de l'infiltration du sujet, on aurait pu croire à une conséquence de l'état général. Mais le volume de la tumeur, et de petits cheveux argentés, déjà visibles à l'œil nu, et très-distincts à la loupe, s'étendant sur presque toute la surface de la tumeur, firent éloigner l'idée d'une altération cadavérique. Bien que l'état du fœtus indiquât une mort remontant à plusieurs jours, la seule présence de ces cheveux montrait qu'il s'agissait d'un cas pathologique dont l'existence avait précédé la mort.

Restait donc l'hypothèse d'une tumeur de nature kystique ou d'une méningocèle et d'un spina-bifida réunies, bien que le spina-bifida de cette région soit une exception. On ne pourrait songer à un hématome, à cause de la transparence absolue du liquide, pas plus qu'aux autres tumeurs de cette région qui se caractérisent par des signes distinctifs et en quelque sorte pathognomoniques.

L'ouverture de la tumeur, faite devant la Société anatomique, donne issue à une dizaine de grammes d'un liquide rougeâtre assez semblable à celui qui s'écoule à la 2e ou 3e ponction de certaines pleurésies.

On se trouve alors en présence d'une vaste cavité partout tapissée par une membrane de tissu cellulaire qui contraste par sa couleur blanche avec les tissus voisins. Cette membrane est peu épaisse et fort translucide, assez comparable à une baudruche très-mince. La poche s'étend en hauteur depuis la partie supérieure de la bosse occipitale jusqu'à la région dorsale qui correspond à l'angle inférieur de l'omoplate; mesurant par sa partie convexe 10 cent. et 5 mil., tandis que la distance qui sépare la bosse occipitale de l'angle inférieur de l'omoplate après l'ouverture n'est que de 5 cent. 7 mil. La longueur totale du fœtus est de 19 cent. et 6 mil. La poche est partagée en trois loges. Une grande loge qui est la plus superficielle et deux autres qui se trouvent sur les côtés de la colonne vertébrale séparées de la grande par une sorte de tente étendue de la colonne aux parois latérales, à la manière de la tente du cervelet; percée à gauche de deux ouvertures circulaires de la largeur d'une pièce de 20 cent.; à droite d'une seule ouverture de la circonférence d'une pièce de 1 franc.

Ce qui montre que ces ouvertures ne sont pas le fait d'une déchirure accidentelle pendant l'ouverture de la tumeur, c'est qu'elles présentent à leur circonférence comme un anneau formé de même tissu, mais plus épais, et que leur bord, au lieu d'être nettement déchiré, est mousse et arrondi. La loge profonde droite s'étend dans la région mastoïdienne jusque derrière l'oreille qu'elle soulève dans la région latérale du cou et au dessus du moignon de l'épaule par l'intermédiaire d'une nouvelle petite poche communiquant avec la précédente à la manière de celles dont nous avons parlé déjà.

Le même phénomène s'observe du côté gauche avec cette différence qu'il n'y a qu'une poche secondaire au lieu de deux. Notons qu'en avant du cou, ces poches semblent n'avoir trouvé de barrière que dans les muscles des régions sus et sous hyoïdiennes. Elles descendent sur les côtés jusqu'à la clavicule et à l'acromion. La dissection des enveloppes nous a démontré qu'aucune communication n'existait avec le crâne ou la colonne vertébrale. Au crâne, aucune ouverture, aucune hernie.

Partout le péricrâne est intact et parfaitement résistant. A la colonne vertébrale aucune trace d'absence de réunion. Il s'agit donc bien d'une tumeur absolument extérieure et sans communication avec le crâne et la colonne vertébrale.

C'est un kyste, un kyste à plusieurs loges communiquant entre elles, kyste considérable par rapport au fœtus qui fort probablement aurait pris encore du développement si la grossesse avait suivi son cours. La vie du fœtus n'était pas incompatible avec cette tumeur qui, n'intéressant aucun des organes indispensables à l'existence, ne jouait qu'un rôle passif. On est donc en droit de songer aux difficultés d'un accouchement à terme, dans ces conditions, et à l'embarras où se trouverait l'accoucheur dans le cas de volume considérable de la tumeur. Ce cas, sans être absolument rare, est cependant loin d'être commun.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1875. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

M. DELENS fait une communication sur deux cas de conformation vicieuse de l'anus. Un enfant, âgé de 4 ans et demi, présente entre les deux fesses deux orifices semblables à l'orifice anal; ils sont situés de chaque côté d'une étroite languette de peau de 5 mm. de largeur qui occupe la ligne médiane. Celui de droite seul est perforé; celui de gauche n'est qu'un cul-de-sac : il n'y a pas de gène pour la défécation. Le père de l'enfant désirant l'opération, M. Delens enlève d'un coup de ciseaux la cloison médiane; les suites ont été heureuses. Dans le second cas, il s'agit d'un enfant, né depuis 48 heures, qui avait un anus imperforé. Le coccyx est réséqué et l'imperforation détruite; il n'y a pas eu d'accidents à la suite de l'opération, mais il est survenu quelque temps après un prolapsus permanent du rectum.

M. TRÉLAT communique une observation de *résection du calcanéum.* Un homme de 30 ans avait eu en 1869 le talon écrasé par une roue de voiture; il est soigné pendant un an à l'hôpital Saint-Louis, mais n'en sort pas guéri. A diverses reprises, la face plantaire du talon s'ulcère, les douleurs sont intolérables; enfin, en mai 1874, M. Trélat qui avait reconnu la pré-

sence d'une exostose à la face inférieure du calcanéum, lui résèque une partie de l'os : la cicatrisation, lente, ne s'opère qu'à la suite de nombreuses greffes épidermiques ; la cicatrice s'ulcère de nouveau ; l'extirpation du calcanéum est pratiquée le 9 décembre. M. Trélat emploie un procédé qui tient le milieu entre ceux de Clifton Morok et d'Ollier ; il fait une incision au-dessous de la malléole externe, du tendon d'Achille au cuboïde ; il rejette le lambeau en haut et rugine la surface plautaire de l'os. L'opération est laborieuse, car le ligament interosseux qui unit si puissamment le calcauéum à l'astragale est difficile à atteindre ; de plus la petite apophyse du calcauéum, retenant cet os sur l'astragale à la manière d'un crochet, lui a rendu cette opération eucore plus pénible. Aussi conseille-t-il, dans uu cas semblable, de la scier ou de la sectionner avec une pince de Liston.

M. VERNEUIL trouve que cette division des os à l'aide des cisailles permet de les extirper tout en ne faisant qu'une plaie fort peu étendue ; il a eulevé un astragale de cette manière.

M. TILLAUX, dans ses leçons de médecine opératoire, enseigne un procédé qu'il croit plus rapide que celui de M. Trélat : il consiste à faire une incision qui réunit en arrière les deux malléoles, à ruginer la surface de l'os et à faire basculer le calcanéum, après avoir préalablement détaché le tendon d'Achille. — M. HOUEL a pratiqué uue fois cette opération avec uue grande difficulté, il lui a fallu employer des manœuvres violentes qui ont dû léser ou les vaisseaux ou les nerfs, car cinq jours après, le pied était sphacélé. — M. GIRALDÈS croit que l'extirpation du calcanéum est préférable à l'évidement dans la plupart des affections de cet os.

M. PERRIN pense qu'il y aurait danger à sectionuer la petite apophyse du calcauéum à cause du voisinage si iutime des vaisseaux et nerfs plantaires. — Une discussion s'engage entre MM. Giraldès et Després sur la questiou de l'évidemeut et de l'extraction du calcauéum. I. B.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Rigidité cadavérique observée sur des enfants, au moment de la naissance, par MM. GRIGG, ASHBURTON THOMPSON, A. YOUNG et WATTS PARKINSON (*The British medical Journal*, 1874, t. II, p. 493, 586, 707).

II. Diamètre nécessaire pour permettre le passage du placenta et de la main de l'accoucheur, par J. MATTHEWS DUNCAN (*The obstetrical Journal*, 1874, t. II, p. 104).

III. Resistance à l'extension que présente la tête du fœtus à terme, par J. MATTHEWS DUNCAN (*The British medical Journal*, 19 décembre 1874).

IV. Observations sur la nature et le traitement des positions occipito-postérieures de la tête, par ANGUS MACDONALD (*The obstetrical Journal*, décembre 1874).

V. Méthode pour mesurer le diamètre conjugué du bassin, par J.-B. HARDIE (*The obstetrical Journal*, juillet 1874, p. 234).

VI. Cas de rupture de l'utérus, par Th. MORE MADDEN, (*The British medical Journal*, 19 décembre 1874).

I. La rigidité cadavérique peut-elle exister au moment de l'accouchemeut, chez des fœtus qui ont succombé avant leur expulsion ? Telle est la question qui vient d'être agitée daus le *British medical Journal*. Le docteur GRIGG publia le premier l'observation suivante : Le 16 août 1874, à 11 h. du soir, dix minutes après la rupture des membranes, il assistait à l'accouchement d'une femme multipare qui avait été amenée à l'hôpital pour une insertion vicieuse du placenta, s'accompagnant d'hémorrhagie. L'enfant était livide, les bras étaient pliés sur la poitrine, les cuisses étaient fléchies sur l'abdomeu, la mâchoire était fortement fixée, ainsi que la tête et les extrémités ; les parties abdomiuales étaient flasques. L'enfant semblait être dans l'effort qui précède le cri. On crut même qu'il était vivant, et on voulut essayer la respiratiou artificielle, mais il ue fit aucun mouvement, et le docteur Grigg éprouva une grande difficulté à lui introduire le doigt dans la bouche : il dut faire fixer préalablemeut le trouc avant de pouvoir allonger les membres. La mort de l'enfant avait dû avoir lieu une heure auparavant ; il était en état de rigidité cadavérique.

Telle ne fut pas l'opinion de J. ASHBURTON THOMPSON qui, rapportant un fait semblable qu'il avait observé six années auparavant, crut que les phénomènes observés étaient dus non à la rigidité cadavérique, mais à un *spasme tétanique* qui survenu *in articulo mortis* s'était prolongé après la mort. Si la rigidité cadavérique pouvait exister, dit-il, ou l'aurait signalée plus souvent. Cette opinion du spasme tétanique, persistant après la mort, ne pouvait soutenir l'examen, malgré l'opinion émise par Carpenter, aussi M. A. Thompson ne la défendit-il point par la suite. Du reste, si l'on eu juge par les observations rapportées depuis par MM. YOUNG et WATTS PARKINSON (2 obs.), cette rigidité cadavérique du fœtus, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer au premier abord.

Ce dernier cite, de plus, le fait d'uue jeune dame qui fut accusée d'infanticide. Le médecin, homme assez considérable se fondait sur la rigidité cadavérique qu'il avait constatée pour affirmer que l'eufant était né vivant. Il n'était même pas nécessaire, selon lui, de faire l'autopsie. La dame fut acquittée. Cette question de la rigidité cadavérique du fœtus a donc une certaine importance, non pas qu'elle puisse être uue cause de dystocie, comme le suppose un des auteurs que nous avons cités, mais au poiut de vue médico-légal. Elle a été signalée, du reste, par Taylor et Casper, dans leurs traités.

II. Dans le traitement des insertions vicieuses du placenta, il peut être nécessaire de connaître quel est le diamètre du col qui laissera passer et le délivre et la main de l'accoucheur. D'un certain nombre d'expériences, faites par le docteur M. DUNCAN, il résulte que le placenta exige en moyenne, pour sortir, sans être déchiré, uu orifice mesurant 5 centimètres et demi de diamètre, eu supposant que cet orifice soit circulaire. Pour laisser passer la main de l'accoucheur, un diamètre de 6 cent. et demi à 7 cent. et demi sera, au contraire nécessaire. Ou remarquera que le placenta est mou, se laisse facilement déchirer et u'est guère capable de dilater le col. La main, au coutraire, est résistante et forte ; elle peut distendre l'orifice cervical. Ou en conclura donc (le col étant rarement rigide, dans les cas d'insertiou vicieuse du placenta), que si la main peut péuétrer dans la cavité utérine, il sera possible d'extraire le délivre sans le déchirer. — Ajoutons que la méthode qui couseille d'enlever le placeuta en le déchiraut et l'arrachaut, n'est poiut, par conséquent, justifiée.

III. M. MATTHEWS DUNCAN a fait sur la résistauce à l'extension que peut présenter le cou du fœtus, des expériences fort intéressantes. Il prend uu enfaut mort, et sa tête étant passée dans une certaine ouverture qui représente le détroit supérieur rétréci, il attache des poids au-dessus de la cheville d'une des jambes, poids qu'il augmeute progressivement. De ces expériences, il résulte : 1° Que la colouue cervicale s'est toujours rompue la premiere sous l'iufluence d'une traction égale en moyenue, à 39 kilogr. ; 2° que la décapitation est survenue après l'emploi de 44 kilogr. 800. Une fois la colonue vertébrale rompue, il ne faut donc plus qu'une faible traction (5 k. 800) pour ameuer la rupture des autres tissus. Il en résulte aussi que les tractious sur une seule jambe sont suffisantes pour déterminer la rupture du cou, et que la résistance du membre inférieur est plus grande que celle de la colonne cervicale. M. Duncan ajoute que, contrairement à ce qu'on croit en Angleterre, la force de traction qui peut être employée avec le forceps, sans compromettre la vie de l'enfant, est beaucoup plus considérable que celle dont on peut faire usage sans dauger, en pratiquant la version podalique.

Ces deux mémoires de l'auteur, ancien élève de Simpson et de Paul Dubois, aujourd'hui professeur à Edimbourg, et l'un des obstétriciens les plus autorisés et les plus ingénieux de la Grande-Bretagne, viennent, du reste, d'être reproduits récemment dans un livre remarquable : *Mechanism of natural and morbid Parturition*, ouvrage dout nous aurons bientôt l'occasion de reudre compte à nos lecteurs.

IV. Le docteur MACDONALD a lu devaut la Société obstétricale, un mémoire important et très-iutéressant sur la nature et le traitement des cas difficiles lorsque la tête présente le sommet en position occipito-postérieure. Ce travail étant fondé sur 26 observations personnelles à l'auteur, nous nous bornerons à exposer les principaux résultats qu'il a obtenus les principales conclusions auxquelles il est arrivé. Nous de

le discuterons pas pour deux raisons : la première, c'est qu'un trop grand nombre de questions auraient besoin d'être soulevées, ainsi que le reconnaissent ses compatriotes eux-mêmes; la seconde, c'est que l'auteur a fait complétement abstraction des travaux français sur ce sujet, travaux dus à Smellie, Jacquemier, Depaul, Pajot, Blot, Tarnier, Bailly, Chantereau, Sentex, etc., dans lesquels il aurait puisé beaucoup d'indications utiles, travaux importants qui ont réglé presque définitivement, chez nous, la conduite de l'accoucheur dans les cas de présentation du sommet en position occipito-postérieure (1). Pour M. Macdonald, les occipito-iliaques gauches postérieures sont beaucoup moins rares que ne l'indique Nægelé; il les a rencontrées 8 fois sur 26 cas difficiles.

Dans les occipito-postérieures, lorsque l'accouchement spontané n'a pas lieu, on peut terminer la délivrance : 1° ou bien l'occiput restant en arrière (25 p. 100); 2° ou bien l'occiput exécutant un mouvement de rotation qui le ramène derrière la symphyse pubienne. L'absence du mouvement de rotation, c'est-à-dire la persistance de l'occiput en arrière, existerait surtout dans les occipito-iliaques gauches postérieures. Lorsque la tête ne tourne pas, cette absence du mouvement de rotation est due à une conformation particulière du bassin, ou à une disproportion de volume entre la tête fœtale et le diamètre du pelvis. D'où M. Macdonald tire la conclusion que toute tentative, ayant pour but d'exécuter cette rotation avec des instruments, échouera ou sera même dangereuse. Dans ces cas, il vaut mieux laisser l'occiput se dégager en arrière, au-devant de la commissure postérieure de la vulve. En prenant un certain nombre de précautions, on pourra empêcher la rupture du périnée qui, dans ces cas, est fort distendu.

Ce qui fait croire à M. Macdonald, que l'absence du mouvement de rotation de la tête fœtale, est dû à une conformation particulière du bassin, c'est qu'il a vu très-fréquemment ces directions de l'occiput en arrière se reproduire chez les mêmes femmes, dans des accouchements différents; il en cite quelques exemples. Chez une malade, il rencontre, sur trois accouchements, deux présentations du sommet en occipito-postérieure, et une présentation de la face. Chez une seconde, quatre accouchements, dont trois occipito-postérieures. Chez une troisième, quatre accouchements, dont une présentation de la face et trois présentations du sommet en occipito-postérieure.

L'auteur insiste aussi sur un autre point. Il est complétement inutile, dit-il, d'essayer d'imprimer à la tête, à l'aide du forceps, un mouvement de rotation. Il suffit, l'instrument étant appliqué, d'exercer une certaine traction : on augmente alors la flexion de l'extrémité céphalique, et si elle doit tourner, elle exécutera seule son mouvement de rotation entre les branches de l'instrument. Elle entraîne alors le forceps qui peut déterminer des lésions du côté de la muqueuse vaginale. Aussi préfère-t-il, aussitôt que la tête est fortement fléchie, retirer l'instrument et laisser la sortie de la tête s'effectuer seule, sous l'influence des contractions utérines. Peut-être, ajoute-t-il, pourrait-on appliquer alors le forceps droit, si ces contractions n'étaient pas suffisantes. Les lésions du vagin, que redoute M. Macdonald, paraissent surtout tenir à ce qu'il ne fait pas une application oblique du forceps, c'est-à-dire à ce qu'il ne place pas les cuillers en rapport avec les deux extrémités du diamètre bi-pariétal de la tête du fœtus, cette tête est alors saisie irrégulièrement.

L'auteur anglais discute, en outre, d'une manière fort intéressante, un certain nombre de points qui sont relatifs au mécanisme de l'accouchement, dans les cas de présentation du sommet en positions occipito-postérieures.

V. Dans certains cas où il est difficile de mesurer par la pelvimétrie interne les diamètres du bassin, M. J. R. Hardie propose de mettre en usage le procédé suivant : Après avoir débarrassé la vessie et le rectum de leur contenu, on fait coucher la femme sur le dos, les cuisses fléchies sur l'abdomen. On applique la main sur la paroi abdominale, un peu au-dessous de l'ombilic, on déprime avec force, et on arrive directement sur le promontoire du sacrum. Sur ce promontoire, on fixe avec le pouce gauche un mètre en ruban, dont on porte l'autre partie avec la main droite, sur le bord supérieur de la symphyse pubienne. On parvient de la sorte, beaucoup plus facilement qu'on ne pourrait le supposer au premier abord, à mesurer le diamètre conjugué. M. Hardie énumère les circonstances où ce procédé peut être efficacement employé; il existe un certain nombre de cas dans lesquels on ne peut évidemment le mettre en usage. Dans vingt cas où l'on s'était servi de ce mode de mensuration, on a pu vérifier, après décès, l'exactitude des chiffres obtenus.

VI. Les ruptures de l'utérus pendant l'accouchement sont d'une gravité exceptionnelle, cependant il ne faudrait pas croire que cet accident est fatalement mortel. En France, M. Jolly (1) avait déjà rapporté 100 guérisons sur 580 cas, il avait même trouvé 63 cas de guérison sur 88 dans lesquels l'enfant était passé dans la cavité abdominale et 36 seulement sur 191 d'extraction du fœtus resté dans l'utérus. M. Th. More Madden donne dans sa note le tableau des cas observés à la Rotunda de Dublin. Sur 61,814 accouchements, il y a eu 92 ruptures de l'utérus. Ces 92 ruptures atteignirent 5 primipares et 87 multipares; 6 fois la guérison eut lieu. A cette statistique M. Th. More Madden ajoute un cas de guérison observé dans sa pratique particulière. Par suite d'une rupture étendue du col et du corps de l'utérus, il se faisait une hémorrhagie abondante dans la cavité péritonéale : l'auteur trempa alors une éponge dans une solution concentrée de perchlorure de fer et l'appliqua sur les parois de la rupture. L'effet fut instantané, l'hémorrhagie s'arrêta. La malade eut de la métro-péritonite, mais elle guérit assez rapidement. P. Budin.

(1) Voy. Tarnier. *Dict. de médec. pratiq.*, art. *Forceps*, p. 383 et suivantes.

(1) *Des ruptures utérines.* Thèse de Paris, 1873.

PHARMACOLOGIE.

De l'eau de goudron.

Employé avec succès depuis un temps immémorial dans les affections des bronches, celles des voies urinaires, et un certain nombre de maladies cutanées, le goudron a été presque exclusivement administré sous forme d'hydrolé. Et depuis longtemps on fabrique cet hydrolé au moyen de liqueurs, dites concentrées, qui évitent les lenteurs et les désagréments de l'ancien procédé par macération.

Mais ces liqueurs, obtenues par émulsion, — ou par solution à l'aide d'un excès d'alcali, de tous les principes du goudron ne reproduisent pas véritablement l'hydrolé, qui ne contient que les principes solubles dans l'eau. Dans les liqueurs alcalines en outre, le goudron est complétement dénaturé, puisque les résines qui agissent en tant qu'acides, sont transformées en *résinates* alcalins.

Pour obvier à ces inconvénients, un pharmacien de Paris, M. Freyssinge, a fait connaître deux procédés de concentration de l'eau de goudron qui permettent de la reproduire exactement. — Dans le premier, — abandonné aujourd'hui, — l'eau de goudron était distillée à basse température et les produits volatils réunis aux principes fixes qui restaient dans l'alambic après l'évaporation de la plus grande partie de l'eau. — Dans le second, beaucoup plus facile à exécuter, on mélange le goudron avec un excès de sable qui le divise à l'infini, puis on brasse le tout, après y avoir ajouté 10 fois son poids d'eau à 50 degrés. — Ce brassage se fait dans une sorte de grande baratte, et au moyen d'un arbre vertical muni de palettes, qui tournent avec une extrême rapidité. — Le Goudron cède ainsi à l'eau ses principes solubles, et on obtient une liqueur qui dans la proportion de deux cuillerées à bouche pour un litre donne une excellente eau de goudron.

Cette liqueur a une belle coloration une odeur franche très-aromatique, un goût qui rapelle bien le goudron au lieu du goût terreux produit par les liqueurs alcalines. — Elle est d'ailleurs franchement acide.

10. Cubèbe dans le traitement de la diphthérie.

M. Bergeron prescrit le cubèbe à la dose moyenne de deux grammes d'extrait oléo-résineux soit en capsule, soit en potion. On le donne encore sous forme de saccharure.

11. Diabète sucré (*Schultzen.*)

En même temps qu'il supprime les matières amylacées de l'alimentation, Schultzen emploie la préparation suivante :

Eau ordinaire	1.000 gr.
Glycérine	30 gr.
Acide citrique ou tartrique	5 gr.

F. S. A.— A boire dans les 24 heures.

12. Potion contre la grippe.

Kermès	0 gr. 30
Julep gommeux	120 gr.
Sirop d'ipéca	20 gr.
Sirop de morphine	

Chronique des hôpitaux. (*Suite*).

Hôpital temporaire (rue de Sèvres, 42). — Service du Dr TERRIER. Salle Saint-André : 3, exstrophie vésicale; 6, 36, 40, tumeur lacrymale; 17, tumeur ganglionnaire du cou; 33, rupture musculaire; tumeur herniaire du triangle de Y.-L. Petit; 38, synovite fongueuse ulcérée de la gaîne des extenseurs du poignet; 42, cancer de la langue.

Service du Dr AUDHOUI. Salle Saint-Joseph (F.) : 1, pelvi-péritonite; 23, cancer de l'estomac; 25, pneumonie double. — Salle Sainte-Geneviève (H.): 8, 13, 20, fièvres typhoïdes; 7, alcoolisme, paralysie générale au début; 19, cirrhose. — Salle Sainte-Marthe (H. : 1, *sel rose en plaques*; 8, rhumatisme articulaire, péricardite; 21, pleurésie rhumatismale; 24, endocardite primitive, pleurésie.

Service du Dr DAMASCHINO. Salle Sainte-Anne (H.) : arthrite cervicale; 4, affection mitrale; 8, double lésion aortique, double lésion mitrale; 11, délirium tremens; 15, ataxie locomotrice, troubles trophiques du côté des extrémités; 18, néphrite parenchymateuse; 22, affection mitrale. — Salle Saint-François (F.) : 3, 13, fièvre typhoïde; 4, tumeur cérébrale; 8, péritonite tuberculeuse; 12, affection mitrale; 18, rhumatisme subaigu; 22, cancer du cœcum, 24, insuffisance aortique; 28, syphilis (roséole papuleuse). — Salle Sainte-Marie (crèche) : 1, pelvi-péritonite, rétrécissement pulmonaire; 4, syphilis congénitale; 9, pleurésie, affection mitrale: 11, affection mitrale; 16, syphilis congénitale.

Hôtel-Dieu. — *Maladies des yeux* : Le Dr Gosselin, le jeudi à 9 heures 1/2.

Chirurgie. Clinique, le Dr RICHET. Leçons au grand amphithéâtre les mardi et samedi à 9 h. 10. — *Médecine.* Clinique : M. BÉHIER. Leçons au grand amphithéâtre les mercredis à 9 h 1/2, les lundis, vendredis, démonstrations au laboratoire sous la direction de H. L[illegible]. — Dr HÉRARD, consultation les mercredis à 9 h. 1/2.

Service du Dr CUSCO. Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, brûlures et purpura ; 2, phlegmon de la jambe, affections diverses des yeux.

Service du Dr GUÉRIN. F.) : 6, fracture de jambe; 11, ovarite; 12, phlegmon du ligament large; 24, métrite; 33, abcès à répétition de la glande vulvo-vaginale. — (H.) : 2, genre valgus droit; 5, abcès ganglionnaire du cou; 25, paralysie du grand dentelé.

Service du Dr BÉHIER. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 4, saturnin, affection cérébrale; 7, angine; 11, cirrhose; 14, ictère; 16, pleurésie; 19, maladie de Bright; 20, colique de plomb; 35, chorée; 37, ataxie; 39, phthisie laryngée. — Salle Sainte-Anne (F.) : 2, ataxie locomotrice; 5, carcinome utérin; 6, sclérose; 7, plegmon du ligament large, 13, rhumatisme; 20, dothiénenterie: 22, hémorrhagie cérébrale; 25, lithiase biliaire.

Hôpital Necker. — Dr POTAIN, consultation le jeudi. Salle Saint-Louis (H.) : 1, insuffisance mitrale et rétrécissement; 15, néphrite interstitielle; 21, dilatation bronchique. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, rétrécissement et insuffisance aortique, 6, sciatique double hystérique; 8, rétrécissement et insuffisance mitrale, chloro-anémie; 32, phlegmatia alba dolens.

Service du Dr LABOULBÈNE, consultations le mercredi. Salle Saint-André (H.) : 1, pelvi-typhlite: 17, maladie de Bright; 9, pleurésie aiguë; 21, colique hépatique; 28, paralysie générale. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 9, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 11, ulcère simple de l'estomac; 13, fièvre typhoïde; 19, angine couenneuse.

Service du Dr DELPECH. Consultation le lundi. Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 1, rhumatisme articulaire; endocardite; 6, pelvi-péritonite (suites de couches); 11, carcinome généralisé; 15, métrite hémorrhagique; 16, paraplégie hystérique; 23, typhlite. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 3, rhumatisme subaigu, endocardite; 16, insuffisance aortique, ataxie locomotrice; 18, carcinome de l'estomac; 20, dyspepsie, hypochondrie; 22, ataxie locomotrice; 23, insuffisance aortique; 28, névralgie intercostale.

Service du Dr GUYON. Consultations mardi, jeudi, samedi. Opérations (voies urinaires) le samedi. Salle Saint-Jean (Ch.) : hémorrhagie testiculaire; 13, fracture de l'extrémité supérieure du tibia, plaie de la tête, décollement du cuir chevelu; 19, panaris, nécrose de la phalange; 22, contusion de la face, fracture de l'os malaire; 24, fistule à l'anus; 10, paralysie d'origine syphilitique de la 3e paire.

Service du Dr DESORMEAUX. Consultations lundi, mercredi et vendredi. Examen à l'endoscope le lundi et le jeudi. Salle Saint-Pierre (H.) : 6, otite; paralysie faciale; 26, névralgie de la vessie, 33, kystes multiples du cordon, 47, carie de l'omoplate, fistule pulmonaire; 48, fistule urinaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses.* — M. BALL a commencé son cours le jeudi 25 février et le continuera les lundis et jeudis suivants à huit heures du soir dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine.

CONCOURS D'AGRÉGATION (*Médecine*). — Voici la fin de la liste des sujets suivants ont été traités dans les leçons d'une heure après 24 heures de préparation : *Des ictères graves* (M. Dieulafoy ; — *De la mort dans les maladies du cœur* (M. Grancher) : — *Du vertige* (M. Liouville) ; — *De la paralysie générale progressive* (M. Hallopeau); *Des dyspepsies* (M. Joffroy) ; — *De la tuberculose aiguë* (M. Grasset) ; — *De l'auscultation dans les maladies de l'appareil respiratoire* (M. Lépine); *Du développement anormal des ganglions lymphatiques* (M. Balestre).— Les *épreuves cliniques* ont été terminées mardi et mercredi on a distribué les sujets de thèse dont voici la liste.

1re Séance. — Hallopeau (*Des paralysies bulbaires*), argumenté par Balestre et Debove. — Straus (*Des contractures*), arg. par Grasset et Renaut. — 2e Séance. — Lépine (*De la localisation dans les maladies cérébrales*), arg. par Rathery et Ducastel. — Grancher (*De la médication tonique*), arg. par Audhoui et Liouville.

3e Séance. — Legroux (*De l'aphasie*), arg. par Joffroy et Desplats. — Dieulafoy (*Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance de maladies du système nerveux*), arg. par Rendu et Hallopeau.

4e Séance. — Balestre (*Du rôle de l'inanition en pathologie*), arg. par Debove et Straus. Grasset (*De la médication vomitive*), arg. par Renaut et Lépine.— 5e Séance. Rathery (*Des accidents de la convalescence*), arg. par Ducastel et Grancher. Audhoui (*De l'influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux*), arg. par Liouville et Legroux.— 6e Séance. — Joffroy (*De la médication par l'alcool*), arg. par Desplats et Dieulafoy. — Rendu (*Des anesthésies spontanées*), arg. par Hallopeau et Balestre.

7e Séance. — Debove (*L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique ?*), arg. par Strauss et Grasset. — Renaut (*De l'intoxication saturnine chronique*), arg. par Lépine et Rathery.— 8e Séance. Ducastel (*Des températures élevées dans les maladies*), arg. par Grancher et Audhoui. Liouville (*De l'abus en thérapeutique*), arg. par Legroux et Joffroy. — 9e Séance. — Desplats (*Des paralysies périphériques*), arg. par Dieulafoy et Rendu.

HOPITAUX DE LYON. Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Humbert Mollière.

ASSISTANCE PUBLIQUE. Un concours pour la nomination à deux places de medecine au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, doit avoir lieu le jeudi 15 avril prochain, à 4 heures à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, le 17 mars 1875 et sera clos le 31 mars, à 3 heures.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu chez Douix (café Corazza), Palais-Royal. Le prix de la souscription (quinze francs) pourra être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien à MM. les docteurs Piogey et Emile Tillot.

SOCIÉTÉ DES PHARMACIENS DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — Cette Société a, dans une de ses dernières séances, décidé de faire subir aux apprentis en pharmacie et aux élèves qui ne l'auraient pas déjà subi, un examen pratique portant sur les connaissances théoriques et pratiques qu'un jeune homme peut acquérir en 2 années de stage dans une officine.

Le jury d'examen pour l'année 1875 est formé de MM. Latil, président de la Société ; Roustan, professeur à l'école ; Sermant et Ebertin. — Les examens commenceront à partir du 10 avril prochain.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétariat de la Société, boulevard Madeleine, 65. La Société a aussi chargé un de ses membres du soin spécial de placer les élèves. Les pharmaciens du département qui auraient besoin d'élèves ou les élèves qui voudraient se placer, pourront s'adresser à M. Coste, pharmacien, rue de Rome, 183. Toutefois, aucun élève ne sera placé par les soins de la Société s'il n'a ou ne satisfait point aux examens ci-dessus.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE.

—

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

—

Des bruits pleuraux perçus à l'auscultation.

Fréquence, mode de formation, signification pathologique.

Leçon recueillie par MAURICE LONGUET, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Quoique l'étude de l'auscultation soit un peu abandonnée de nos jours au profit d'autres méthodes d'exploration, utiles sans doute, mais qui ne vous rendent pas autant de services qu'on pourrait l'espérer d'après la vogue dont elles jouissent, je vous engage vivement, à ne pas négliger les renseignements fournis par cette puissante méthode d'investigation dont la science est redevable à un médecin français, à notre immortel Laennec. Il est vrai qu'il l'a portée lui-même, dès le principe, à un degré de perfection tel qu'il a laissé bien peu à faire à ses successeurs, et que l'ardeur de ceux qui ont voulu entreprendre de nouvelles découvertes dans ce champ si bien exploré a dû se ralentir, lorsqu'ils ont acquis la conviction que bien peu de choses importantes avaient pu échapper à l'œil pénétrant et sagace du Maître.

Je comprends donc que les chercheurs dirigent leurs investigations d'un autre côté. Mais vous, Messieurs, qui n'avez encore jusqu'à présent la prétention de rien découvrir de nouveau et qui devez surtout tenir à vous perfectionner dans l'art du diagnostic pour acquérir la plus grande sûreté possible dans la pratique de la médecine, vous n'avez pas les mêmes raisons pour négliger l'auscultation qui nous donne des résultats si nets et si précis, et sans laquelle la médecine ne pourrait plus être utilement exercée. Vous ne vous étonnerez donc pas de me voir revenir sur ce sujet que j'ai déjà abordé dans une précédente leçon.

Je vous ai parlé dernièrement de la respiration amphorique et du tintement métallique et, répétant devant vous les ingénieuses expériences déjà faites, il y a plusieurs années par M. Béhier, dans cet hôpital, je vous ai montré que, contrairement à certaines opinions qui ont eu cours dans la science, ces deux bruits ne doivent pas être considérés comme se passant dans l'intérieur de la cavité pleurale.

Ils sont le résultat d'une sorte de transmission, du renforcement par consonnance, dans la plèvre remplissant en quelque sorte le rôle d'une caisse d'harmonie, des bruits qui se passent en dehors de cette cavité, à l'intérieur même du parenchyme pulmonaire ou des cavernes dont ce parenchyme est creusé.

Après avoir ainsi restitué, si l'on peut ainsi dire, au poumon les bruits qui lui appartiennent en réalité et que l'on avait cru devoir attribuer à la plèvre, nous allons nous occuper aujourd'hui des bruits qui sont produits par les altérations morbides de cette membrane séreuse, et rechercher si quelques-uns de ceux qui ont été considérés comme se produisant dans le poumon lui-même ne sont pas réellement des bruits pleuraux. Nous prendrons pour point de départ de cette étude les phénomènes observés chez la malade couchée au n° 33 de la salle du Rosaire.

C'est une jeune fille de 16 ans, domestique, ayant un aspect un peu chlorotique, malgré sa bonne constitution apparente. Sa face est légèrement bouffie ; des souffles cardio-vasculaires existent, et l'abondance un peu grande de ses règles peut être attribuée à l'état particulier du sang qui constitue l'anémie. Dans sa famille, point de diathèse tuberculeuse, ni chez ses ascendants, ni chez ses collatéraux. Elle-même, quoique toussant quelquefois, n'a jamais eu d'hémoptysie et n'a présenté aucun phénomène qui nous porte à croire à la diathèse tuberculeuse. Cela est important à noter, à cause de quelques signes stéthoscopiques sur lesquels j'aurai à m'étendre plus loin.

Le 5 octobre, elle avait éprouvé des signes de maladie aiguë : céphalalgie, frissons, fièvre, point de côté dans la région sous-mammaire gauche, toux sèche, quinteuse, sans expectoration ; cette toux (qu'il me soit permis de la caractériser tout de suite), était la petite toux pleurétique. Ces signes ayant persisté, le point de côté n'ayant pas cédé, la malade entre à l'hôpital le 15 octobre.

Le lendemain, la face était rouge et animée, la peau chaude, la température oscillait entre 38 et 39°, le pouls à 108, la langue légèrement saburrale, sèche ; il y avait de l'inappétence et de la soif ; ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée ; le ventre était indolent.

L'examen du thorax ne montra aucune déformation : les mouvements respiratoires s'exerçaient bien, à droite comme à gauche ; il n'y avait pas de voussure. La percussion nous montra la sonorité normale en avant des deux côtés ; [illegible] matité *presque* absolue ; je dis *presque*, parce qu'elle n'était pas accompagnée de cette dureté au doigt, *tanquam percussi femoris*.

L'obscurité du son remontait de la base vers le milieu de la fosse sous-épineuse ; les vibrations thoraciques étaient un peu diminuées à gauche et un peu aussi à droite, ce qui pouvait s'expliquer sans qu'il soit nécessaire de croire à l'existence d'un épanchement liquide de ce côté ; un peu d'engouement pulmonaire suffisant pour empêcher que le retentissement de la voix soit normal. Nous n'avons pas recherché le déplacement du liquide en faisant varier la position de la malade.

A l'auscultation, la respiration était pure, sauf à gauche, où l'on trouvait du souffle à la partie inférieure du poumon surtout en arrière. Ce souffle aigre, aigu, sec, commençait au-dessus des points mats, à partir de l'épine de l'omoplate et se percevait jusqu'en bas ; il était un peu métallique et méritait d'être dénommé souffle broncho-pleurétique, lequel est moins fort que le souffle bronchique. On a comparé, en effet, le second de ces bruits à celui que l'on produit en soufflant dans un canon de fusil, tandis que le souffle broncho-pleurétique ressemble plutôt au son que l'on produit en soufflant dans un tube de verre à parois minces. Il y avait, de plus, ce retentissement particulier de la voix qu'on appelle égophonie. En même temps que le souffle, partout, mais surtout à la partie supérieure, existait une crépitation sèche, éclatante, ne paraissant pas formée par des bulles semblables à celles qui, en éclatant, produisent le râle de la pneumonie.

Nous avions là, Messieurs, pour le dire en passant, 2 signes qui pouvaient faire songer à la pneumonie : du souffle et de la crépitation ; mais il n'y avait pas de crachats, et la matité ne correspondait pas aux points où les signes d'auscultation étaient le plus manifestes ; nous ne devions donc pas nous arrêter à cette idée. Nous verrons comment ces signes se sont comportés plus tard. Le cœur était sain et à sa place ; les bruits dont il était le siége, devaient être rapportés à l'anémie. Au total, nous avions à faire à une *pleurésie aiguë* ; tel fut notre diagnostic.

Le 1er jour, on lui appliqua 6 ventouses scarifiées sur le côté gauche ; un vésicatoire fut posé le 3e jour ; pendant toute la semaine il n'y eut pas de grands changements.

A dater du 27 octobre, amélioration de l'état général et local ; pouls 88 : température normale ; langue naturelle : appétit bon. La malade constate elle-même un mieux sensible.

Du côté gauche de la poitrine, la matité a disparu en

partie ; et l'obscurité du son ne remonte pas plus haut que l'extrémité inférieure de l'omoplate. Le souffle et la bronchophonie persistent avec autant d'intensité, mais les bruits de crépitatipn ne présentent plus le même caractère : ce sont de petits craquements plus secs, plus irréguliers ; c'est du frottement enfin. On constate quelques bruits de piaulement dans la partie supérieure du même côté.

Le 29, la malade se lève, mais les mêmes signes d'auscultation persistent; frottements nombreux, souffle, égophonie. On a continué depuis à entendre ces bruits qui s'étendent dans la partie supérieure et inférieure de la poitrine, du côté gauche, et même il y a quelques jours, des craquements nombreux, secs et irréguliers que l'on perçoit jusqu'au sommet et à la partie antérieure de ce même poumon.

Vous pensez que notre sollicitude fut alors éveillée, quand nous avons trouvé ces signes au sommet, et je me suis demandé s'ils ne pouvaient être mis sur le compte d'une tuberculose. J'ai ausculté aussi à droite où l'on avait cru trouver de petits craquements ; pour mon compte, je ne les ai jamais entendus ; mais la respiration y est supplémentaire ; elle a le caractère puéril. Aujourd'hui les craquements du côté gauche ont diminué d'intensité; ils sont moins éclatants, moins nombreux. A quelle lésion correspondent ces bruits ? Sont-ils l'indice d'une tuberculose ? Se passent-ils dans l'intérieur du poumon, ou au dehors, dans la plèvre ? C'est ce que nous allons chercher si vous le vou-[illegible]

Je vous dirai tout d'abord, Messieurs, que je ne m'arrêterai pas sur le souffle bronchique que nous présente cette malade. On a discuté longtemps, en effet, sur la valeur de la respiration bronchique dans la pleurésie.

Barth et Roger paraissaient décidés au début à admettre que cette respiration bronchique ne pouvait se percevoir qu'au niveau supérieur de l'épanchement et un peu au-dessus : sa présence était subordonnée à l'existence, d'un épanchement et en indiquait la limite extrême.

Valleix (je ne sais s'il l'a écrit, mais je lui ai entendu répéter souvent dans ses leçons orales), Valleix, dis-je, professait que l'égophonie et le souffle pleurétique s'entendaient dans toute la hauteur de la poitrine quel que soit le niveau de l'épanchement.

Les exemples de ce fait d'auscultation sont nombreux. Vous pourrez vous en rendre compte vous-même en examinant les malades couchés aux n°s 21, 43, 35 de la salle Saint-Athanase. Chez eux, on peut entendre le souffle et la bronchophonie dans toute la hauteur de la poitrine.

Mais vous rencontrerez souvent des exceptions, même dans notre salle : chez le malade couché au n° 11, par exemple, jamais le souffle broncho-pleurétique n'a été entendu au-dessous de l'épanchement.

Barth et Roger ont modifié depuis leur manière de voir, et ont admis la difficulté qu'il y avait de distinguer le souffle de la pleurésie de celui de la pneumonie lequel, comme vous le savez bien, se perçoit dans toute la poitrine.

Bien plus, dans des cas analogues, les observations de Rilliet et Barthez, Béhier, Landouzy, ont montré que la respiration pouvait même prendre le caractère caverneux et amphorique. Ces bruits se rencontrent surtout dans les épanchements très-abondants, et coïncident avec le tympanisme de Skoda. Vous en avez un bel exemple au n° 43.

L'explication physiologique de ce souffle broncho-pleurétique est facile à trouver. Les bruits qui se passent dans les bronches, dans la pleurésie, sont la conséquence de la condensation du poumon autour des parois bronchiques qui, vibrant alors comme celles d'un tube inerte, produisent le souffle et la voix chevrotante. Quand cette portion condensée du poumon se trouve rapprochée de la paroi thoracique, vous avez la voix et le souffle amphoriques.

(*A suivre*).

3. Eczéma interfessier et intertrigo, traitement [illegible]

Sous-nitrate (azotate) de bismuth........ } [illegible] grammes.
Oxyde blanc de zinc........ }
Glycérolé d'amidon........ 60

Pour pommade, mêler exactement. (*Journal des connaissances pratiques*.)

Ataxie locomotrice progressive.

Atrophie musculaire, contractures permanentes avec flexion des membres. Fractures spontanées multiples; consolidation de ces fractures (1);

Par **J. VOISIN**, interne des hôpitaux.

Calais Françoise, âgée de 58 ans, couturière, entra le 17 octobre 1874, (service de M. WOILLEZ) à la Charité. Ses parents moururent âgés. Sa mère, à 75 ans, succomba à une hémorrhagie cérébrale. Son père, après avoir été 3 ans en enfance mourut à 78 ans. — Sa sœur mourut d'un anévrysme (?) — Son frère a toujours joui d'une bonne santé.

Quoique ayant éprouvé beaucoup de privations, cette femme ne fut jamais malade. Réglée à 19 ans avec beaucoup de douleurs, elle eut 14 enfants dont le dernier a 17 ans. A l'âge de 11 ans, elle eut, à plusieurs reprises des attaques épileptiformes pendant lesquelles elle perdait complétement connaissance, mais depuis cette époque elle ne présenta pas d'accidents semblables et nous ne pouvons, dans ses antécédents, trouver de manifestations hystériques. — Aucune attaque de rhumatisme. Aucune manifestation scrofuleuse ou syphilitique.

En 1866, cette femme qui s'était toujours bien portée jusqu'alors fut prise de douleurs gastralgiques qui persistèrent jusqu'à il y a 18 mois.

Ces douleurs, que la malade comparait à une sensation de brûlure ou de déchirure, s'accompagnaient de vomissements glaireux et alimentaires. Mais jamais de vomissements sanguins. Elles revenaient à peu près tous les 15 jours et persistaient pendant 24, 36 heures. A cette sensation de brûlure et de déchirure s'ajouta bientôt une sensation de constriction qui occupait toute la circonférence de la taille, sensation qui, il y a 3 ans, prima toutes les autres et s'accompagna à son tour de douleurs térébrantes très-vives dans tous les membres et surtout dans les membres inférieurs. Presque en même temps de la faiblesse se manifesta dans ces membres inférieurs sans que la malade présentât auparavant de l'ataxie dans ses mouvements. Elle traînait les pieds, les glissait sur le sol et croyait marcher sur du coton. A la même époque, cette femme qui était d'un fort embonpoint, s'aperçut qu'elle maigrissait et cet amaigrissement se faisait sentir surtout aux membres inférieurs.

Enfin, il y a 18 mois, la faiblesse et les douleurs vinrent à un tel degré que la malade fut forcée de garder le lit. Les membres inférieurs se mirent dans la flexion et depuis 6 mois cette malade est dans l'impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. Le moindre mouvement arrache des cris à la malade. — Les articulations ne furent jamais gonflées, quoique très-douloureuses.

Les membres supérieurs ne présentèrent jamais le même degré de faiblesse que celui des membres abdominaux. Les douleurs aussi ne furent jamais aussi vives et la flexion permanente ne se manifesta pas de ce côté. Il y a 4 mois seulement la malade s'aperçut qu'elle était très-maladroite à saisir un objet, qu'elle avait un peu d'incoordination du mouvement dans les bras. A cette même époque, elle vit se produire une *fracture spontanée de la clavicule droite* et ressentit pour la première fois du ténesme vésical et rectal s'accompagnant d'incontinence des matières fécales et urinaires. Auparavant la constipation était opiniâtre et il n'existait aucun trouble du côté de l'émission de l'urine.

17 *novembre*. Cette femme paraît plus âgée qu'elle ne l'est en réalité et présente un teint jaunâtre; elle est dans le décubitus latéral droit, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin et le tronc incurvé en avant. La tête est aussi penchée en avant, mais la malade peut la remuer plus facilement que ses membres inférieurs. Ceux-ci sont dans une immobilité complète, la malade ne peut exécuter aucun mouvement et quand on veut étendre ses jambes, on sent une très-grande résistance; les muscles font saillie sous la peau et on les voit animés de mouvements fibrillaires. En outre, on provoque par cet examen de très-vives douleurs, ou arrache des cris à la malade. Le moindre attouchement lui est très-pénible; le poids de ses couvertures même lui arrache quelquefois

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique.

des plaintes; il en de même des soubresauts qu'on peut provoquer au lit.

En outre de ces douleurs provoquées par la pression au niveau des os, des articulations ou des muscles, la malade éprouve des douleurs spontanées très-vives qu'elle compare à des coups de couteaux. Ces douleurs siégent tantôt au niveau des mollets, tantôt au niveau des cuisses, enfin quelquefois au niveau des articulations des genoux. Jamais de douleurs fulgurantes.

Du côté des membres supérieurs, les douleurs térébrantes sont moins vives, moins fréquentes et la pression ne les réveille pas toujours. Douleur en ceinture au niveau de la base du thorax; il semble à la malade qu'elle est serrée comme dans un étau. — Si nous recherchons la sensibilité sous toutes ses formes, nous trouvons qu'elle est intacte, mais parfois notre examen a provoqué des douleurs térébrantes et des mouvements fibrillaires des muscles.

Parfois, la malade aussi a une sensation de chaleur pénible pour laquelle elle demande à être découverte, mais cette sensation ne s'accompagne jamais de modifications appréciable dans la coloration des téguments et elle n'est jamais suivie de sueurs. — Dans d'autres moments, la malade éprouve une sensation de froid très douloureux. — La température pendant ces moments n'a pas varié. Le thermomètre est toujours resté à 37°,2.

Atrophie considérable des muscles de la jambe gauche. Nous ne pouvons examiner ceux de la jambe droite, ce membre étant dans un appareil plâtré pour une fracture spontanée des deux os de la jambe au tiers supérieur. Cette fracture eut lieu le 27 octobre dernier sans qu'on puisse invoquer aucune cause traumatique. Les muscles, spécialement atrophiés, sont ceux de la partie externe et antérieure. Les muscles des cuisses paraissent dans un état normal.

Aux membres supérieurs, le deltoïde, le biceps ont presque complètement disparu. Les muscles de la face externe de l'avant-bras sont tous atrophiés en masse. Ceux des éminences thénar et hypothénar ont presque entièrement disparu à droite; de ce côté, la main a une déformation caractéristique.

Les articulations ne sont pas gonflées et on ne perçoit pas de craquements dans les mouvements qu'on y provoque. On constate très-bien ces symptômes aux membres supérieurs où les mouvements sont libres; mais aux membres inférieurs, comme je l'ai dit plus haut, aucun mouvement n'est possible.

Quand on donne à la malade un objet à tenir dans sa main, celle-ci est animée de mouvements oscillatoires. Si on lui dit de porter sa main à son front, à son nez, elle y parvient, un peu en tâtonnant il est vrai, mais elle touche le point indiqué. Si on lui fait fermer les yeux, et si en même temps on lui fait exécuter ces mêmes mouvements, l'incoordination est bien plus manifeste quoique pas très-prononcée. Ainsi, quand on lui dit de toucher le bout de son nez, elle touche la lèvre supérieure, la bouche et la joue et ce n'est qu'après plusieurs tentatives infructueuses qu'elle arrive au point indiqué.

Sur les points saillants où repose le corps nous trouvons des eschares; c'est ainsi qu'il y en a au niveau des grands trochanters aux genoux et aux coudes. Il existe aussi des taches de purpura à la face dorsale de la main droite et du poignet du même côté. Sur la jambe gauche, il y a trois taches de la même nature. — La clavicule droite, à son tiers externe, présente un gonflement inégal, non douloureux, qui est le cal de la *fracture spontanée* qui eut lieu il y a 4 mois. La consolidation paraît être bien établie.

L'appétit est peu prononcé; la langue est un peu sèche; elle n'est ni atrophiée, ni animée de mouvements fibrillaires. La parole est très-nette, très-précise. Pas de tremblement non plus des lèvres.

Cette malade a vomi, depuis cinq jours, à deux reprises différentes des matières noirâtres; elle n'avait pas vomi depuis son entrée à l'hôpital, faibles douleurs gastralgiques. Incontinence des matières fécales et urinaires, ténesme vésical et rectal très douloureux, arrachant des cris et s'accompagnant toujours du rejet de gaz ou de matières fécales ou urinaires. La malade compare la sensation qu'elle éprouve au rectum ou à la vessie à un courant électrique qui partirait du périnée et se perdrait dans le thorax.

Le foie, à la percussion, est volumineux. Il dépasse les fausses côtes et on le sent à la palpation. — La rate ne présente rien d'anormal. — Pas d'ascite. Rien du côté de l'utérus, ni des poumons. — Les battements du cœur sont un peu parcheminés. Les artères sont dures au toucher. — P. 76.

L'intelligence est intacte. — Rien du côté des organes des sens. La vue est très-nette; jamais de strabisme. Les urines, examinées au point de vue de l'albumine et du sucre, ne présentent rien de particulier.— *Traitement:* Injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

22 *novembre*. La malade depuis hier tousse un peu, a de la fièvre. P. 96; T. 39°; R. 30.

La langue est très- sèche. Pas de douleurs de côté, pas de crachats. M. Damaschino, qui remplace alors M. Woillez, diagnostique une pneumonie, mais il ne peut ausculter cette malade, celle-ci étant toujours dans le décubitus latéral et les mouvements communiqués étant trop douloureux, nous ne pûmes l'asseoir. — Potion de Todd.

23 *novembre*. T. 39°,5; P. 100; R. 23. Toux insignifiante. Pas de crachats. Langue toujours très-sèche. Les douleurs térébrantes et le ténesme ont le même caractère. L'intelligence est toujours très-nette. — 25 *novembre*. *Morte* ce matin à 5 heures.

AUTOPSIE faite 28 heures après la mort. L'attitude [illegible] est la même que pendant la vie. On ne peut étendre les membres qu'en développant une très grande force et on parvient de cette façon à faire plusieurs fractures.

Moelle. A l'incision des muscles dorsaux, on est frappé de leur aspect jaunâtre et graisseux. L'incision des vertèbres se fait avec beaucoup de facilité. — Les os sont un peu mous et friables en même temps. — Les méninges sont normales. Pas d'épaississement, ni d'adhérences. Un peu de liquide transparent sous-arachnoïdien.

La moelle, vue dans son ensemble, nous présente au niveau de la région lombaire une atrophie très-marquée. Il n'y a pas de renflement. — La moelle, à cet endroit n'est pas plus grosse qu'au niveau de la région dorsale. — Au niveau de la région cervicale, le renflement existe.

La substance nerveuse ne paraît pas ramollie. A la coupe, au niveau de la région lombaire, M. Damaschino constate à l'œil nu, et fait voir aux élèves du service, entre la corne postérieure et le sillon médian un ruban gris blanchâtre qui devient bientôt plus foncé à l'air. Ce ruban est d'autant plus net qu'on se rapproche davantage de la queue de cheval.

Au renflement cervical, on constate à peu près la même chose mais le ruban est moins net, moins circonscrit et paraît se rapprocher davantage du sillon médan.

M. Cornil a bien voulu examiner immédiatement au microscope la moelle et nous donner les renseignements suivants : « on trouve une grande quantité de corps amyloïdes; beau» coup de noyaux et de cellules rondes dans les parties » transparentes. La substance grise des cornes antérieures, » examinée à l'état frais montre des cellules nerveuses dites » motrices. anormales. »

Cerveau. La boîte osseuse est très flexible et très poreuse; on la casse très facilement à coups de marteau. — Les méninges ne présentent rien de particulier. — La face convexe du cerveau est un peu œdématiée et infiltrée, mais la substance cérébrale est ferme. Un peu de liquide dans les ventricules, mais leurs parois ne sont nullement ramollies. — Rien de particulier du côté du bulbe, de la protubérance et des nerfs optiques.

Poumons. Pneumonie au 1er et au 2e degré du lobe inférieur droit. — Le lobe inférieur gauche est fortement hypérémié. Rien dans le reste des deux poumons, si ce n'est un peu d'emphysème.

Cœur. Le péricarde contient à peu près 100 grammes de liquide citrin. — L'organe central de la circulation est mou, flasque et surchargé de graisse. Ses valvules sont athéromateuses.

Foie. Le foie est très-gros et a subi complétement une transformation graisseuse. Il mesure 18 centimètres en hauteur et 30 centimètres en largeur. La *rate* ne présente rien de particu-

lier. *Reins.* La décortication ne se fait pas bien. Dans quelques points il y a des adhérences avec la substance corticale. Celle-ci a un aspect jaunâtre et graisseux.

Voici le résultat de l'*examen histologique des muscles* fait à l'état frais par M. Cornil :

« L'examen du fragment musculaire de la jambe a montré » que certains faisceaux qui paraissaient à l'œil nu tout-à-fait » atrophiés, jaunâtres, étaient réduits presque uniquement à » leur sarcolemme. La substance striée contenue dans l'intérieur du sarcolemme était réduite à de très-faibles dimensions ou bien avait disparu, et alors il y avait beaucoup de » noyaux et de petites cellules à l'intérieur de la gaîne des » faisceaux ainsi altérés. Certains faisceaux moins visiblement » atrophiés et jaunes montraient des faisceaux musculaires » striés dans lesquels les noyaux et cellules du sarcolemme » étaient plus nombreux qu'à l'état normal, et dans ces mêmes » faisceaux il y avait des fibres complétement atrophiées à » l'égale des précédents. Là où l'atrophie était le plus prononcée, le tissu cellulo-adipeux avait pris la place des muscles, » et c'est le tissu cellulo-adipeux interposé entre ces faisceaux » atrophiés qui leur donnait leur couleur jaune. »

L'examen des os nous montre que la fracture siégeait au tiers supérieur de la jambe, que les deux os étaient fracturés à une égale hauteur et que les fragments étaient bien en rapport les uns avec les autres. Il y avait enchevêtrement des fragments et commencement de cal autour de chaque os. — La fracture de la clavicule qui remontait à 4 mois était complétement consolidée. Le tissu, au niveau de cette fracture, était dense et bien plus compacte que dans le reste de l'os.

Les autres os, tels que les côtes, les tibias et les fémurs que nous examinâmes étaient flexibles. Quand on les pressait entre les doigts, on les sentait fléchir et on faisait sortir un peu de suc à leurs extrémités. Leur volume aussi était diminué, et quoique la circonférence de chaque os ne fut pas prise avec un centimètre, on peut affirmer qu'elle n'était pas normale. — Les cartilages articulaires de ces mêmes os n'étaient pas altérés à première vue. Leur surface était parfaitement lisse. — L'observation sera complétée plus tard par l'examen histologique de la moelle épinière et des os.

PATHOLOGIE EXTERNE

Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens;

Par **L. E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

X.. jeune garçon de 19 ans, entré, le 12 juin 1872, à la Maison Municipale de Santé pour se faire opérer par M. Demarquay, d'un énorme polype naso-pharyngien, ayant entraîné une exophthalmie double avec cécité complète.

Antécédents et mode de début. — La constitution de ce jeune homme est vigoureuse; il n'a jamais fait antérieurement aucune maladie. Selon lui, l'origine du mal est une chute qu'il fit il y a environ 16 mois : lourdement tombé du haut d'une voiture, il en fut quitte pour une contusion à la jambe et *une petite bosse au front du côté droit.* Trois ou quatre mois après cet accident, le malade éprouva des douleurs dans l'œil gauche; il ne tarda pas à s'apercevoir en outre qu'il ne voyait plus bien de cet œil; au bout d'une huitaine de jours, la vision fut complétement abolie du côté malade. — Bientôt les mêmes symptômes débutèrent à droite, aussi graves et aussi rapides, et ce malheureux garçon fut pris de cécité complète. On l'amena à Paris pour le faire examiner par des spécialistes : M. Meyer, consulté, crut à une tumeur intra-crânienne.

Peu après ces premiers troubles de la vision, les yeux commencèrent à devenir proéminents. Le malade indique très-nettement que l'exophthalmie n'a débuté qu'après la perte de la vue. — Ces divers symptômes n'étaient accompagnés d'aucune espèce de douleur, le malade éprouvait de temps à autre de simples fourmillements dans les fosses nasales. D'autre part, il se produisait par la bouche de légères hémorrhagies.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, une tumeur lacrymale suppurée se serait développée à l'œil gauche. Le docteur Carre pratiqua l'incision du sac, et la cicatrisation s'établit d'une façon complète.

Etat actuel. Non-seulement les deux yeux sont poussés en avant de l'orbite, mais ils s'écartent notablement de la ligne médiane; en d'autres termes, à l'exophthalmie se surajoute un écartement dans le sens transversal, les yeux étant refoulés en dehors par la tumeur placée entre eux, dans les fosses nasales. Il en résulte un facies caractéristique.

Les altérations que nous venons de décrire sont surtout accentuées à gauche : l'œil est fortement refoulé en avant et en dehors; à son côté interne, on sent la tumeur qui est arrondie, régulière, tendue, présentant une fausse sensation de fluctuation : il n'existe aucune altération de la peau.

En pratiquant le toucher par la bouche, on sent une tumeur arrondie qui occupe la partie supérieure du pharynx; elle recouvre la face postérieure du voile du palais, qui se trouve, en quelque sorte, coiffée par une portion de la tumeur. Cet examen provoque des crachats sanguins assez abondants.

Les troubles fonctionnels sont les suivants : Perte complète de la vision; aucune gène de la déglutition. La voix est notablement altérée dans son timbre : elle est grêle et nasonnée. Ces altérations si graves ne sont accompagnées d'aucune souffrance; l'appétit est conservé; l'état général est excellent. L'état mental n'est nullement altéré.

Diagnostic. Polype développé, selon toute apparence, à la partie supérieure des fosses nasales, se prolongeant de chaque côté, mais surtout à gauche, vers l'orbite, de façon à produire une exophthalmie double, et une amaurose, soit par la compression, soit par la destruction des nerfs optiques. La tumeur se prolonge également dans le sinus maxillaire et occupe, en arrière, la partie supérieure du pharynx.

Opération. Malgré les difficultés que doit rencontrer l'extirpation de cette tumeur, réputée inopérable par un chirurgien des hôpitaux, M. Demarquay se décide à la tenter. Le développement du polype se produit, en effet, avec une rapidité inouïe; ne pas opérer, c'est laisser courir le malade à une mort certaine et même rapprochée.

Le 18 *juin*, après avoir chloroformisé le malade, M. Demarquay pratique une incision de la peau, partant de la commissure labiale gauche pour gagner l'os malaire. On dissèque la peau, en respectant le canal de Sténon, de façon à mettre à nu la partie antérieure du maxillaire supérieur gauche.

Le premier temps de l'opération terminé, M. Demarquay fait sauter la branche montante du maxillaire à l'aide d'une forte pince de Liston ; il fracture ensuite, de la même manière, la face antérieure de celui-ci. L'artère sous-orbitaire donnant du sang, elle est liée immédiatement. Les fragments osseux de la table du maxillaire restent adhérents au lambeau par l'intermédiaire du périoste; ils pourraient parfaitement être remis en place, une fois l'extirpation du polype pratiquée. Néanmoins, après mûre réflexion, on se décide à les enlever, dans la crainte de voir survenir une nécrose.

Cette réduction partielle du maxillaire a mis à nu la partie antérieure de la tumeur. Il devient alors possible de chercher la naissance du pédicule. On sent avec le doigt qu'il est implanté à la partie supérieure des fosses nasales, dans un point devant correspondre aux sinus ethmoïdaux.

Après l'avoir détaché, M. Demarquay saisit la tumeur avec un énorme davier construit *ad hoc.* Plusieurs tractions énergiques sont pratiquées, d'abord sans résultat; une portion notable de la tumeur se détache ensuite ; finalement, et après de nouveaux efforts, le reste de la tumeur cède, et celle-ci est totalement extirpée. Ces divers temps de l'opération ont été exécutés en moins de temps qu'il n'en faut pour les décrire. Le malade, sorti à moitié du sommeil chloroformique, rejette lui-même par la bouche une certaine quantité de sang. On introduit de la glace dans l'énorme cavité que s'était creusée le polype, on y injecte de l'eau additionnée de perchlorure de fer. L'hémorrhagie cède facilement sous l'influence de ces agents. M. Demarquay ne réunit pas immédiatement les deux lambeaux formés par l'incision des téguments, afin de pouvoir en cas d'hémorrhagie secondaire, arriver facilement dans la cavité, ancienne loge du polype.

Une demi-heure après l'opération, le malade a une syncope qui ne dure que quelques minutes ; les jours suivants, il allait passablement, commençait à manger, se levait même un peu pour se reposer dans un fauteuil.

Mais le 23 *décembre*, il se plaignait de fortes douleurs dans la

tête, en même temps il avait de la fièvre. Le lendemain soir, il tomba subitement dans le coma. Le 25, il mourut avec tous les signes d'une méningite.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort. *Poumons :* Œdème et congestion légère des deux bases ; le lobe supérieur gauche présente quelques îlots de pneumonie caséeuse. Le reste des deux organes est parfaitement sain. Le *foie*, la *rate*, les *reins* et les autres viscères abdominaux sont exempts de lésions.

Méninges. Exsudats purulents occupant les parties antérieure et moyenne de la base du cerveau, concentrés principalement au niveau du chiasma des nerfs optiques.

Ventricules. Epanchement de liquide peu considérable dans leur cavité. — *Cerveau.* Parenchyme parfaitement sain.

Etat des parties au niveau de l'insertion du polype. En soulevant la dure-mère, on s'aperçoit facilement que la tumeur arrivait jusqu'à elle, sans cependant la refouler en haut et par conséquent sans pénétrer plus avant dans le crâne. La loge qu'occupait la tumeur est formée de la façon suivante : *en haut*, elle est limitée par la dure-mère qui présente une particularité que nous devons signaler : l'ethmoïde ayant été détruit en partie par la tumeur, les fragments qui subsistent encore, sont en quelque sorte refoulés par celle-ci contre la duremère, et adhèrent assez solidement à cette membrane, sous forme de lamelles amincies et irrégulières.

En soulevant la dure-mère, on découvre une vaste perforation du crâne, à contours réguliers, et présentant de véritables écailles osseuses refoulées en dehors par les progrès du néoplasme. Cette perforation occupe la partie médiane de l'étage supérieur de la base du crâne ; elle est limitée : *en avant*, par l'extrémité inférieure de la crête frontale interne ; — *latéralement*, par la face interne des orbites ; celle-ci a disparu, et il ne reste plus que le périoste fortement refoulé en dehors ; — *en arrière*, par les sinus sphénoïdaux qui ne présentent que des lésions partielles. *L'apophyse basilaire est parfaitement intacte et se trouve recouverte de tissus fibreux et musculaires.*

De la description qui précède, il ressort que les parties de la voute crânienne ayant disparu sont : L'apophyse crista-galli et la lame criblée de l'ethmoïde, la portion antéro-interne des grandes ailes du sphénoïde. Les apophyses d'Ingrassias, la gouttière optique et les sinus sphénoidaux sont altérés, mais n'ont pas été détruits complétement.

Nerfs optiques. — a. Nerf optique gauche. — Dans sa partie antérieure, il semble très-peu atrophié ; au voisinage du chiasma au contraire, ses fibres sont en partie détruites. La partie du nerf restée intacte à ce niveau a été fortement comprimée par la tumeur. — *b. Nerf optique droit.* Les lésions sont, à peu de chose près, analogues à celles du nerf optique gauche ; les fibres sont intactes jusqu'au chiasma, et sa portion intra-crânienne a seule subi une forte compression. Les *globes oculaires* ne présentent aucune espèce d'altération. La *cloison nasale* est détruite en arrière dans son tiers supérieur à peine ; les deux tiers inférieurs sont intacts. La cloison est en outre fortement déjetée du côté droit.

Des différents détails dans lesquels nous venons d'entrer, il résulte que la tumeur devait avoir, avant son extirpation, les rapports suivants : *En haut*, la dure-mère crânienne : *A gauche*, la paroi interne de l'orbite et la paroi externe du sinus maxillaire ; *A droite*, la paroi interne de l'orbite et les deux tiers inférieurs des fosses nasales ; *En avant*, les os propres du nez, la paroi antérieure du sinus maxillaire à gauche ; *En arrière*, le sphénoïde et la paroi postérieure du pharynx.

La résection partielle du maxillaire, opérée par M. Demarquay, a porté sur la branche montante du maxillaire, une faible portion de l'os propre du nez du côté gauche, la partie antérieure du plancher de l'orbite et de l'angle interne de l'os malaire, la paroi antérieure de l'os maxillaire supérieur.

Réflexions. Les procédés opératoires les plus divers et les plus nombreux ont été proposés, pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens ; tel procédé, préconisé par tel chirurgien, a rencontré une opposition sévère de la part d'autres opérateurs.

Nous croyons pouvoir expliquer ces différences d'opinion de la façon suivante : les polypes dits naso-pharyngiens offrent plusieurs variétés très-distinctes et, à chacune de ces variétés, convient plus particulièrement tel ou tel mode d'extirpation. Le polype naso pharyngien, que nous avons eu l'occasion d'observer, se distingue par plusieurs caractères, qui permettent de le ranger dans une classe à part. En effet, au lieu d'envahir complétement les fosses nasales, il s'engage plus haut dans les cellules ethmoïdales.

La raison de ce fait se conçoit aisément : le plan d'implantation ayant lieu dans les cellules ethmoïdales, et non sur l'apophyse basilaire, il est de toute évidence que la tumeur devait se développer surtout dans le voisinage du lieu où elle était implantée. Et ceci est d'autant plus vrai, que les cloisons ethmoïdales, excessivement fragiles et délicates, sont impuissantes à opposer une barrière quelconque, à l'envahissement d'un néoplasme.

Les tumeurs développées ainsi, dans les cellules ethmoïdales beaucoup plus que dans le nez, méritent donc, d'après nous, d'être distinguées des autres variétés de polypes, et il nous semblerait plus exact de les désigner sous la dénomination de polypes *ethmoïdo-pharyngiens.*

Nous avons eu soin, dans le cours de notre observation, de décrire minutieusement la loge occupée par le polype et les rapports qu'affectait cette tumeur avec les organes voisins. En procédant ainsi, nous croyons avoir démontré, que cette variété de polypes était surtout accessible par la face antérieure du maxillaire supérieur. Le procédé de M. Demarquay, qui consiste à réséquer cette partie osseuse, convient donc tout particulièrement aux polypes *ethmoïdaux* ; employé chez notre malade, ce mode opératoire a permis d'arriver rapidement sur la tumeur, et l'extirpation de cette dernière a été relativement facile, dans un cas réputé inopérable par plusieurs chirurgiens expérimentés.

GYNÉCOLOGIE

Œuf de quatre semaines expulsé spontanément

Par le docteur **A. LE BLOND.**

Madame H..., âgée de 24 ans, et exerçant la profession de femme de ménage, a été réglée à 11 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants. Cette femme qui a habité Chablis (Côte-d'Or), jusqu'à l'âge de 17 ans, a été bien menstruée dès les premières époques et jusqu'au moment où elle quitta son pays pour venir habiter Montmorency aux environs de Paris. Les règles se supprimèrent pendant tout le temps qu'elle séjourna en cet endroit, c'est-à-dire pendant un an. La santé laissait alors considérablement à désirer. Rentrée dans son pays natal, elle y séjourna deux mois et eut deux époques menstruelles parfaitement régulières. La santé était redevenue bonne.

Au bout de ce temps, elle vint à Paris, où elle entra dans une maison bourgeoise en qualité de femme de chambre. Les règles se supprimèrent alors pendant trois époques, et lorsque, la quatrième survint, madame H..., eut une perte abondante.

A dater de ce moment jusqu'à son mariage, qui eut lieu il y a deux ans, la menstruation fut très-irrégulière. Après son mariage, les époques menstruelles revinrent plus régulièrement, mais chaque fois il y avait un retard de 10 à 12 jours. Depuis plusieurs années, il existe entre les époques une leucorrhée abondante et chaque apparition des règles est accompagnée de douleurs vives à la région hypogastrique, surtout pendant le premier jour de l'écoulement sanguin. Les règles durent en général de 7 à 8 jours.

9 *novembre.* — Madame H... vit l'écoulement sanguin survenir après le retard habituel de 12 jours, il dura sans interruption jusqu'au 25 *novembre.* Il présentait une abondance inaccoutumée. Je fus appelé ce même jour, et lorsque je vis la malade elle éprouvait, depuis environ 4 heures, des douleurs vives vers la région hypogastrique. Ces douleurs revenaient d'une façon intermittente et étaient séparées par des moments

de calme presque complet. Le toucher vaginal permettait de reconnaître un col assez volumineux, et un peu ramolli. La première phalange de l'indicateur pouvait assez facilement pénétrer jusqu'à l'orifice interne, qui était fermé et ne permettait pas au doigt de s'enfoncer plus profondément. Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, montrait la présence du corps utérin derrière le pubis, et une légère augmentation du volume de cet organe.

En présence de ces douleurs, et des signes fournis par le toucher, je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un avortement. Néanmoins, je rejetai cette hypothèse, à cause de l'absence de grossesse antérieure, et aussi par suite de ce fait que l'apparition de l'époque menstruelle avait eu lieu après le retard habituel de 13 jours. Je crus avoir affaire à une métrorrhagie s'accompagnant de contractions utérines, comme cela s'observe quelquefois quand l'utérus renferme des caillots ; j'avais quitté la malade depuis environ une demi-heure quand elle rendit par la vulve la membrane que je mets sous les yeux de la Société. Cette membrane une fois expulsée, les coliques diminuèrent graduellement et en même temps la perte sanguine ; 4 à 5 heures plus tard les douleurs et l'écoulement sanguin avaient presque complétement disparu.

Le 24 novembre, il n'existait plus qu'un écoulement séro-sanguinolent très-peu abondant. Madame H... me raconte alors qu'aux mois de mars et de juillet de cette année, elle avait rendu des membranes identiques à celle que je présente. Elle ajouta même que, 2 ou 3 fois avant son mariage, elle en avait expulsé de semblables, mais les renseignements qu'elle me donne sont un peu vagues, à cause de la date éloignée de l'expulsion. A l'auscultation du cœur, on constate un bruit de souffle très-marqué au premier temps et à la base. Il existe un affaiblissement marqué de la constitution.

La membrane expulsée ne me fut présentée que trente heures environ après l'accident ; aussi la poche qu'elle formait était-elle assez flasque, à cause de la diminution du liquide contenu dans son intérieur, diminution qui était due à cette circonstance que la membrane avait été conservée dans une serviette sèche. Mais, au dire d'une personne qui était présente au moment où la malade l'avait rejetée, elle formait une poche ovoïde et avait le volume d'un petit œuf de poule.

La membrane, conservée dans la glycérine, fut présentée le lendemain (25 novembre) à M. Gallard et à M. Longuet, qui tous deux furent d'avis que nous avions sous les yeux un produit d'avortement. La poche, placée sous l'eau, était hérissée de villosités sur presque toute sa surface, sauf sur l'une des extrémités de l'ovoïde, sa coloration était blanchâtre, excepté au niveau du point dépourvu de villosités qui présentait une teinte rougeâtre. Cette poche était parfaitement close, et ne présentait à sa surface aucune solution de continuité. Elle fut ouverte sous l'eau, en faisant une incision cruciale sur sa surface. En relevant les bords de l'incision, on découvrit immédiatement un embryon d'environ deux centimètres de long, de la concavité duquel naissait un pédicule de huit à dix millimètres, terminé par une vésicule qui n'était autre que la vésicule ombilicale.

Le bord concave de l'embryon était relié à la paroi de l'œuf par un pédicule de cinq à six millimètres de longueur, et correspondant à l'extrémité de l'œuf où les villosités présentaient un plus grand développement.

Je présente cet œuf à cause de l'intérêt qu'il y a à observer un embryon dans les premières semaines qui suivent la conception, et aussi en raison des circonstances qui ont accompagné son expulsion.

Il me reste maintenant à fixer en peu de mots, quel peut bien être l'âge de l'embryon, quelle a été la cause de l'avortement et si les membranes qui ont été expulsées par la malade à des époques variables étaient des produits d'avortement ou bien la muqueuse utérine exfoliée.

Au premier abord, et avant que la membrane que je viens de présenter ait été examinée d'une façon attentive, pour ne pas laisser de doute sur l'existence d'un avortement ovulaire, je pensai, à cause des expulsions multiples qui eurent lieu, à une dysménorrhée membraneuse. Maintenant au contraire, j'ai tout lieu de penser que les membranes, rendues à diverses époques, étaient des produits de conception. Je n'insisterai pas plus longuement sur le diagnostic différentiel de la dysménorrhée membraneuse et de l'avortement ovulaire, il me suffit, en effet, de poser la question pour montrer tout l'intérêt qu'elle présente.

Quant à l'âge de l'embryon qu'il s'agit maintenant de déterminer, nous pensons qu'il ne dépasse pas quatre à cinq semaines et nous nous fondons sur les considérations suivantes : 1° la pédiculisation de la vésicule ombilicale qui se fait ordinairement vers la quatrième semaine ; 2° la fermeture de la cavité de l'amnios, qui a lieu vers la même époque ; 3° enfin, sur le temps qui s'est écoulé chez notre malade entre la dernière menstruation et le moment où l'avortement a eu lieu.

Il nous reste encore à déterminer la cause de l'avortement. Celle-ci nous semble résider toute entière dans une maladie de l'utérus qui est, sans nul doute, une métrite chronique, comme le prouvent les troubles de la menstruation que nous avons signalés précédemment, la leucorrhée abondante qui existe entre les époques, et la douleur hypogastrique qui accompagne l'éruption des règles. L'intégrité de l'embryon et des membranes ne nous permet pas de supposer que l'avortement ait été le résultat d'une maladie de l'œuf. Quant au coït, la malade prétend qu'il ne peut être accusé d'avoir produit l'accident (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Pavillon de la Maternité.

Pendant longtemps on a cru que la fièvre puerpérale était épidémique et qu'il n'y avait qu'à s'incliner devant le *quid divinum*. Des milliers de femmes ont payé de leur vie cette quiétude toute musulmane. En 1857, au sortir de son internat, à la Maternité, M. Tarnier publiait dans sa thèse inaugurale une statistique comparative et établissait, preuves en main, que la mortalité des femmes en couches, est beaucoup plus considérable à l'hôpital que dans la ville ; il en concluait que la différence tient à la contagion qui s'exerce dans les salles communes d'un hôpital par la transmission du *poison* engendré par une première malade, tandis que dans la ville ce poison est annihilé par l'isolement des accouchées. Un an plus tard, le même auteur faisait paraître un travail plus complet, qui porte pour épigraphe la phrase suivante : *Isoler les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres.* D'après lui, pour remédier au mal, il fallait introduire dans nos hôpitaux les bonnes conditions hygiéniques de la ville, c'est-à-dire y donner à chaque femme en couches une chambre séparée, ayant ses portes et ses fenêtres ouvertes au dehors, comme dans une chaumière, sans communication possible avec des chambres voisines ou des corridors intermédiaires.

Ces idées attirèrent l'attention du public médical. Bientôt des statistiques furent dressées en Angleterre, en Russie, etc. ; dans tous les pays la même et triste vérité était mise en lumière : partout, dans les villes comme dans les villages, dans ceux-ci comme dans une capitale telle que Paris, la mort ne frappe qu'une femme sur 180 accouchements ; la mortalité est, au contraire, de 1 sur 20 dans les hôpitaux. Dans un mémoire important, M. Le Fort fit connaître le relevé de toutes ces statistiques qui portent sur des chiffres considérables.

L'étiologie de la fièvre puerpérale fut successivement discutée devant l'*Académie de médecine*, la *Société de chirurgie* et celle des médecins des hôpitaux de Paris. Les contagionnistes devinrent de plus en plus nombreux et, dans son *Traité des maladies puerpérales*, M. Hervieux

(1) La pièce a été présentée à la *Société anatomique*.

adoptait et développait la théorie du *poison puerpéral.*

Dans tous les hôpitaux où la transmission de la maladie fut combattue par une propreté minutieuse, l'aération permanente des salles et leur évacuation dès qu'une femme y devenait malade, on obtint de très-bons résultats parmi lesquels il faut signaler ceux de M. Empis ; mais ces résultats restèrent incomplets à cause du contact perpétuel des accouchées entre elles dans nos hôpitaux actuels.

Quand M. Tarnier devint chirurgien de la Maternité, il reprit son idée première et demanda à l'Administration de l'Assistance publique qu'un pavillon à chambres isolées fût construit dans les magnifiques jardins de cet hôpital. Après des retards et des obstacles de toutes sortes, ce pavillon d'essai est aujourd'hui terminé et peut recevoir huit femmes en couches ; mais il reste encore à bâtir une annexe destinée à loger le personnel. Dans deux ou trois mois, le nouveau service sera en activité ; nous décrirons alors les soins de purification dont les chambres doivent être l'objet quand elles auront servi à un accouchement. Aujourd'hui, nous pouvons déjà dire comment l'isolement des accouchées a été réalisé : le bâtiment a 14 mètres 30 de long sur 7 mètres 75 de large. Il se compose d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. Deux murs transversaux divisent le rez-de-chaussée en trois parties : une centrale et deux terminales.

La partie centrale sert d'office et d'observatoire pour les surveillantes ; les parties terminales sont partagées par une cloison longitudinale qui sépare les deux chambres contiguës. Les quatre chambres des femmes en couches occupent donc les quatre angles du bâtiment ; chacune d'elles a une porte donnant sur la façade, et une fenêtre ouverte sur le pignon. Pour aller d'une chambre à l'autre, on est obligé de sortir du pavillon et de faire quelques pas en plein air. Des vitres dormantes, enchâssées dans les murs, permettent à la surveillante qui se trouve dans l'office de voir ce qui se passe dans les chambres. Les malades peuvent avertir la surveillante en tirant un cordon de sonnette, mais avec les vitres dont nous venons de parler, elles peuvent aussi faire signe aux infirmières ou les appeler.

La même distribution est répétée au premier étage, seulement, ici, une galerie ouverte, courant sur les deux façades, donne accès dans les chambres. Une marquise en vitrage protége les serviteurs contre la pluie.

Si l'essai, tenté à la Maternité, réussit, les médecins et les chirurgiens demanderont à leur tour des pavillons d'isolement pour un grand nombre de maladies contagieuses. On est même déjà entré dans cette voie pour la variole et pour certaines opérations qui se pratiquent dans des tentes ou des chalets éloignés des salles communes.

La question du *pavillon* de la Maternité méritait, comme on le voit, d'être soumise à nos lecteurs, car elle deviendra peut-être le point de départ de nombreuses transformations dans nos hôpitaux. BOURNEVILLE.

CONCOURS. A la suite du concours ouvert pendant le mois de décembre dernier, ont été nommés internes titulaires des hospices civils de Toulouse : MM. Chabbert, Alibert, Albert, Fauqué ; internes suppléants : MM. Dambies, Sabadié. (*Revue médic. de Toulouse*).

NOMINATION. Le docteur Boureau, médecin-adjoint de l'hospice annexe de la maison de détention de Saint-Lazare, a été nommé médecin titulaire en remplacement de M. Boys de Loury, décédé. Le docteur Aimé Martin est nommé médecin-adjoint de cet établissement. (*France médic.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 février. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. CARVILLE. Dans la séance précédente M. Dupuy est venu rendre compte d'une série d'expériences à la suite desquelles il a cru pouvoir conclure que le nerf sciatique mis à nu, chez une grenouille empoisonnée par une forte dose de strychnine, réagissait toujours sous l'influence d'une excitation. Je ne saurais partager cette manière de voir. J'ai toujours constaté, au contraire, que lorsque la grenouille strychnisée est tombée en résolution, le nerf sciatique, mis à nu, est inexcitable, et cela même pendant l'hiver ; les muscles ont, d'ailleurs, conservé leur excitabilité. Je vais, du reste, répéter l'expérience devant les membres de la société.

M. VULPIAN. Je ne me rappelle pas exactement le contenu du mémoire de Martin-Magron et de M. Buisson. S'ils ont fait un rapprochement complet entre l'action du curare et celle de la strychnine, ils ont commis une énormité physiologique, car les effets de ces deux substances, pendant la marche progressive de l'empoisonnement sont absolument différents. Mais s'ils se sont bornés à dire, relativement à la motricité des nerfs, qu'à une certaine période de l'empoisonnement des grenouilles par la strychnine, on trouve, si la dose de la substance a été suffisante, une abolition complète de cette motricité, je crois qu'ils ont eu raison. Lorsque la période de convulsions est terminée, période plus ou moins durable et plus ou moins violente, la grenouille tombe en résolution complète, et si l'on met alors un de ces nerfs sciatiques à nu, on constate que la motricité de ce nerf est abolie. Si la dose n'a pas été suffisante, on trouvera cette motricité simplement affaiblie.

M. CL. BERNARD. Je ne crois pas que la question doive être ainsi posée et MM. Martin-Magron et Buisson ont établi entre la strychnine et le curare des rapprochements qui n'ont pas de raison d'être. Ce n'est point les effets ultimes que peuvent produire deux poisons qu'il faut considérer, mais les phénomènes initiaux et la marche de ces phénomènes avant qu'ils n'aient produit, en dernière analyse, la mort des éléments anatomiques. Ce qui distingue un poison c'est *l'évolution* toxique, l'ordre dans lequel les éléments sont atteints. Or, la strychnine et le curare ont dans leur action une marche bien distincte et pour ainsi dire opposée. Le curare atteint d'abord les nerfs moteurs et cela successivement en commençant par leur extrémité, puis il s'attaque aux vaso-moteurs. La strychnine, au contraire, n'agit pas *primitivement*, sur les nerfs moteurs ; elle agit sur la moelle épinière et sur les nerfs sensitifs ; c'est ce qui la caractérise.

M. VULPIAN. Je répète que je suis complétement d'accord avec M. Cl. Bernard, relativement à la comparaison des effets du curare à ceux de la strychnine. Ces effets sont absolument différents pendant toute la durée de la marche progressive de l'intoxication, jusqu'au moment où arrive, chez les grenouilles, la résolution paralytique complète de toutes les parties du corps. Mais lorsque cette période est arrivée il peut y avoir une analogie très-grande sous le rapport de l'état physiologique des nerfs moteurs, entre deux grenouilles, dont l'une est empoisonnée par le curare et l'autre par la strychnine. Effectivement, si la dose de strychnine a été suffisante, on constate chez la grenouille empoisonnée par cette substance, une abolition totale de la motricité des fibres nerveuses, destinées aux muscles de la vie de relation, exactement comme chez la grenouille empoisonnée par le curare.

J'ajoute, et j'ai le regret de n'être pas, sur ce point, du même avis que M. Cl. Bernard, que la sensibilité ne sera pas abolie chez la grenouille empoisonnée par la strychnine, et que, sous ce rapport, il y aura, comme l'ont dit Martin-Magron et M. Buisson, une analogie de plus entre l'animal paralysé par suite de l'action de la strychnine et celui qui aura été curarisé. Si on lie l'artère iliaque d'un côté, du côté gauche, par exemple, chez une grenouille, et si on injecte quatre ou cinq milligrammes de chlorhydrate de strychnine en solution aqueuse (saturée), sous la peau des avant-bras, on pourra

s'assurer, lorsque l'animal, après une période convulsive plus ou moins violente, sera tombé dans une complète résolution, que toutes les parties antérieures ont conservé leur sensibilité. Le plus léger contact d'un des doigts d'un membre antérieur provoquera aussitôt un mouvement dans le membre postérieur gauche. Il sera facile de faire l'expérience de telle sorte que le corps de l'animal et que le membre postérieur gauche n'éprouvent aucune secousse. Le résultat sera aussi probant que possible. Je dis donc que la sensibilité n'est pas abolie chez les grenouilles empoisonnées par la strychnine.

M. Cl. Bernard. Je ne crois pas qu'on puisse comparer les mouvements légers d'excitabilité convulsive qui se font dans les membres réservés chez la grenouille strychnisée aux mouvements réflexes normaux et complets qu'on voit chez la grenouille curarisée. L'animal peut sauter et même parfois, se mouvoir spontanément. De nouvelles expériences ne seront pas de trop ici; je me propose d'y revenir et de démontrer qu'il n'y a aucun rapprochement à établir entre l'action du curare et celle de la strychnine.

M. Cornil en son nom et au nom de M. Lépine, communique une observation de *paralysie générale spinale*, suivie d'autopsie. Il s'agit d'un malade, âgé de 27 ans, de bonne santé habituelle; dans ses antécédents personnels, on relève seulement qu'il aurait eu dans son enfance une paralysie des membres inférieurs qui dura quelque temps et fut suivi d'une guérison parfaite. Il souffrit du froid pendant le siége de Paris et dès le mois de décembre 1870, il commença à éprouver de la faiblesse dans le membre inférieur droit : il marchait en fauchant. Il n'avait pas de douleurs, mais éprouvait des contractions fibrillaires dans les muscles du membre. Au mois de septembre, le membre inférieur gauche se prend. La faiblesse augmente, et remonte jusqu'aux muscles sacro-lombaires. En janvier 1873, les deux bras sont atteints. On constate une diminution des masses musculaires, mais sans déformation notable, comme dans l'atrophie musculaire progressive. Il n'y a pas de véritable contracture. Mais des symptômes bulbaires apparaissent : diminution de la contractilité du palais, difficulté croissante de la déglutition, sensations bizarres dans l'arrière-gorge, diminution de la sécrétion salivaire. Les accidents se sont aggravés rapidement et le malade a succombé à des accidents asphyxiques.

A l'autopsie, on a trouvé un ramollissement de la moelle avec une destruction de cellules nerveuses des cornes antérieures, une sclérose de ces cornes antérieures et un épaississement de vaisseaux. Il existait, en outre, une altération des cordons latéraux de la substance blanche de la moelle. Les cordons postérieurs sont normaux.

M. Hénocque présente des maxillaires inférieurs de rats, de souris, de lérot, afin de faire voir que le maxillaire inférieur est divisé en deux parties, réunies par un ligament triangulaire inférieur et un ligament inter-osseux.

Il y a là une articulation par syndesmose permettant les mouvements de latéralité des deux portions du maxillaire inférieur et par conséquent les incisives inférieures. Cette disposition anatomique n'existe pas chez le lapin ni chez le cobaye. M. Hénocque considère ces caractères anatomiques comme ayant une certaine importance au point de vue de la classification des genres et des espèces de rongeurs. Les incisives inférieures, quand elles sont mobiles, sont taillées à facettes sur leurs faces postérieure et interne; elles sont convexes à leurs faces antérieure et externe. Chez le lapin, dont les incisives inférieures sont immobiles, les dents sont prismatiques et courtes, tandis qu'elles sont effilées, longues, irrégulièrement coniques, chez les rongeurs dont les incisives sont mobiles.

M. Carville, au nom de MM. Gallippe et Bochefontaine, donne le résultat d'expériences d'après lesquelles la partie active de l'écorce et de la feuille du jaborandi serait un alcaloïde isolé par M. Byassou. M. Rabuteau ne partage point cette manière de voir. Il le fait d'autant moins que, pour lui, il n'existe point d'alcaloïde dans la feuille du jaborandi.

M. Tarchanoff a recherché si les conclusions publiées par Arnold, dans les Archives de Virchow, sont exactes et s'il existe des communications des vaisseaux séreux entre les vaisseaux sanguins et le système lymphatique. Il a pu se convaincre que ce que Arnold avait pris pour un réseau n'est autre chose qu'une diffusion de la matière colorante injectée autour des cellules pigmentaires de la grenouille. Nous reviendrons plus tard, sur cette importante communication.

M. Bourneville fait une communication sur l'*Emploi du sulfate de cuivre ammoniacal dans l'épilepsie*, sur les effets physiologiques de ce médicament, les lésions qu'il produit et donne les résultats des analyses chimiques du *foie*, faites par M. Yvon et par M. Alb. Robert. (Cette communication sera prochainement publiée.)

M. Nepveu communique ensuite une note sur la présence des bactéries dans les collections sous-cutanées. P. Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Secrétaire perpétuel rappelle que la nomination d'une commission, pour examiner les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux et étrangers, avait été réclamée par MM. Barth et Giraldès. Le conseil n'a pas jugé à propos de donner suite à cette demande, mais il a décidé qu'une commission spéciale, composée de deux membres de chacune des 4 commissions des correspondants nationaux et étrangers, examinerait les titres des candidats aux places de membres associés.

M. Colin lit un mémoire intitulé : *La putréfaction ne peut-elle s'effectuer sans le concours de germes et d'organismes inférieurs?* Tout le monde admet depuis les travaux de M. Pasteur, dit l'auteur, qu'une fermentation ne peut se produire sans la présence d'êtres organisés et vivants ; mais les ferments viennent-ils du dehors ou naissent-ils sur place par génération spontanée? Il importe d'examiner d'abord si les fermentations ne se produisent que par la présence d'êtres organisés, alors il sera temps de rechercher d'où viennent ces êtres.

M. Colin a fait de nombreuses expériences sur des œufs frais de toutes espèces, il les a tous vus se putréfier. Ces œufs, à l'état frais, ne contenaient aucune trace de germes ou d'organismes inférieurs. N'ayant vu entrer aucune espèce de corpuscules, il en conclut que la putréfaction s'est faite sans germes venant du dehors.

L'examen des œufs putréfiés a révélé la présence d'éléments figurés, mouvants, qui paraissent être, non des corps organisés, vivants, mais de simples corpuscules albumineux. Donc la putréfaction n'est pas due à des organismes produits par génération spontanée. A l'air libre, les ferments jouent un rôle dans la décomposition putride, ils la modifient, il en vivent, mais ils ne la produisent pas.

M. Poggiale n'a pas d'opinion arrêtée sur la génération spontanée. Il croit qu'en l'état actuel de la science le mieux est de n'en pas avoir. M. Pasteur dit qu'il cherche depuis 20 ans la génération spontanée sans la trouver, il la cherchera longtemps encore, il lui sera toujours facile de répondre aux hétérogénistes que les ferments ont été portés où on les trouve par l'oviducte, l'urèthre, l'anus, les organes digestifs et respiratoires, la peau, les poils, etc.

L'orateur émet quelques doutes sur les expériences de M. Gonjon a propos de la putréfaction des œufs. Il rappelle les expériences de MM. Bellamy et Lechartier sur la fermentation des fruits. Ces expérimentateurs n'ont pas toujours trouvé la fermentation alcoolique à l'intérieur des fruits. Dans les cas où on ne trouve pas le ferment alcoolique dans les fruits, M. Poggiale pense que les cellules végétales agissent à la manière des cellules du ferment avec cette différence que leur action ne dure qu'un certain temps.

L'orateur demande l'opinion de M. Pasteur sur ce sujet et fait quelques observations à propos des urines ammoniacales. il rappelle que la discussion de l'an dernier a prouvé que l'urine pouvait devenir alcaline dans la vessie, mais on ne sait si cette transformation est produite par un ferment ou par une action chimique.

M. Pasteur répondra à MM. Colin et Poggiale dans la prochaine séance. — A 5 heures 1/2 comité secret. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 20 novembre 1874. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Monstre pseudo-anencéphale mort-né à neuf mois de grossesse, avec rupture spontanée de la poche sanguine avant la naissance; par M. GUILLAUMET, interne à Saint-Lazare.

Félicie H....., âgée de 25 ans, entre dans le service de M. le Dr COSTILHES, dans le mois d'août. Cette jeune femme est forte, bien constituée, et paraît jouir d'une excellente santé. Réglée à 15 ans, elle n'a cessé de voir ses époques revenir avec une grande régularité jusqu'à sa grossesse. Mariée à 23 ans, elle devint enceinte 15 mois après, et le temps de sa grossesse se passa dans les meilleures conditions. Pas de vomissements, à peine quelques petits malaises. Vers le sixième mois, une vive frayeur amena une syncope, la première qu'elle ait jamais eue et qui ne s'est pas renouvelée. La grossesse ne parut nullement souffrir de ce petit accident, car elle continua à être aussi bonne qu'auparavant.

Enfin, elle accoucha à terme, le 9 novembre, à 6 heures du soir. La veille seulement, dit-elle, vers 10 heures du soir, l'enfant a cessé de remuer; il avait fait encore des mouvements dans la journée. Ce fut aussi à cette heure qu'elle commença à perdre un peu de sang. Vers trois heures du matin la perte augmenta sensiblement pour ne s'arrêter que quand la malade fut sur le lit de misère, c'est à-dire le lundi à deux heures du soir. Pendant toute la nuit du dimanche au lundi, malgré sa perte, elle n'avait eu ni coliques, ni maux de reins; ce n'est que vers 6 heures du matin qu'elle commença à souffrir.

Appelé à 3 heures et demie, nous avons été frappé de l'odeur infecte qui régnait dans la pièce. Quelques instants avant, comme elle perdait une certaine quantité des eaux, on avait été obligé d'ouvrir la fenêtre, tellement l'odeur qui s'en dégageait était insupportable. Le cœur du fœtus ne battait plus.

Le col, presque entièrement dilaté, était bouché par une masse arrondie. Dans la fosse iliaque gauche, on sentait une dépression, une sorte de rigole à charpente osseuse, recouverte de peau, se dirigeant de gauche à droite, d'avant en arrière, mais ne ressemblant en rien à une fontanelle. Cette dépression aboutissait en arrière à une grande cavité, dont on n'atteignait pas le fond, et dont les bords, légèrement tranchants, étaient assez irréguliers. A l'intérieur de cette cavité, des matières gélatineuses donnaient la sensation de caillots.

Il nous était absolument impossible en ce moment de donner un nom à ce que nous touchions, bien que nous eussions déjà de fortes présomptions en faveur d'une tête anormale. Enfin, cette masse commençant à descendre dans le vagin, nous avons pu la circonscrire et reconnaître sur les côtés les deux oreilles.

Le thorax sorti de la vulve, le fœtus cessa de progresser malgré les contractions utérines qui ne s'étaient pas ralenties; il y avait brièveté du cordon. Il fut coupé dans le vagin, au-dessous d'une ligature, et le fœtus extrait; une hémorrhagie se produisit aussitôt, assez abondante pour nécessiter une délivrance immédiate, après laquelle le sang cessa de couler.

Le placenta était appliqué à la paroi antérieure de l'utérus tout près du col; peut-être même, une faible portion s'insérait-elle sur le col.

Description du fœtus. — La tête seule est le siége des anomalies; le reste du corps ne présente aucune imperfection; c'est celui d'un enfant à terme, et même bien constitué. Quant à la tête, elle est le siége de nombreux vices de conformation ou arrêts de développements.

Le visage est d'une laideur extrême, il n'existe pas de front, le cuir chevelu commençant au-dessus des sourcils; et les globes oculaires sont gros et saillants.

Le nez est tellement aplati, qu'il ne forme pas la moindre saillie; les ailes, démesurément écartées, sont relevées en haut, de chaque côté, par une bride de peau très-mince et large d'un millimètre environ, qui va s'insérer au-dessus de l'arcade sourcilière, donnant ainsi à la figure une expression indescriptible. Ces brides sont libres dans tout leur trajet qui est de [illegible] centimètres environ. Ajoutons à cela un bec-de-lièvre double mais plus marqué à gauche qu'à droite.

La voûte crânienne n'existe pas; elle est remplacée par une membrane rouge très-vasculaire, non recouverte de cheveux, rompue à son centre et saignante sur les bords de la déchirure. Elle n'occupe que le sommet de la tête, parce qu'elle est circonscrite par une couronne de cuir chevelu.

En avant, le frontal cesse au-dessus de l'arcade sourcilière, il n'y a donc pas de front. En arrière, il n'y a pas de traces d'occipital; à sa place, une membrane assez résistante est étendue de l'un à l'autre pariétal, recouverte par le cuir chevelu de la nuque et donnant par l'écartement des pariétaux la sensation de la rigolle ou dépression que nous avions pu constater pendant l'accouchement. Les pariétaux eux-mêmes sont forts incomplets.

A l'intérieur de la cavité crânienne, on trouve une bouillie que l'on reconnait aisément comme formée de sang et de matière cérébrale, occupant seulement le fond de la cavité, une partie du contenu s'étant sans doute écoulée pendant le travail. Au milieu de ce magma, il est impossible de distinguer à quelle portion de la substance cérébrale on a affaire.

Après avoir débarrassé la boite crânienne de son contenu, à l'aide d'un léger filet d'eau, on observe un fait assez singulier: La moelle émergeant, non pas du trou occipital, puisqu'il n'y en a pas, mais du canal cervical, s'applique immédiatement sur la peau qui remplace l'occipital, lui adhère fortement, au moyen d'une membrane transparente dans le dédoublement de laquelle elle chemine, en s'effilant dans une hauteur de 1 centimètre et demi, pour se terminer par une extrémité filiforme. Cette membrane transparente n'est autre, pensons-nous, que la réunion des méninges rachidiennes, faisant suite aux méninges crâniennes.

A la colonne vertébrale, la moelle est absolument normale dans toute sa hauteur. Rien de particulier du côté des viscères. Les poumons n'ont pas respiré.

Ainsi qu'on peut le voir, ce cas est intéressant à plus d'un titre: la rareté relative du premier phénomène, l'embarras dans lequel il peut plonger l'accoucheur, obligé de faire le diagnostic; la terminaison de la moelle, absolument isolée et formant un système à part; enfin, la rupture spontanée de la poche, très-probablement, dès le début du travail, peut-être même, antérieurement, sous l'influence d'une cause inconnue.

Nous disons: rupture spontanée, parce que, ayant été seul appelé à voir cette malade, et aucune autre personne n'ayant pratiqué le toucher, nous avons la certitude que la poche n'a pas été déchirée par une exploration inattentive. Du reste, l'extrême fétidité des eaux, produite certainement par le mélange du contenu de la poche, semble indiquer que cette rupture n'était pas très-récente.

M. PINARD. J'ai observé plusieurs faits analogues; chaque fois, la mère avait présenté des syncopes au début de la grossesse, pendant les trois premiers mois.

18. Sarcome pulsatile multiple de la fosse temporale gauche, du corps thyroïde et du sternum; par M. VALLERIAN, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'une malade atteinte de mélancolie, et qui était à la Salpétrière, dans le service de M. Trélat depuis 18[illegible]8. Elle est venue une première fois à l'infirmerie, service de M. Delens, du 24 mars au 17 avril 1874, afin d'être soignée pour deux tumeurs, l'une de la fosse temporale gauche, l'autre du lobe droit du corps thyroïde. Elle a pris à cette époque, pendant 15 jours et sans aucun résultat, de l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 cent. par jour. La malade rentre à l'infirmerie de la Salpétrière (service de M. LE DENTU) le 16 juillet 1874. Voici son observation résumée.

17 *juillet*. La malade est maigre, a une teinte jaunâtre de toute la peau, elle s'est notablement affaiblie depuis trois mois. Surdité presque complète datant d'au moins une dizaine d'années. La malade comprend très-bien par signes ou aux mouvements des lèvres.

Tumeur de la fosse temporale gauche. Cette tumeur existe depuis plusieurs années, au dire des personnes qui approchent la malade; elle a notablement augmenté depuis quelques mois. Elle s'étend de l'angle inférieur et interne de l'orbite, jusqu'au tragus; ovale aplatie, elle a le volume d'une grosse noix. Au niveau de la tumeur, la peau a sa coloration habi-

tuelle; sous la peau, à 1 cent. en avant du tragus et parallèlement au grand axe de l'oreille, on remarque une petite artère flexueuse, du volume d'une grosse tête d'épingle. La tumeur est animée de battements visibles à l'œil, perceptibles au doigt, et isochrones aux battements du pouls; on y sent des mouvements d'expansion très-nets. A l'auscultation, bruit de souffle unique, doux, systolique.

La tumeur est molle, sans être fluctuante; difficile à limiter, elle semble se continuer insensiblement avec les os voisins. On sent avec le doigt l'os de la pommette; mais l'apophyse zygomatique du temporal semble détruite par la tumeur. La compression de la carotide primitive gauche diminue notablement les battements de la tumeur sans les abolir.

Tumeur du cou. Elle est placée à la partie inférieure du cou, à droite, au-dessous et en dedans du sterno-cléido-mastoïdien; du volume d'un œuf de poule, et allongée transversalement, cette tumeur adhère au larynx, qu'elle suit dans ses mouvements; elle dépend du corps thyroïde. Elle est très-dure, bosselée, donne au doigt la sensation d'une masse calcaire, elle est soulevée par les battements de la carotide primitive droite. A son niveau, on perçoit un double bruit de souffle, l'un systolique assez fort et prolongé, l'autre diastolique bref, comme du côté opposé, au niveau de la carotide primitive gauche, on perçoit des bruits très analogues; on ne peut savoir si des bruits anormaux se produisent dans la tumeur. Il y a 3 ans que pour la première fois on a remarqué l'existence de cette tumeur.

Tumeur du sternum. Cette tumeur s'est développée depuis le premier séjour de la malade dans le service, c'est-à-dire depuis 3 mois. Elle siége dans le sternum; surtout marquée à gauche, au niveau de la troisième côte, son volume est celui d'une grosse noisette; la peau qui la recouvre a sa coloration normale. La tumeur est animée de battements visibles à l'œil, perceptibles au doigt et isochrones aux battements du pouls; on y perçoit nettement un mouvement d'expansion; la tumeur est irréductible. A cause du voisinage de la base du cœur, on ne peut savoir si des bruits anormaux se produisent dans la tumeur.

Poumons. La malade respire avec quelque difficulté; râles sous crépitants disséminés aux deux bases.

Cœur. Matité cardiaque augmentée; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon. A la pointe, souffle systolique assez fort; à la base, double bruit de souffle, l'un systolique fort, l'autre diastolique plus faible. Il n'y a ni faux pas, ni irrégularité du cœur.

Tube digestif. La malade mange fort peu; en revanche, elle accuse une soif continuelle; la langue est sèche et chargée. Il y a une paralysie du rectum.

Organes génito-urinaires. Le toucher vaginal est pratiqué et montre qu'il n'y a rien d'anormal. Paralysie de la vessie; on est obligé de sonder la malade régulièrement deux fois par jour. L'urine retirée est ammoniacale, très-chargée, brunâtre; précipité blanc abondant, par l'addition d'acide azotique. L'urine ne contient pas de sucre. Au microscope, on trouve une grande quantité de globules blancs, ainsi que des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien en grand nombre. Pas de cylindres provenant des tubes du rein.

Membres. La malade accuse des douleurs vives dans les deux bras, surtout le droit; affaiblissement très-net des deux côtés, surtout à gauche. Paralysie presque complète des membres inférieurs; ici encore c'est le côté gauche qui est le plus atteint; la jambe repose sur sa face externe; le pied, tourné en dehors, repose également sur son bord externe. La *sensibilité*, sous toutes ses formes, semble intacte sur tous les points du corps.

A partir de la *fin de juillet*, les troubles de la miction augmentent; à la fin de chaque cathétérisme, qui est très-douloureux, il sort quelques gouttes de sang pur. L'urine est plus chargée que jamais et a une odeur fétide. L'état général s'aggrave: langue noire, très-chargée; fièvre continuelle; température oscillant entre 38° et 39°. Les tumeurs de la fosse temporale et du cou restent stationnaires; la tumeur du sternum augmente visiblement.

3 août. La malade meurt dans le marasme, avec une température très-élevée (39°,3). La dyspnée et la dysphagie étaient très-marquées ces jours-ci. Les trois tumeurs ont augmenté de volume d'une manière visible, mais en conservant les caractères décrits plus haut. L'état des membres n'avait pas changé. Jusqu'au dernier moment, la malade comprenait les signes qu'on lui faisait et pouvait y répondre.

AUTOPSIE le 5 août. Les deux poumons sont congestionnés en arrière, au niveau de leur bord postérieur. Bronchite chronique, emphysème du bord antérieur.

Le *cœur* est volumineux, flasque, graisseux; le muscle cardiaque est feuille-morte. La valvule mitrale est épaissie et présente des plaques scléreuses; la valve interne est remarquablement étroite; il y a un certain degré d'insuffisance de cette valvule. Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, il y a des plaques calcaires; de plus, ces valvules sont fenêtrées, disposition congénitale sans doute, qui donnait lieu à un certain degré d'insuffisance aortique. Aucune lésion dans les orifices du cœur droit. — *Aorte* thoracique et abdominale parsemées de plaques calcaires.

L'*estomac*, l'*intestin*, la *rate*, le *foie* sont sains.

Les *reins* sont un peu graisseux; la muqueuse des bassinets est brunâtre; les *uretères* ne sont pas dilatés, ils sont remplis, comme les bassinets, d'une urine grise, louche. *Vessie* volumineuse, à parois très-épaissies, mais ne présentant pas de lésion de la muqueuse. Aucune lésion de l'ovaire et de ses annexes.

Tumeur de la fosse temporale gauche. Cette tumeur est placée au-dessous du muscle temporal qu'elle soulève; du volume d'une grosse noix, elle se confond en arrière avec la portion écailleuse du rocher, et cet os est très-probablement son point de départ. L'apophyse zygomatique du temporal a disparu au milieu de la tumeur; celle-ci a également détruit l'articulation temporo-maxillaire gauche; il ne reste plus du condyle du maxillaire inférieur qu'une aiguille osseuse de la grosseur d'une allumette. En avant, la tumeur a détruit une notable partie de la grande aile du sphénoïde; aussi s'avance-t-elle jusqu'à la paroi externe de l'orbite, qui est encore intacte.

En dedans et en haut, la tumeur fait saillie dans l'étage moyen de la base du crâne du côté gauche; l'enfoncement que l'on trouve normalement à ce niveau est en grand partie effacé. La dure-mère est placée directement sur la tumeur, à laquelle elle adhère; elle présente, à sa face interne, quelques petites végétations du volume d'une tête d'épingle, qui ont la même structure que la grosse tumeur. Enfin, celle-ci fait saillie en dedans et en arrière dans l'intérieur du sinus sphénoïdal; en avant et en dedans, on voit les organes qui passent par les trous ronds et ovale, organes qui devaient être comprimés pendant la vie (nous n'avons rien observé de particulier à ce sujet); le trou déchiré antérieur est respecté.

La corne sphénoïdale du cerveau est aplatie et refoulée en arrière par la tumeur; du reste, elle n'est nullement altérée, pas plus que le reste de l'encéphale. Il nous semble juste de rapprocher cette compression, de l'affaiblissement très-net de tout le côté gauche du corps que présentait la malade pendant la vie. La tumeur elle-même est d'un gris-rougeâtre, molle, presque diffluente; son aspect est le même dans tous ses points. Disons, afin de n'y plus revenir, que la tumeur du cou et celle du sternum ont absolument les mêmes caractères.

Tumeur du cou. Elle s'est développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, son volume est celui d'un œuf de poule; prolongée en dehors et en haut, elle est revêtue dans presque toute son étendue, en avant, par une coque calcaire d'un millim. d'épaisseur. En arrière, la tumeur est placée directement sur les premiers anneaux de la trachée, qu'elle comprime visiblement. Le calibre de la trachée est diminué de près de moitié à cet endroit.

Tumeur du sternum. Du volume d'une noisette, elle est creusée dans l'épaisseur du sternum au niveau de la troisième côte. L'articulation costo-sternale de la troisième côte gauche est complétement détruite; sur une coupe antéro-postérieure du sternum faite au niveau de la tumeur, on voit que cet os est profondément altéré, au voisinage de la néoplasie, il a pris une teinte rougeâtre.

Nous avons examiné à l'état frais des fragments de ces trois

tumeurs, et nous avons trouvé partout de petites cellules avec un gros noyau, assez régulières ; nulle part nous n'avons vu de plaques à noyaux multiples. Il s'agit donc ici d'un sarcome multiple, très-vasculaire, ayant pu donner lieu, grâce à cette vascularisation, à des battements et à des bruits de souffle. C'est du reste le diagnostic qui avait été porté pendant la vie, par MM. Delens et Le Dentu.

19. Examen histologique d'une ulcération de l'intestin : par M. Cadiat, interne des hôpitaux.

J'ai fait, depuis la dernière séance, des préparations d'ulcérations de fièvre typhoïde, et ce que j'ai vu me permet d'affirmer, avec plus d'assurance encore, ce que j'avais annoncé sur les caractères différentiels entre ces lésions et les lésions tuberculeuses : 1° Examinée dans son ensemble à un faible grossissement, la coupe de l'ulcère typhoïde montre que le follicule, bien que tuméfié, est resté isolé du reste de l'intestin ; on ne voit pas un piqueté produit par cette masse de noyaux couvrant tout, confondant toutes les parties.

2° On voit dans l'ulcère typhique de la matière amorphe entre les éléments des follicules, écartés les uns des autres, et une multiplication des éléments du follicule ; mais ce n'est pas, comme dans le tubercule, une production d'éléments étrangers, envahissant et le follicule et les parties avoisinantes. En dehors de la plaque de Peyer, dans le tissu sous-muqueux, dans le tissu musculaire de l'intestin, on ne voit pas ces noyaux que nous avons vus dans le tubercule.

En résumé, j'ai examiné comparativement par les mêmes procédés l'ulcère tuberculeux et l'ulcère typhique, et je trouve entre eux les différences les plus tranchées.

M. Charcot. Vous n'avez fait qu'une seule fois la comparaison. Il faudrait pouvoir la répéter, avant d'être aussi affirmatif.

M. Cadiat. Les caractères distinctifs me semblent aussi nets que possible, et en quelque sorte spécifiques.

24. Ulcération tuberculeuse de l'anus, survenue dans le cours d'une phthisie généralisée: par le Dr Liouville, chef du laboratoire des cliniques (1).

M. .. âgé de 19 ans, serrurier, entre le 31 janvier 1874 dans le service du professeur Béhier, à l'Hôtel-Dieu. Les premiers signes de la tuberculose ont débuté chez lui dans l'hiver de 1872 : à partir d'octobre 1873 il s'y est joint une laryngite persistante, et de la diarrhée. Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate sous la clavicule gauche des signes d'induration pulmonaire et des craquements humides : à droite, il existe une caverne. La diarrhée est persistante, le ventre douloureux, et il est probable qu'il existe des ulcérations intestinales.

L'affaiblissement alla progressant, et la maigreur devint extrême. Dans les derniers jours de sa vie, on remarqua, au pourtour de la marge de l'anus, des ulcérations assez profondes. Ces ulcérations, bien que peu douloureuses au moment de leur apparition, ne laissaient pas de causer une notable gêne pendant l'acte de la défécation. Du reste, elles ne s'accompagnaient pas d'un suintement abondant. Le malade mourut le 12 juillet 1874 ; à l'*autopsie*, on trouva les lésions suivantes :

Dans le poumon droit, une petite caverne et des ilots de granulations tuberculeuses ; à gauche, deux grandes cavernes occupant le tiers supérieur du poumon, et mêlées à de la pneumonie fibreuse. — *Dans le larynx*, des ulcérations siégent à la face interne des cartilages aryténoïdes et laissent voir des fragments du cartilage dénudé. Le reste de la muqueuse est épaissi, œdématié, ramolli.

Dans toute l'étendue de l'*intestin grêle* se voient de nombreuses ulcérations tuberculeuses de diverses grandeurs. Ces dépressions atteignent sur certains points plusieurs centimètres de diamètre ; d'autres ont à peine quelques millimètres. Les parois de l'intestin donnent la réaction de la dégénérescence amyloïde. Dans l'intérieur du *rectum*, on trouve de petites élevures et des ulcérations analogues ; mais celles-ci ne se rencontrent que dans la dernière portion de l'intestin. Ces ulcérations sont bien évidemment de nature tuberculeuse : sur le bord de l'une d'elles, on trouve une granulation miliaire jaunâtre.

Enfin, existent à l'anus, proéminant vers le rectum et vers l'extérieur, deux larges ulcérations, dont l'une, de la grandeur d'une pièce d'un franc, a détruit les plis anaux et offre sur sa surface granuleuse, de petites élevures saillantes, jaunâtres, séparées par des intervalles de tissu érodé. Dans quelques points se remarque une légère hypérémie, mais ce n'est pas la vascularisation qui domine, au centre surtout. L'aspect général est plutôt pâle, jaunâtre, et le léger suintement n'est nullement hémorrhagique. Tout autour on distingue de petites saillies, assez bien arrondies, miliaires, et qui paraissent de véritables petites granulations tuberculeuses.

A l'état frais, et après durcissement, le microscope a du reste déterminé très-nettement la nature de ces produits tuberculeux. Dans quelques places le doute, au 1er examen, avait pu s'établir un instant, parce qu'il y avait quelques petites saillies avoisinantes, du milieu desquelles s'élevaient des poils, mais après durcissement dans l'alcool, il a été permis de mieux étudier encore la pièce.

De plus, si l'on fait une coupe horizontale par un plan qui passe à un centimètre de l'anus, on voit que tout le pourtour du conduit intestinal, est considérablement altéré par une modification morbide analogue à celles que l'on a rencontrées plus haut.

Les parois, en effet, sont infiltrées, tuméfiées par les produits tuberculeux ; dans quelques points, il y a érosion et l'on peut se rendre compte de ce fait : qu'une des ulcérations anales qui dépasse extérieurement la marge de l'anus de près de un centimètre, est la continuation d'une ulcération intestinale interne, qui, elle, remonte assez haut, à près de 2 à 2 1/2 centimètres dans le conduit. — Le microscope démontre également dans cette perte de substance et dans cette altération, des produits tuberculeux infiltrés et granulés analogues à ceux indiqués plus haut.

On le voit donc, la nature de ces modifications pathologiques est bien la même. C'est bien à du tubercule se présentant sous ses formes habituelles dans les tissus malades, que l'on a eu affaire. L'aspect seul est un peu modifié, les conditions d'évolution étant en effet différentes, mais la nature est identique, et c'est là un des points les plus importants à bien constater.

25. Épithéliome du pied, développé chez un individu affecté de psoriasis: par M. Pozzi, aide d'anatomie.

Cette pièce a été enlevée sur le pied d'un homme de 45 ans, qui depuis 25 ans est couvert d'une éruption confluente de psoriasis. Il avait également du psoriasis des ongles et une hypertrophie considérable du derme sous-onguéal, bien que les plaques de psoriasis fissent défaut sur le pied proprement dit. L'épithéliome lui-même avait évolué d'une manière très-lente, car il avait débuté 24 ans auparavant par une petite excoriation qui très-graduellement s'était étendue et creusée.

M. Pozzi présente ce cas en appuyant sur la coïncidence du psoriasis et de l'épithéliome ; il rappelle que jusqu'ici on n'a pas signalé le psoriasis cutané comme prédisposant au cancer, tandis que celui des muqueuses, et particulièrement le psoriasis buccal, se complique souvent plus tard d'épithéliome.

M. Debove. Le fait actuel n'est qu'une coïncidence. Des centaines de psoriasiques viennent chaque année se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis, et jamais on n'a signalé jusqu'ici qu'ils devinssent sujets à l'épithéliome. D'ailleurs l'assimilation de M. Pozzi du psoriasis de la peau et des muqueuses n'est pas exacte. Le psoriasis de la langue n'est pas du psoriasis vrai, et ne coïncide que fort rarement avec l'éruption cutanée. Dans la dernière séance, on a montré certaines affections de la peau devenant la cause de cancroïdes ultérieurs par les cicatrices qu'elles déterminent. Ici encore, on ne saurait invoquer cette localisation pour le psoriasis, car cette affection, si invétérée qu'elle soit, ne laisse jamais de traces après elle. Il me paraît plus probable que l'ulcération du pied est la cause immédiate du cancroïde.

(1) La pièce, moulée par M. Baretta, se trouve au laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu.

M. Pozzi. Cette ulcération était fort minime, et d'autre part cet individu avait des plaques cutanées sous-onguéales, de l'hypertrophie des ongles, des verrues épidermiques : il était donc prédisposé aux affections du système épithélial, et la plus légère circonstance a pu éveiller la prédisposition.

26. Cancer généralisé ayant pour point de départ la paroi vaginale ; par M. Boissier, interne.

La nommée L. F., âgée de 47 ans, entre à l'hôpital des Cliniques, le 20 avril 1874, pour un cancer du vagin.

Au toucher, on sent sur la paroi antérieure du vagin plusieurs noyaux indurés, de consistance squirrheuse; le col est mou, ulcéré. — La malade dit s'être aperçue de son mal depuis six mois. — Elle accuse des douleurs dans le ventre, les lombes, toute la jambe droite. — Elle n'est plus réglée depuis quelques mois. Le ventre est gros, douloureux. — On y sent par la palpation deux tumeurs, arrondies, du volume du poing, résistantes, l'une à droite, l'autre à gauche, immobiles. — La malade leur donne huit ans de date. — Les caractères fournis par la palpation donnent l'idée de corps fibreux de l'utérus.

La malade accuse encore des douleurs dans la colonne vertébrale, au milieu de la région dorsale. Elle présente sur le sternum à l'union de la poignée et du manche, une tumeur dure, mate, immobile, acuminée, soulevant la peau qui ne change pas de coloration à ce niveau. — Le volume de la tumeur primitivement est celui d'une petite noix ; — l'auscultation de la poitrine à ce niveau indique que la tumeur n'a pas de profondes racines et qu'elle siége exclusivement dans le sternum.

L'état général de la malade n'est pas très-satisfaisant, — l'appétit est médiocre, — les chairs sont pâles et molles, — les douleurs vives; il y a de l'insomnie qui nécessite des injections de chlorhydrate de morphine. — Bientôt la respiration est embarrassée. — La malade se plaint à plusieurs intervalles de suffocations. — L'amaigrissement fait des progrès continus. — Au bout de quelque temps l'œdème malléolaire apparait, envahissant les deux membres inférieurs. — Les tumeurs du ventre grossissant il faut sonder la malade tous les jours; — les gardes-robes sont très-rares. — Dans les derniers temps, la résistance des tumeurs abdominales a fait place en certains points à une fluctuation des plus franches.— La malade meurt le 12 juillet. — La respiration était devenue de plus en plus anxieuse. — Les forces avaient complétement disparu.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* On trouve les *plèvres* pariétales des deux côtés criblées de plaques blanchâtres, de noyaux durs de la même couleur, — elles sont très-adhérentes. — Les *poumons* sont volumineux. — Sur leur face libre, comme dans la profondeur, se voient des nodules blanchâtres agglomérés; on ne trouve pas la plus petite place qui n'en soit garnie. — Le *péricarde* offre les mêmes lésions que la plèvre ; — nodules en plus grand nombre que les plaques. — Ces nodules, comme ceux que l'on voit sur la plèvre viscérale, ont toutes les dimensions depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros haricot. — *Cœur* petit.

Cavité abdominale. — Le mésentère présente sur toute son étendue des noyaux et des ganglions hypertrophiés dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette.

Le *foie* est volumineux. — Sa face inférieure est soulevée par des noyaux cancéreux d'apparence lardacée, légèrement ombiliqués, du volume de gros marrons. — Dans la profondeur du parenchyme hépatique, on remarque un grand nombre de ces mêmes noyaux. — Le tissu propre de la glande paraît graisseux et jaunâtre. — L'*estomac*, le *rectum* et les *intestins* sont sains. — Dans les *reins*, on trouve quatre ou cinq nodules blanchâtres, superficiels du volume d'un pois.

Organes génito-urinaires : La paroi antérieure du *vagin* est complétement recouverte par des plaques ramollies grisâtres. — L'*utérus* est mou, friable ; ses parois sont ramollies. — Sa cavité est remplie d'une sanie ichoreuse. — Le col est ramolli et les lèvres ulcérées. — L'utérus est entouré de 5 poches kystiques qui donnaient lieu pendant la vie aux symptômes de corps fibreux sous-péritonéaux. Elles sont adhérentes au tissu de l'organe. — Deux de ces kystes sont situés sur les parties latérales; ils ont la grosseur de la tête d'un fœtus. — Un troisième est situé sur la face postérieure de l'organe — Un quatrième sur la face antérieure réunissant les deux latéraux à la façon d'un lien. — Ces kystes sont remplis d'un liquide brunâtre, visqueux dans quelques-uns. — Ils ne communiquent pas entre eux. — Leur face interne est atteinte de dégénérescence calcaire.

Vessie. Près du col, on remarque une plaque blanc-grisâtre, de l'étendue d'une pièce de 2 francs; — *ganglions* préaortiques, volumineux, blanchâtres à la coupe.

Squelette. Les trois dernières vertèbres lombaires présentent sur une coupe transversale de leurs corps des surfaces blanc-grisâtres et des points rouges, où l'on reconnait des traces d'ostéite.

Sternum. A l'union de la poignée et du manche se voit une tumeur dure du volume d'un œuf de poule, faisant saillie sur la face antérieure, et s'étendant aussi en surface sur la face postérieure de l'os ; elle s'étend latéralement jusque vers les articulations chondro-sternale. — Au niveau de la 2e vertèbre du *sacrum*, sur la face antérieure, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, molle, que la pression fait refluer vers le canal sacré.

Une coupe antéro-postérieure et médiane de l'os montre que le corps de la 2e vertèbre sacrée a complétement disparu. On voit à sa place une vaste cavité qui communique largement avec le canal sacré.

Examen microscopique fait par le Dr C. Monod, chef du laboratoire de l'hôpital des Cliniques.— Le raclage, fait 24 heures après la mort, donne un suc abondant, présentant au microscope un grand nombre de noyaux volumineux et quelques cellules intactes sans caractères spéciaux. Les coupes ont été faites après durcissement par la gomme et l'alcool, et examinées dans la glycérine après coloration avec le picro-carminate d'ammoniaque. Il n'a pas été douteux qu'il s'agissait dans ce cas de la généralisation d'un *carcinome alvéolaire vrai.* La lésion s'est toujours montrée de même nature dans les points qui ont été examinés. Nous passerons en revue les principaux résultats fournis par cette étude.

1. *Tumeur sternale.* Elle est constituée par un stroma fibreux abondant, au milieu duquel se montrent des alvéoles allongés, remplis de cellules volumineuses, à noyaux très-gros, se colorant fortement en rouge par le carmin. Par places. les alvéoles, plus considérables et plus serrés les uns contre les autres, prennent le pas sur le stroma intermédiaire et ne sont plus séparés que par des faisceaux plus ou moins minces de tissu fibreux.

Dans les points où les cellules ont été chassées au pinceau, on distingue un réticulum à travées de plus en plus fines, s'insérant d'une part sur les faisceaux de tissu fibreux qui limitent les espaces alvéolaires, s'entrecroisant d'autre part les unes avec les autres, de façon à constituer une trame élégante, à très-larges mailles, contenant encore quelques cellules non chassées.

Poumon. Sur une coupe comprenant à la fois un petit nodule cancéreux et le parenchyme pulmonaire voisin, on aperçoit, d'une part, le tissu pulmonaire, reconnaissable à la disposition caractéristique de nos alvéoles, de l'autre, le tissu pathologique de formation nouvelle. — Le premier ne présente d'autres altérations que celles de la pneumonie épithéliale, le second est de nature cancéreuse. Aux alvéoles normaux s'est substitué un tissu fibreux, creusé lui-même d'espaces cavitaires nombreux, remplis d'éléments cellulaires, véritables alvéoles carcinomateux, tout à fait analogues à ceux que présentait la tumeur sternale. — Sur la limite de ces deux ordres de lésions, on reconnait encore quelques alvéoles pulmonaires, de dimensions réduites, et séparés entre eux par des faisceaux assez épais d'un tissu conjonctif, riche en cellules, dans lequel commencent à se dessiner des alvéoles carcinomateux. Dans les points envahis par la dégénérescence carcinomateuse, on constate l'existence de vastes dilatations vasculaires.

Plèvre diaphragmatique. Des coupes faites au niveau d'un petit nodule cancéreux de la plèvre diaphragmatique et com-

prenant des parties de plus en plus épaisses de ce nodule, le montrent constitué d'abord par une très-mince couche de tissu embryonnaire, sans caractères particuliers, recouvrant la face externe de très-gros faisceaux de tissu conjonctif qui occupent toute l'épaisseur de la plèvre à ce niveau (il est probable que la coupe est faite au niveau d'un des centres fibreux du diaphragme). Plus loin, cette couche s'épaissit sans prendre encore aucun caractère spécifique ; il s'y joint seulement de très vastes dilatations vasculaires qui, par places, font saillie sous formes de houppes presque uniquement constituées par des vaisseaux dilatés. Plus loin, enfin, se voit un vrai tissu fibreux contenant des alvéoles allongés remplis eux-mêmes de cellules, présentant en un mot tous les caractères du tissu carcinomateux en voie de développement. — Les dilatations vasculaires persistent en ces points. Ces lésions se poursuivent dans les étroits espaces qui séparent les uns des autres les gros faisceaux de tissu conjonctif dont il a été fait mention ; elles prédominent toujours à leur face externe.

Foie. Triple lésion. — Une *surcharge graisseuse* énorme ; des vésicules adipeuses en grand nombre séparent les lobules hépatiques et pénètrent même dans leur intérieur. — Une *congestion extrême* ; les vaisseaux des lobules très-dilatés, remplis de globules sanguins, courent entre les cellules de l'îlot qui forment une suite de petits groupes isolés les uns des autres par les capillaires sanguins. Enfin, par places les *nodules carcinomateux*, dans lesquels dominent des travées fines, circonscrivent des alvéoles remplis de petites cellules ; dans ces points, les lobules hépatiques ont complètement disparu.

Reins. Au niveau d'une des très-petites masses blanchâtres que l'on voyait à la surface des reins, on constate, sur une coupe, qu'au tissu rénal s'est substitué un tissu alvéolaire carcinomateux. Les alvéoles très-serrés les uns contre les autres, remplis par de nombreux éléments cellulaires, ne sont séparés que par peu de tissu fibreux.

Il est difficile en étudiant les parties périphériques de cette altération de se rendre compte de la façon dont la substitution s'est faite. Le seul fait certain, c'est que, dans ces points, les tubes rénaux, qui, dans les parties saines, sont en contact presque immédiat, comme dans le rein normal, sont séparés par un intervalle appréciable comblé par des faisceaux d'un tissu conjonctif très riche en éléments cellulaires. Le tissu rénal dans les points non dégénérés contient un assez grand nombre de cylindres hyalins coupés en travers.

Utérus, vagin. Des coupes faites sur le col utérin et sur la paroi vaginale font découvrir en ces points un tissu carcinomateux alvéolaire, tout à fait semblable à celui de la tumeur sternale. On ne trouve plus trace de tissu normal.

27. Enchondrome du testicule gauche ayant affecté la marche et les allures d'une orchite chronique; par M. Zambianchi, interne.

Haoscher, 39 ans, a eu autrefois deux chancres, l'un en 1854, le second en novembre 1873, qui n'ont pas été suivis d'accidents constitutionnels; en décembre 1873, arthrite du genou gauche, peut-être blennorrhagique. En janvier 1874 le malade, qui jusque-là avait eu, d'après son dire, les testicules parfaitement sains et nullement douloureux, ressentit tout à coup, en descendant un escalier une douleur vive dans le testicule gauche; il remonta immédiatement chez lui et s'aperçut que le testicule gauche avait le double du volume normal, cette douleur fut passagère, mais depuis la tumeur augmenta peu à peu, sans aucun symptôme inflammatoire et sans provoquer de nouvelles douleurs. — Cet homme entre à Necker, service de M. Guyon Salle Saint-Jean 10, le 12 mai 1874. Il est lymphatique, mais non amaigri. — Le testicule gauche a le volume d'un œuf d'oie il est régulièrement ovoïde, sans bosselures. Ni l'épididyme ni le cordon ne peuvent être sentis, ils sont perdus dans la masse. Au-dessous, on retrouve le cordon qui a son volume normal. La tumeur est ferme, sans trace de fluctuation, excepté en avant et en bas où se trouve un point fluctuant ou tout au moins très-élastique. — La peau n'est pas adhérente, elle est rouge, mais non enflammée. Pas d'hydrocèle.

19 mai. Une ponction est faite au centre de la masse dans le but d'éclairer le diagnostic; il ne sort par la canule que quelques gouttes de sang. — 21. Poussée inflammatoire portant sur le testicule et le scrotum ; la tumeur a beaucoup augmenté de volume, fièvre, vomissements, rien du côté gauche du petit bassin; pas de péritonite. — 23. L'état est le même, les vomissements continuent.

26. Le malade a toujours la fièvre. La face antérieure du scrotum a contracté des adhérences avec la tumeur. La peau à ce niveau est rouge et amincie. — Elle cède et il sort par la fistule un pus jaunâtre.

Le genou gauche est très-douloureux ; il se développe au côté droit de la région cervicale antérieure un phlegmon superficiel.

27 mai. Cette nuit, il y a eu de l'agitation. La fièvre est modérée. — 28. On découvre un point fluctuant au côté interne du genou ; une incision donne issue à du pus sanguinolent. On craint l'infection purulente. — Les parents du malade l'emmènent chez eux le 28 mai. — A partir de ce moment l'état de cet homme s'améliore et l'on voit la santé générale se rétablir; cependant la tumeur continue de grossir ; l'ouverture fistuleuse de l'abcès s'élargit et livre passage à un gros champignon ; les adhérences du scrotum s'étendent.

15 juillet. M. Guyon pratique la castration. A ce moment l'état général est satisfaisant. Le malade a repris de l'embonpoint, quoique pâle. La tumeur est plus grosse que le poing; elle adhère presque partout au scrotum. Un énorme champignon sanieux, grisâtre, saignant facilement, fait saillie à la partie antérieure à travers une ouverture circulaire du scrotum large comme une pièce de 5 francs. Deux autres champignons, plus petits, ont aussi ulcéré la peau au-dessus et au-dessous du précédent. La dissection est laborieuse; on évite d'ouvrir la tunique vaginale droite. Le cordon qui est gros comme le pouce et dont les éléments ne sont pas distincts, est lié en masse. — La réunion de la plaie se fit bien. La ligature tomba au bout de 7 jours ; aujourd'hui 28 juillet la guérison de la plaie touche à sa fin.

Examen de la tumeur. En faisant une coupe d'avant en arrière on voit que le testicule forme une masse grosse comme un œuf entourée par les tuniques adhérentes et épaissies. L'aspect est encéphaloïde; masse jaune rougeâtre, ramollie par places, présentant çà et là des grains de pigment. La tunique albuginée participe à la néoplasie. — On sépare avec peine la tunique vaginale très-épaisse et dont les 2 feuillets sont adhérents. Les autres tuniques sont aussi épaisses et adhérentes. Le cordon et l'épididyme sont perdus dans la masse.

Examen microscopique. (Rendu et Coyne.) Masse de tissu fibreux et embryonnaire présentant çà et là des îlots de cartilage. Les cellules cartilagineuses sont pressées les unes contre les autres et il y a pas de substance fondamentale. — Les îlots, encore petits, se montrent au centre des canaux glandulaires à mesure qu'ils grossissent, ils écartent la substance embryonnaire qui les environne.

28. Sarcome kystique du sein; par M. Zambianchi, interne.

Cette tumeur a été enlevée ces jours derniers à une femme de 49 ans, entrée dans les salles de M. Guyon, à l'hôpital Necker. — Cette malade n'offre aucun antécédent héréditaire et elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle a été et est encore menstruée régulièrement. Elle a eu 5 enfants, le dernier il y a 14 ans. — Il y a dix ans, elle s'est aperçue qu'elle avait en dehors du mamelon droit une petite grosseur du volume d'une noix roulant sous la peau, douloureuse à la pression et spontanément. De temps à autre, tous les mois, tous les 2 mois un liquide rosé s'écoulait par le mamelon. Ni les douleurs ni l'écoulement n'augmentaient au moment des règles. — La tumeur resta longtemps stationnaire. Il y a 5 ans, elle grossit et devint fluctuante; une incision donna issue à un liquide sanguinolent, et se referma. Il y a 2 ans, la tumeur devint énorme, une ponction au bistouri en fit sortir près d'un litre de liquide couleur lie de vin. On plaça des mèches dans l'ouverture qui depuis cette époque est restée fistuleuse; l'ouverture, située en dehors du mamelon, devint bourgeonnante.

Etat actuel (15 mai 1874). — Tumeur volumineuse, déve-

loppée dans la partie du sein qui est au-dessous du mamelon droit; elle paraît constituée par des poches flasques, incomplétement remplies; à côté de ces poches on constate de petites tumeurs dures et arrondies. La tumeur n'est pas adhérente aux parties profondes. La peau n'est adhérente qu'à la partie antérieure, autour d'un champignon ulcéré qui se trouve à 5 centimètres au dehors et un peu au-dessous du mamelon et qui correspond à l'incision faite il y a deux ans; c'est par là que depuis cette époque se fait l'écoulement; il ne suinte plus rien par le mamelon. Pas de douleurs, pas de ganglions axillaires. Rien dans le sein gauche, l'état général est très-bon.

Ablation le 24 mai. — On trouve la tumeur très-adhérente en certains endroits; ailleurs elle s'énuclée facilement. La *tumeur* est composée principalement de trois poches kystiques assez vastes, remplies d'une bouillie rougeâtre, ces kystes présentent une paroi fibreuse, lisse, à laquelle sont appendus de gros bourgeons fongueux et saignants; une partie de ces bourgeons s'est détachée et nage dans le liquide. — Autour de ces grands kystes, on trouve une certaine quantité de noyaux dont les uns sont constitués uniquement par du tissu de bourgeons charnus, d'autres sont en partie transformés en kystes dont le contenu est ici jaunâtre, là rougeâtre. — La plaie était très-vaste; on la pansa au chloral. — La malade sortit guérie vers le 15 juillet.

Examen microscopique, par MM. Rendu et Coyne. La tumeur présente sur une coupe d'ensemble un aspect fort irrégulier : c'est une sorte de tissu aréolaire, anfractueux, creusé d'innombrables vacuoles. — Sur certains points où le développement de la tumeur commence, on peut s'assurer que ces vacuoles sont constituées par des culs-de-sac glandulaires contournés et disposés en arborisations compliquées. — Le contenu de ces culs-de-sac est formé de cellules épithéliales ayant pour la plupart subi la dégénérescence colloïde, quelques-unes graisseuses, de sorte que dans le centre du cul-de sac, elles sont détruites et transformées en une sorte de bouillie. De là l'apparence kystique qui se retrouve à un haut degré dans les poches plus anciennes de la tumeur.

Autour de ces culs-de-sac se trouve du tissu fibreux, tantôt pur, tantôt mêlé à des traînées d'éléments embryonnaires, suivant l'âge des portions de tumeur que l'on examine. Ces productions de tissu embryonnaire forment en quelques points des amas qui obstruent presque complétement les canalicules glandulaires et ne sont peut-être pas étrangères à la formation des kystes.

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur le mécanisme de la production de cette tumeur, qu'on la considère comme une tumeur kystique développée primitivement par dégénérescence des culs-de-sac glandulaires, ou consécutivement, par suite de l'oblitération des conduits galactophores par les éléments embryonnaires, il n'en ressort pas moins un fait évident, c'est qu'il s'est produit dans le tissu de la glande un double travail : l'un, intéressant le tissu conjonctif interglandulaire, l'autre la glande elle-même. Le tissu conjonctif se multipliant et proliférant a découpé les acini mammaires en une foule de culs-de-sac inégaux, irréguliers et anfractueux qui donnent à la coupe un aspect caverneux et aréolaire : les culs-de-sac eux-mêmes ont subi une dégénérescence qui a abouti à la formation des cavités kystiques.

29. Tuberculisation bronchique et pulmonaire, ayant donné lieu à des phénomènes de compression des veines caves; Carie de la 3e côte; symphyse cardiaque. — Ulcérations tuberculeuses de l'estomac, ayant amené la mort par hématémèse; par M. Lorey, interne des hôpitaux.

Lalanne Paul, 22 ans, ajusteur, entre le 17 juillet 1874, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Millard, et meurt le même jour.

Bons antécédents de famille et aucune maladie antérieure, jusqu'au mois de décembre 1873, où il entre à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille pour une *bronchite*. Il sort amélioré le 1er mars 1874. Mais au commencement du mois d'avril, il a deux hémoptysies abondantes, il rentre à l'hôpital Saint-Sauveur, on le renvoie en convalescence dans son pays, le 29 juin. En arrivant à Paris, à la descente du chemin de fer, il est pris d'un vomissement de sang abondant. On le transporte d'urgence à l'hôpital Lariboisière.

A son arrivée, le malade a encore deux hématémèses considérables : il rejette un sang noirâtre, abondant, comparable à de la suie délayée.

Etat général mauvais : Face grippée, amaigrie et regard inquiet. Teinte subictérique des conjonctives, dyspnée considérable. Les veines du cou, surtout les jugulaires externes, sont gonflées, distendues, saillantes.

L'examen du malade révèle un développement notable du ventre et ascite. Le foie est hypertrophié et a pris un énorme développement, il dépasse de cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes. La matité a une hauteur de 23 centim.; œdème généralisé des membres inférieurs.

Du côté des poumons, submatité aux deux sommets en arrière. Râles sous-crépitants humides, disséminés, surtout en arrière, ni toux, ni expectoration. En un mot aucune lésion grave en rapport avec la dyspnée du malade. Matité précordiale étendue; on perçoit confusément les bruits du cœur, qui sont obscurs et mal frappés. A la pointe, on trouve un bruit de souffle sourd et mal défini, sans prolongation du côté de l'aisselle. Pouls petit, *régulier*, filiforme, 124. Langue humide, sale, jaunâtre, pas de diarrhée.

On diagnostique : « Une affection cardiaque, mitrale probablement, avec congestion énorme du foie, œdème des membres inférieurs, ascite, etc... » Traitement approprié. Le malade meurt *une heure* après la visite.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — I. Toute la cavité du petit bassin est remplie par un liquide jaune-citron, abondant. — L'intestin et le péritoine paraissent sains. — Le foie est énorme, en voie de dégénérescence graisseuse. C'est absolument le foie de maladies du cœur, à leur dernière période. — Rate, volumineuse, congestionnée, se laisse facilement réduire en bouillie. — L'estomac a ses parois épaissies. La muqueuse est congestionnée, ecchymotique, présentant çà et là, sur les éminences mamelonnées, de petites ulcérations, surtout nombreuses au niveau de la paroi postérieure. L'examen histologique fait par M. Liouville a permis de constater que ces ulcérations étaient d'origine tuberculeuse, les parois de l'estomac étaient envahies par les tubercules.

Cavité thoracique. — Plèvre droite adhérente dans toute son étendue; — en cherchant à la décoller, on tombe dans un vaste abcès, constitué par un pus granuleux, caséeux, et avoisinant une carie de la 3e côte, au niveau de son angle antérieur. La carie n'intéresse que la face interne de la côte, dans une étendue de 4 centim. — Les sommets des poumons présentent des masses tuberculeuses notables. La partie centrale et la base des poumons, n'en offre pas. Au niveau de la base gauche plusieurs foyers superficiels d'apoplexie pulmonaire. — Entre les deux poumons, on trouve une tumeur ganglionnaire énorme. Le cœur et les vaisseaux sont englobés dans la masse. Le péricarde est épaissi, dégénéré, traversé par les ganglions tuberculeux, les deux feuillets de la séreuse sont adhérents. La symphyse cardiaque est totale et complète. — Les veines caves sont comprimées. La trachée comprimée est déviée à gauche, les bronches sont intactes et tous les nerfs avoisinants sont rejetés en arrière de la masse et échappent ainsi à la compression.

30. Nécrose syphilitique du pariétal : méningo-encéphalite consécutive et abcès du cerveau; par M. Remy, interne.

M. Remy présente les pièces provenant d'une femme syphilitique morte dans le service de M. Blachez. Cette femme avait contracté la maladie en janvier 1873 : à la suite, elle eut de la roséole et des plaques muqueuses: rien n'annonçait une syphilis maligne ulcéreuse. En juillet, la muqueuse nasale s'ulcéra, le lobule du nez se détruisit, il se fit une périostose du pariétal. En dépit du traitement les accidents progressèrent, et une large nécrose se forma sur le pariétal droit. La malade devint somnolente, elle eut des accès de contracture dans le bras gauche, puis tomba dans un coma interrompu par des crises épileptiformes.

L'autopsie fit voir qu'il existait, au-dessous du séquestre, une pachyméningite avec perforation de la dure-mère, qui

communiquait avec un abcès du cerveau contenant un pus gangréneux. Simultanément il existait de la périostite ulcérée du tibia. On ne trouva de productions gommeuses dans aucun viscère.

M. HOMOLLE fait remarquer que les accidents graves ulcéreux du système osseux n'ont été précédés par aucune manifestation ulcéreuse du côté de la peau. Il observe également que dans le cas actuel on ne peut invoquer pour expliquer la précocité des accidents, ni l'insuffisance du traitement, ni l'abus des préparations mercurielles, car cette malade a presque uniquement été soumise à la médication par l'iodure de potassium.

M. LACOMBE. Beaucoup de ces syphilis malignes se rencontrent chez des sujets scrofuleux: mais ici, comme l'a dit M. Remy, la malade n'était point scrofuleuse, c'est un point de l'observation qu'il est important de relever.

31. Invagination intestinale; par M. CADIAT, interne des hôpitaux.

M. CADIAT présente un exemple d'invagination intestinale survenu dans des circonstances qui ont rendu le diagnostic très-difficile. La malade qui en était atteinte fut prise, il y a quinze jours, de vomissements alimentaires incoercibles, et l'on crut d'abord qu'elle avait un étranglement interne. Sous l'influence d'un purgatif, le cours des matières se rétablit, et il survint une diarrhée qui persista jusqu'à la mort de la malade. Dans les derniers jours de la vie, il existait une douleur fixe aux environs de l'ombilic et l'on sentait une tumeur qui siégeait à peu près à ce niveau, mais à gauche de l'ombilic.

L'AUTOPSIE fit voir qu'il s'agissait d'une invagination des dernières portions de l'intestin grêle dans le cœcum et le colon ascendant. L'obstruction intestinale n'était pas complète.

M. HOUEL. Cette observation ne s'écarte pas autant du type habituel des invaginations intestinales que le croit M. le présentateur. Bien qu'à *priori* la tumeur semble devoir siéger toujours dans la fosse iliaque droite, c'est un fait d'observation qu'elle se rencontre presque aussi fréquemment à gauche, près de l'ombilic. Relativement à l'absence de vomissements fécaloïdes elle s'explique parfaitement, car l'intestin continuait à être perméable. Les vomissements fécaloïdes se rencontrent surtout dans les cas d'étranglement vrais, siégeant à la portion supérieure de l'intestin grêle.

M. CADIAT. Sans doute les lésions anatomiques sont en rapport avec les phénomènes cliniques observés, mais ceux-ci n'en étaient pas moins d'une interprétation difficile; car il n'est pas logique de songer à une obstruction intestinale chez une malade qui n'a point de vomissements et dont le symptôme principal est de la diarrhée, surtout quand cette diarrhée n'a jamais été sanguinolente.

32. Pachyméningite spinale caséeuse: localisation des foyers caséeux dans les espaces lymphatiques; par le Dr V. CORNIL, médecin des hôpitaux.

M. CORNIL met sous les yeux de la société des préparations de dure-mère atteinte de pachyméningite caséeuse.

Sur une première série de pièces, recueillies chez un homme mort de mal vertébral, on remarque, au milieu du tissu fongueux décrit par M. Michaud, de petits espaces lacunaires remplis de pus concret, visibles à l'œil nu; sous le microscope, ces lacunes sont remplies par de grosses cellules épithéliales, irrégulièrement disposées, et ayant subi une dégénérescence granulo-graisseuse. Il ne s'agit pas ici de cellules de pus, mais bien d'une prolifération endothéliale.

Dans une seconde série de pièces, recueillies récemment sur une malade de la Charité qui n'avait point de mal de Pott, on peut voir les détails suivants.

La dure-mère est très-épaissie: un tissu végétant tapisse sa face interne et aussi ses couches les plus externes. Au milieu de ce tissu, comme dans le cas précédent, on voit des espaces remplis de matière caséeuse et puriforme. Mais ce qu'ils présentent de remarquable c'est une disposition lobulée et ramifiée, qui rappelle la distribution des vaisseaux lymphatiques. Au premier abord sur une coupe, on pourrait croire à des granulations tuberculeuses, mais à un examen plus minutieux, il est facile de voir que ce ne sont pas de véritables granulations, car les éléments agglomérés qui les constituent ont subi une dégénérescence identique au centre et à la périphérie, ce qui n'est pas le fait des productions tuberculeuses. Sur d'autres points de ces foyers caséeux, on peut se rendre compte que les éléments qui tapissent les cavités lacunaires sont de grosses cellules épithéliales ayant subi par place une dégénérescence colloïde.

De ces particularités, M. Cornil croit pouvoir conclure que ces foyers caséeux occupent l'intérieur de cavités lymphatiques, et qu'il s'agit là par conséquent de pachyméningites compliquées de lymphangite caséeuse.

M. CHARCOT. Pour affirmer cette lymphangite, il faudrait avoir des notions plus exactes que celles que nous possédons sur la distribution des vaisseaux lymphatiques de la dure-mère. Dans toute méningite chronique hypertrophique, on rencontre des lacunes du même genre sans que l'on puisse affirmer qu'elles appartiennent à de véritables espaces lymphatiques. S'il en est ainsi, ce sont des vaisseaux lymphatiques de nouvelle formation qui se développent en même temps que les bourgeons charnus dont est constituée la majeure partie du nouveau tissu.

33. Anévrysme de l'aorte; par le Dr MAURICE RAYNAUD, médecin des hôpitaux.

M. RAYNAUD montre un anévrysme de l'aorte intéressant à plusieurs titres. On sait, en effet, que M. Marey a émis la théorie que l'insuffisance aortique survenait secondairement aux anévrysmes, par le fait du choc en retour de la masse sanguine sur les valvules sigmoïdes. Or, sur la pièce actuelle, ces valvules, ainsi que l'orifice aortique, sont absolument saines, il n'y a même pas d'hypertrophie cardiaque. La lésion reste exclusivement circonscrite à la crosse de l'aorte: en amont, près de l'infundibulum, tout comme en aval, au-dessus de la branche gauche, la paroi interne de l'aorte est lisse, et la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades est d'une netteté parfaite.

L'anévrysme lui-même présente deux larges dilatations ampullaires, l'une au niveau de l'origine du tronc brachiocéphalique, l'autre à la terminaison de la crosse, c'est-à-dire aux points de réflexion du cours du sang. En ces régions, il existe de nombreuses plaques d'athérome, la membrane interne de l'aorte a disparu en partie, des caillots stratifiés tapissent le fond de la poche. L'artère carotide gauche est complétement oblitérée par ces caillots.

Le siége de la 2e poche anévrysmale avait pu être diagnostiqué sur le vivant, à cause de l'aphonie qui résultait de la compression du nerf récurrent. L'examen laryngoscopique avait fait voir une paralysie complète de la corde vocale gauche.

Les autres artères ne présentaient pas de traces d'athérome: aussi M. Raynaud pense-t-il que le point de départ de l'affection a été une aortite aiguë, qui paraît s'être développée dans le cours ou à la suite d'un eczéma aigu.

34. Expulsion d'un germe humain de trois semaines.

M. LONGUET fait voir un œuf humain expulsé par une malade de son service dont les dernières règles ont eu lieu il y a trois semaines, ce qui assigne à la grossesse une date de quinze jours environ. On voit sur un point du placenta, un embryon qui mesure cinq millimètres de longueur, et qui est surmonté par la vésicule ombilicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1875. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

M. PANAS présente au nom d'un médecin d'Alexandrie un cas de tétanos traumatique à marche lente, guéri par le chloral, administré à l'intérieur, associé aux inhalations de chloroforme. Ce tétanos a ceci de particulier qu'il est survenu à la suite de l'application d'un cautère à la jambe.

M. POLAILLON à propos de la communication faite par M. Trélat dans la dernière séance sur l'extraction du calca-

néum, rapporte un cas d'opération semblable qu'il a pratiquée en 1869 avec l'aide de M. Dolbeau. L'os fut très-difficile à énucléer, il se brisa en plusieurs morceaux. L'articulation astragalienne fut ouverte ; la malade succomba à l'infection purulente. M. Polaillon est partisan de l'extraction du calcanéum chez les enfants, mais chez les adultes il préfère l'amputation.

M. Després lit un rapport sur un cas d'oblitération des narines survenue à la suite de la variole chez un enfant arabe âgé de 10 ans. Comme particularité le chirurgien rencontra sur la cloison du côté droit une tumeur sanguine dont l'excision pendant l'opération détermina une hémorrhagie abondante.

M. Terrier fait un rapport sur un appareil pour la consolidation des fractures de la rotule présenté par M. Nelson Baudrier. C'est un appareil inamovible sur lequel on pratique une ouverture au niveau de la rotule, on perce des trous sur les bords supérieur et inférieur de cette ouverture et des lacets que l'on y passe permettent d'appliquer fortement la rotule sur l'articulation tout en rapprochant les fragments.

M. Larrey dit que l'application de ces appareils aux fractures de la rotule n'est pas nouveau et qu'il a obtenu par leur usage une consolidation avec cal osseux.

M. Després prétend que s'il y a un grand épanchement dans l'articulation, la formation du cal osseux ne se fait pas ; et M. Labbé trouve qu'il est extrêmement difficile d'affirmer cliniquement la formation d'un cal osseux. Il croit d'ailleurs que ces cals sont bien rares. — M. Houel a des pièces au musée Dupuytren qui ne permettent aucun doute sur leur existence.

M. Duplay fait un rapport sur deux travaux adressés par M. Darin. Ce sont plutôt deux compilations que des travaux originaux : le premier a pour sujet l'otiatrique, le second *l'étude comparée des divers anesthésiques.* Il appuie surtout sur le protoxyde d'azote, fort employé actuellement en Amérique Ce gaz n'agirait pas par asphyxie, ainsi qu'on l'a prétendu, car l'auteur affirme que les animaux peuvent vivre d ns une atmosphère de ce gaz et que les graines y germent. Son action serait même supérieur à celle de l'éther ou du chloroforme. Un chirurgien américain a anesthésié ainsi *soixante-sept mille* personnes sans aucun accident. Il serait facile de trouver en Amérique 300,000 observations d'anesthésie par le gaz hilariant. Cette anesthésie n'est pas seulement momentanée comme celle qu'obtiennent les dentistes, mais elle peut être prolongée fort longtemps, tellement que M. Sims, dans une opération d'ovariotomie qui a duré 1 heure et demie, ne s'est pas servi d'autre anesthésique. L'auteur désirerait que cette question fut traitée de nouveau devant la Société de chirurgie. C'est aussi l'avis de M. Duplay.

Une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres, s'engage à ce sujet; il en ressort : 1° Que le protoxyde d'azote agit bien par asphyxie ; 2° que l'éther est peut-être trop négligé à Paris et qu'il serait bon d'y revenir ; 3° que cette question mérite une attention toute spéciale de la part de la Société ; 4° qu'une commission, vu l'organisation de la Société, ne saurait être nommée pour l'examiner, mais qu'il vaut mieux s'en rapporter à l'initiative personnelle. la discussion aura lieu quand il y aura un assez grand nombre de faits réunis. I. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE (1)

IV. Mémoires sur l'extraction linéaire externe, simple et combinée de la cataracte ; par le docteur Raphael Castorani, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Naples. Germer-Baillière, éditeur, 1874.

V. Etudes sur le symblépharon et les moyens d'y remédier ; par J. M. Clech, Paris, 1874, Th. n° 48.

VI. Des troubles du corps vitré et de leur traitement par les courants continus ; par H. Carnus. Paris, 1874, thèse n° 31.

IV. Ce travail contient la description d'un nouveau procédé d'extraction de la cataracte et une statistique importante des résultats fournis par la méthode entre les mains de son auteur. Ayant cru remarquer que dans les kératites, le côté externe était en général moins souvent attaqué, M. Castorani taille son lambeau en dehors, et, comme chaque opérateur, connaît mieux ses instruments que ceux des autres, il a fait aussi construire des élévateurs, une pince fixatrice et un couteau triangulaire (38, 31, 11), légèrement courbé sur le plat de haut en bas. La ponction se fait à 1 millim. en dehors de la cornée. L'opérateur enfonce la lame suivant un diamètre allant du quart supérieur au troisième quart inférieur ; mais il ne contre-ponctionne pas ; l'instrument doit décrire alors un demi-cercle et couper de haut en bas la cornée jusqu'au point inférieur du diamètre vertical. Ce premier temps exécuté, la cataracte est extraite suivant les règles ordinaires; mais M. Castorani affectionne plus spécialement l'extraction dans la capsule avec la cuvette.

C'est à propos de ce dernier temps opératoire, si riche en perte du corps vitré, que nous trouvons l'assertion suivante classée parmi les avantages du procédé : « Si l'humeur vitrée sort en partie ou en totalité, l'œil reprend son volume ordinaire sans que la fonction visuelle soit altérée » et plus loin (page 16), « souvent la membrane hyaloïde s'ouvre, alors il peut sortir de l'humeur vitrée. Cette sortie est avantageuse au malade. *Parfois, j'ai fait sortir de l'humeur vitrée exprès pour prévenir l'inflammation qui aurait pu se déclarer.* »

Nous laissons au professeur de Naples la responsabilité de ces principes, mais nous aurions désiré en trouver la justification par plus de détails dans ses 245 observations fort incomplètes. L'auteur résume ainsi ses opérations :

Cataractes opérées........	391	
Insuccès complets.........	26	
Succès opératoires.........	365	c'est-à-dire 6, 64 0/0 d'insuccès.

Mais, d'autre part, nous trouvons à l'article « *terminaisons* » :

Vision très-médiocre.......	2
Nulle ou presque nulle à cause de l'altération des membranes internes......	14
Atrophie de l'œil.........	25
Incomplète...............	1
Cataracte pseudo-membraneuse complète..........	8
Atrésie pupillaire.........	3
	53

C'est-à-dire 53 insuccès définitifs ou 13 0/0 ; et encore les observations citées dans ce mémoire sont-elles insuffisantes le plus souvent par l'absence de précision sur l'état de l'acuité visuelle. En résumé, ce procédé, plus difficile d'exécution que celui de de Græfe modifié, expose surtout à l'issue du corps vitré si on y joint l'extraction dans la capsule avec la cuvette. Jusqu'à plus ample démonstration, nous considérerons ce dernier fait comme une complication peu désirable dans l'opération, et nous ne la proposerons point comme mesure prophylactique contre un phlegmon probable.

V. Cette thèse contient la description des procédés de Pridgni Realc, de Wolfe de Glascow et de Wecker pour l'opération du symblépharon. Au lieu de l'ancienne méthode qui consistait en une simple dissection de l'adhérence et en une suture de deux lambeaux conjonctivaux amenés par glissement, Teale de Londres avait pris un lambeau sur la partie saine du bulbe, lui faisait décrire une évolution en avant de la cornée et réunissait par des points de suture. M. Le Dentu, employant ce procédé, n'a pu réussir dans un cas de symblépharon.

La méthode de la greffe conjonctivale de Wolfe, plus soigneusement exécutée par de Wecker, consiste à prendre un lambeau de conjonctive sur un lapin et à le transplanter sur l'homme. Des sutures sur chaque bord, dans le cul-de-sac conjonctival rétablissent assez bien, momentanément, l'apparence de la muqueuse. Wecker a pu parce moyen placer un œil artificiel sur un moignon atteint de symblépharon ; le cul-de-sac muqueux s'était refermé.

De nouvelles observations sont toutefois nécessaires pour

(1) Voir le n° 1 du *Progrès médical*.

juger cette greffe conjonctivale qui a cependant pour elle l'innocuité et surtout l'espérance de guérir une affection jusqu'ici l'écueil de la chirurgie oculaire ; mais cette méthode demande mille précautions et avant tout une habileté opératoire secondée par les meilleurs instruments.

VI. Ce travail, né dans la clinique spéciale d'un des hommes qui s'occupent le plus à Paris de l'emploi de l'électricité en médecine, nous a vivement intéressé et nous l'analyserons scupuleusement. Après un exposé anatomique de la structure de la hyaloïde et du corps vitré, l'auteur divise, d'après Wecker, les troubles de cette dernière humeur en troubles dus 1° à l'inflammation des membranes ; 2° aux hémorrhagies ; 3° aux influences chimiques et de l'air. Toutefois, il préfère les étudier suivant qu'ils sont à l'état de corps flottants membraneux, filamenteux ou en flocons de toile d'araignée.

Dans cette première partie, M. Carnus, s'est donc plutôt attaché à l'apparence des lésions qu'à leur cause réelle, qu'il n'a pas même cherché à élucider. Cette absence de notions étiologiques et pathologiques se fera ressentir sur le but final de cette thèse.

Pour l'auteur, toutes les médications, sinon les courants continus, sont sans résultats ! Voyons ce qu'a fourni l'électricité. Nous avons là sept observations empruntées à la clinique de M. Onimus, et parmi celles-ci deux doivent être écartées comme ne rentrant pas dans le sujet. Les cinq restantes donnent une moyenne de traitement de 49 jours avec trois guérisons incomplètes!

M. Carnus rappelle avec raison les beaux travaux d'Onimus et Legros sur les courants, sur leur action sur la circulation et la nutrition et termine en nous présentant deux faits curieux. Le premier a trait à la contraction des vaisseaux de la rétine sous l'influence de l'électrisation du ganglion sympathique ; le deuxième nous apprend que l'application des courants continus sur l'œil peut être suivie de congestions oculaires. — La première expérience a besoin d'être répétée ou tout au moins d'être mieux déterminée dans ses détails, car nous l'avons répétée en vain sur plusieurs malades en nous servant même de l'ophthalmoscope binoculaire avec lentilles grossissantes pour mieux saisir le changement de volume.

Quant au deuxième fait, celui de la congestion oculaire après l'application d'un courant continu, il porte avec lui le plus haut enseignement. Sur un de nos malades, au Val-de-Grâce, nous avons constaté un accident analogue, non-seulement sur l'œil porteur de corps flottants, mais encore sur l'œil du côté opposé ; un autre malade a présenté des phénomènes de vision d'étincelles pendant douze heures, après cinq minutes de courants continus à trois éléments.

L'électricité en courants même continus, à trois ou quatre éléments, n'est donc pas douée d'une immunité absolue, et loin de guérir les troubles du corps vitré, elle peut augmenter l'inflammation de cette humeur. C'est encore un fait à ranger à côté de la récente découverte de M. Vulpian, lequel vient de démontrer qu'il n'est pas de meilleur moyen qu'un courant induit pour arrêter en une demi-seconde et *pour jamais* les mouvements du cœur sur le chien.

Quant aux troubles du corps vitré, nous pensons, en effet, que quelques-uns sont solubles par les courants continus ; mais ces opacités de l'humeur transparente sont le résultat de plusieurs maladies des membranes, depuis la rétinite pigmentaire jusqu'à la choroïdite rhumatismale simple, et c'est pour n'avoir pas étudié ces différences d'origine que le travail de M. Carnus nous paraît être plutôt un essai particulier qu'un résumé de la clinique de M. Onimus, auxquels ces désidérata n'ont pu certainement échapper.

PONCET (de Cluny.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par Michel PETER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Un fort volume de 817 pages, chez Asselin, lib.-éditeur.

Nous sommes en retard avec le livre de M. Peter; nous l'avons lu et relu, et, oserons-nous l'avouer, nous avons encore de la peine à nous former une opinion. A côté de descriptions pittoresques, de leçons entraînantes, on trouve des théories anatomo-pathologiques hasardées, des idées scientifiques extraordinaires; emporté parfois par le piquant de l'expression, par la nouveauté de l'hypothèse, le lecteur se laisse séduire; revenant bientôt à la réalité, il se retrouve étonné, hésitant, en face d'une œuvre personnelle, trop personnelle peut-être, se demandant si là rellement est la vérité, ou si l'auteur, impatient, ne se précipite pas, guidé par sa seule intelligence, dans des sentiers inexplorés où on ne peut avancer que pas à pas, appuyé sur les données d'une sérieuse investigation scientifique.

Les maladies du cœur, qui commencent le volume, comprennent 14 leçons et n'occupent pas moins de 272 pages. Pour l'auteur, les affections du cœur forment une espèce de cercle morbide qui commence et finit au cœur. Le point de départ, c'est la lésion d'un orifice ou d'une valvule; c'est une lésion matérielle, entraînant des troubles matériels. L'organe qui lance le sang d'une façon aveugle, est troublé dans son fonctionnement, et la conséquence toute physique de cette lésion, c'est un trouble de la circulation. Il y a donc une première phase de la maladie du cœur qui est exclusivement physique, où il n'y a que des troubles de la circulation, se manifestant surtout par des palpitations.

Mais ces troubles physiques finissent par déterminer des altérations matérielles dans les tubes qui reçoivent le sang, mal lancé par cet organe altéré. De là, la diminution et plus tard la perte de l'élasticité, et de la contractilité artérielles ; de là encore la perte de l'activité fonctionnelle des muscles vasculaires et par suite la *tendance* à la congestion se manifestant surtout et d'abord du côté du poumon.

Mais un poumon ne peut être continuellement engorgé, du moins dans sa partie la plus déclive, sans que la fonction de l'hématose ne soit elle-même compromise, de manière qu'une nouvelle phase apparaît, la phase des accidents chimiques ou phase des troubles de l'oxygène du sang. Il y a alors, non-seulement trouble de la circulation, mais trouble de l'hématopoïèse; il y a engorgement des viscères, du foie, de la rate, du pancréas, du tube digestif, et par conséquent, trouble dans les fonctions de chymification, d'absorption, d'assimilation. A la fin de cette période, on tombe dans la phase terminale, celle de la cachexie, où il y a, non-seulement dégénérescence des organes, mais dégénérescence des vaisseaux.

En résumé, pour M. Peter, un malade qui succombe à une affection du cœur, succombe bien moins encore à l'altération de son cœur qu'à celle de son sang; il ne succombe pas à une *asystolie*, mais à une *asynergie générale*, c'est-à-dire que, dans son organisme altéré, rien ne vaut plus rien, aucune molécule de son être n'est bonne et l'individu finit alors par le fait de l'altération de tous ses organes et de leur impuissance à fonctionner.

Qu'y a-t-il de véritablement neuf, de véritablement personnel dans cette conception des affections cardiaques? M. Peter a-t-il véritablement, comme il l'écrit, substitué une doctrine plus complète des maladies du cœur, dont les accidents auraient pour origine l'asthénie du système vasculaire, et pour terminaison une asynergie graduellement généralisée, l'altération des vaisseaux et la gêne circulatoire consécutive entraînant un double dommage: pour l'organe par mal-nutrition, pour l'organisme par trouble fonctionnel de l organe le plus spécialement lésé?

Cette théorie n'est-elle pas généralement adoptée? Les cliniciens s'en tiennent-ils maintenant à l'opinion de Beau, qui disait que l'asystolie est le résultat d'une contraction plus ou moins incomplète d'une ou plusieurs cavités du cœur? Non; pour la plupart des pathologistes, le mécanisme pathogénique des affections du cœur n'est pas lettre close; Rigal, dans sa thèse, émet des idées qui nous paraissent être à peu près celles de M. Peter; d'un autre côté, voici ce qu'écrit M. Raynaud à ce sujet, dans un article justement estimé :

« Pour se rendre compte du mécanisme pathologique par lequel se produisent les altérations, les explications ne font pas défaut. Mettons en premier lieu le ralentissement du cours du sang qui doit avoir pour conséquence, dans les poumons, une hématose incomplète, dans les capillaires généraux, un amoindrissement de l'énergie des échanges nutritifs. Un point important,

c'est le fonctionnement nécessairement incomplet des organes hématopoïétiques, parmi lesquels le foie, et presque certainement aussi la rate, occupent le premier rang. L'état permanent des congestions et d'infiltration œdémateux du tissu de ces viscères diminue, à u'en pas douter, la part qu'ils prennent à la crase sanguiue.

Mais ce u'est pas tout, le sang vicié rend les sécrétions imparfaites; celles-ci, à leur tour, ne remplissent plus qu'imparfaitement leur rôle, et il est impossible que la nutrition ne pâtisse pas de l'altération des liquides récrémentitiels. On tourne ainsi dans un véritable cercle vicieux, chaque effet devenant cause, à son tour, et chaque jour apportant, avec une aggravation nouvelle, une aptitude moindre à la résistance.

Ces facteurs multiples donnent naissauce à un état complexe de déchéance organique, auquel Andral donne le uom de *cachexie cardiaque*, uom qu'il faut conserver, parce qu'il exprime une idée parfaitement juste et surtout parfaitement pratique. Si ce résultat est complexe, il est frappant par sa physiouomie, et il a une haute valeur pronostique, parce qu'il est l'agent le plus immédiat de la terminaison fuueste.

M. Peter n'admet pas de lésions compensatrices; pour lui, ces lésions sont plutôt un mal qu'uu bien; il faut, par conséquent, s'opposer à leur développement. L'argumeutation de l'auteur ne nous a pas convaincu; « ce n'est pas pour *lutter*, mais parce qu'il lutte, dit-il, que le cœur s'hypertrophie; ce n'est pas l'hypertrophie de cet organe qui est compensatrice, mais sa contractilité, de sorte que, lorsque celle-ci s'amoindrit ou s'épuise, la compensation diminue ou fait défaut, si considérable que puisse être d'ailleurs l'hypertrophie. » — Les choses se passent-elles réellement ainsi? Evidemment l'élasticité et la coutractilité sont deux agents de compensatiou; mais lorsque la contractilité ne suffira plus, l'accroissement de la substance musculaire augmeutera le taux de l'activité cardiaque; en un mot, on verra se produire la dilatation et l'hypertrophie, deux moyens essentiels de compensation, qui n'empêchent pas le malade de mourir, mais qui retardeut certainemeut sa perte.

Après ces leçous sur les affections du cœur, vieunent quelques leçons sur les rétrécissemeuts, sur l'endartérite et sur les dégéuérescences artérielles. Pour notre auteur l'histoire pathogénique de l'endartérite se résume eu trois mots: *choc, fatigue* et *usure*; pour lui, eu effet, les fonctious de l'endartère sont physiques, sa texture est en rapport avec ces fonctions et alors les actious d'ordre physique déterminent une usure plus rapide et des lésions corrélatives plus profondes là où le choc subi par la paroi artérielle est plus considérable. Or, ce choc est plus fort là où il y a plus de mouvement, là où l'ondée sanguine change de direction, là où elle vient se briser; de là, les lois appelées par M. Peter, lois des *diamètres*, loi des *courbures*, loi des *éperons*. A ce propos, l'auteur traite avec un grand luxe de détails les conséquences de ces lésions sur la circulation et la nutritiou, et essaie, en même temps, de faire la part de l'état général de l'orgauisme, eu forçant peut-être un peu l'aualogie qui existe entre la vieillesse et les diathèses.

Vienneut ensuite le rhumatisme, l'endocardite, les points de côté, la pleurésie et les pleurétiques. Dans les signes physiques de la pleurésie, nous signalerous l'iufluence que M. Peter donne à ce qu'il appelle la *courbe* de Damoiseau, qui n'est autre que la ligne de coutour de la matité. Si cette courbe persiste dans les différeutes positious que l'on fait prendre au malade, cela iudique que l'épanchement est plus fibriueux que séreux, et le pronostic est d'un favorable augure. Si, au contraire, la courbe n'existe pas, si la ligne de niveau s'établit rapidement, on peut être assuré que l'épanchement est séreux; le pronostic alors doit être autrement sévère, eu raison de l'impossibilité presque absolue de la résorptiou. C'est pour ces cas seuls que M. Peter réserve la thoracentèse; il trouve, (et certainement avec raisou), qu'on a beaucoup abusé de l'aspiration dans ces dernières années; que de pleurésies auraient guéri seules, qui ont guéri avec peine par la thoracentèse! Quand la pleurésie est aiguë et qu'il y a fièvre, il ne faut pas ponctionner la poitrine à moins de menace d'asphyxie; il faut alors faire faire quelques applications de ventouses scarifiées qui amèneront généralement une amélioratiou rapide dans l'état du malade. Quand l'épanchement reste stationnaire, quand la fièvre est tombée, alors, il faut ponctiouner: il n'y a pas d'autres ressource. Toute cette leçon est exposée avec beaucoup de chaleur par M. Peter; nous ne dirons pas qu'il nous a convaincu; nous étions, avant de l'avoir lu, tout à fait partisan de cette manière d'agir, et nous persistons de plus eu plus à la croire très-rationnelle.

Si maintenaut nous signalons des leçons sur la pneumonie du sommet, sur les pneumoniques et sur les hémoptysiques, nous aurons épuisé les sujets traités par l'auteur dans le premier volume de ses leçons cliniques, le seul qui ait encore paru et dont nous ayons à rendre compte à nos lecteurs.

Comme nous l'avons dit, il y a, dans ce livre, beaucoup de talent, beaucoup d'esprit; la chaleur s'y fait sentir et la verve n'y fait pas défaut. Malheureusement, il y a aussi bon nombre de théories hasardées, d'hypothèses mal étayées qui auraient besoin d'avoir pour correctif uue iuterprétation s'appuyant, non-seulement sur des déductions cliniques, mais aussi sur des faits anatomo-pathologiques scrupuleusement observés.

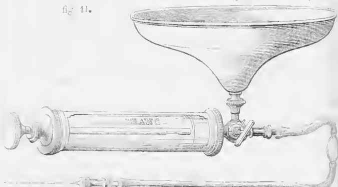
G. PELTIER.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

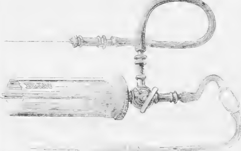
Transfuseur simplifié

M. le professeur Trélat a présenté à l'Académie de médecine (23 fév.) au nom de M. le docteur Leblond, un transfuseur simplifié construit par M.

fig. 11.



Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie. L'appareil se compose d'un aspirateur Dieulafoy muni sur l'une de ses tubulures d'une capsule destinée à recevoir le sang de la saignée, et sur l'autre d'un tube de caoutchouc terminé par une aiguille creuse. Cette dernière est destinée à être introduite dans la veine du transfusé. fig. 12.



En faisant mouvoir le piston de l'aspirateur et en ouvrant simultanément l'une ou l'autre des tubulures on peut aspirer le sang contenu dans la cupule ou le propulser dans la veine. On peut remplacer la cupule par un tube de caoutchouc muni d'une aiguille creuse destinée à être introduite dans la veine de la personne qui fournit du saug.

Pour éviter de propulser de l'air dans la veine il est nécessaire de munir le tube de caoutchouc portant l'aiguille qui est destinée à être introduite dans la veine du transfusé d'une ampoule en verre d'un centimètre et demi de diamètre. Cette ampoule doit être maintenue verticalement de telle sorte que l'ouverture d'arrivée soit en haut et l'ouverture de sortie en bas, de façon à permettre à l'air qui viendrait à être propulsé de s'emmagasiner dans son intérieur et de ne pas être injecté dans le tube situé au-dessous d'elle.

Cet appareil a surtout pour but d'utiliser pour la transfusion uu appareil que la plupart des médecins ont aujourd'hui entre les mains et de permettre de se passer d'un instrument spécial pour cette opération.

VARIA

Liste des Prix de la Faculté de médecine de Paris, (1873-1874).

La Faculté avait a décerner pour 1874: 1° Les prix provenant des libéralités de : MM. le baron Trémont — de la valeur de 1.000 fr
le baron Barbier — — 2.000 fr
la Cse de Chateauvillard — 2.000
Corvisart (médaille 400
Lacaze — — 10.000
de Monthyon (médaille 300

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues pendant l'année. — Dans sa séance du 24 décembre, l'Assemblée de la Faculté a entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres des candidats et elle a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'Instruction publique par décisions des ... 23 et 27 janvier 1875.

1° Prix Trémont. (Commission : MM. Wurtz, doyen, Bouchardat, Depaul, Lorain et Vulpian). — Ce prix, de la valeur de 1.000 fr., a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° Prix Barbier. — (Commission : MM. Gosselin, Verneuil, Broca, Le Fort). — La Faculté a accordé : 1° à M. Collin une somme de ... fr. pour un appareil destiné à faciliter les mouvements de flexion de l'avant-bras dans le cas où la résection des coudes n'est pas suivie de la formation d'une nouvelle articulation, 2° à M. Delalain, dentiste, une somme de 200 francs pour un appareil relatif à la mutilation de la face.

3° Prix Chatauvillard. — (Commission : MM. Depaul, Gubler, Hardy). — La Faculté a décerné le prix de 2.000 fr. à M. le Dr Beni-Barde, pour son traité théorique et pratique de l'hydrothérapie.

4° Prix Corvisart. — (Commission : MM. Bouillaud, Béhier, Lasègue, G. Sée). — La question proposée était : des diverses formes de la pleurésie. La Faculté partage le prix de 400 fr., par portions égales de la manière suivante : 1° une médaille de 200 fr. à M. Bancel (Louis-Joseph-Camille), né à Toul (Meurthe), le 23 novembre 1850 ; 2° une médaille de 200 fr. à M. Bouthery (Charles-Auguste), né le 15 mars 1846, à Paris.

5° Prix Lacaze. — (Commission : MM. Béhier, G. Sée, Lasègue, Vulpian). — La Faculté n'a reçu qu'un mémoire qui n'était pas dans des conditions propres à mériter le prix important (10.000 fr.), dû à la générosité de M. le Dr Lacaze.

6° Prix Monthyon. — (MM. Chauffard, Vulpian, Lorain). — La Faculté a accordé le prix à M. le docteur Gripat Henri, né le 17 mars 1845, à Angers (Maine-et-Loire).

7° Thèses récompensées. — (Commission : MM. Gavarret, Bouchardat, Depaul, Gubler, Lorain, Vulpian). — La Commission a eu à examiner 113 thèses qui avaient mérité les notes extrêmement et très satisfait. La Faculté a distingué particulièrement et a signalé à M. le Ministre 42 thèses qu'elle a partagées en 3 classes conformément à la liste suivante :

1re Classe. (Médailles d'argent). — Barety (Alexandre-César-Auguste-Charles). De l'adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier. — Brière (Léon). Etude clinique et anatomique sur le sarcome de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire. — Pinard (Adolphe). Nouvelles recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie sur la forme et les diamètres antéro-postérieurs de 100 bassins viciés représentés de grandeur naturelle. — Renaut (Joseph). Contribution à l'étude anatomique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau. — Troisier (Emile). Recherches sur les lymphangites pulmonaires. — Veyssière (Raphaël). Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémi-anesthésie de cause cérébrale.

2e Classe. (Médailles de bronze). — Bacarisse (Louis). Du sacrum suivant le sexe et suivant les races. — Bouley (Paul). Pathologie comparée de l'ostéomalacie chez l'homme et chez les animaux domestiques. — Chapon (Léon). De la paralysie du nerf radial. — Debove (Georges). Le psoriasis buccal. — Dujardin (Alfred). De la thermographie médicale. — Fourmentin (Jacques). Etudes précises sur les déformations de la poitrine avec application à la pleurésie et à la phthisie (indice thoracique). — Gassot (Armand). Des températures locales de l'économie et de leurs variations à l'état pathologique. — Hahn (François). Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique. — Landolt (Edmond). Le grossissement des images ophthalmoscopiques. — Légerot (Gustave). Etudes d'hématologie pathologique basées sur l'extraction des gaz du sang. — Morel-d'Arleux (Jules). Considérations sur la résection du coude. — Manouvriez (Hippolyte). Recherches cliniques sur l'intoxication saturnine locale et directe par absorption cutanée. — Martel (Joannès). De la mort apparente chez le nouveau-né. — Polichronie (Constantin). Etude expérimentale sur l'action thérapeutique et physiologique de l'ipécacuanha et de son alcaloïde. — Trémeau de Rochebrune (Alphonse). De quelques manifestations de la syphilis congénitale. — Vaillard (Louis). Etude sur une épidémie de gangrène des organes génitaux des nouvelles accouchées, observée à l'hôpital des Cliniques (1872-1873).

3e Classe. (Mentions honorables). — Audigé (Ebrahime). Recherches expérimentales sur le spasme des voies biliaires. — Bacchi (Marius). Contribution à l'étude de l'étiologie de la scléro-choroïdite postérieure.—Coyne (Pierre). Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx. — Cazalis (Joseph). De la valeur de quelques phénomènes congestifs dans la dothinentérie. — Courrèges (Abdon). Etudes sur la pelade. — Defaix (Pierre). Etude anatomo-pathologique sur les vaisseaux sanguins de l'intestin grêle. — Deraye (Albert). Etude théorique et pratique de l'albuminurie et de quelques néphrites. — Dupuy (Eugène). Examen de quelques points de la physiologie du cerveau. — Galvani (Marius). Du traitement de l'hydrocèle par l'injection vineuse. — Grangé (J. B.). Des symptômes de la tuberculisation chez les enfants. — Grounier (Léonce). Pathogénie et sémiotique des vomissements. — Humbert (Gaston). Etude sur la septicémie intestinale. — Le Pileur (Louis). Etude sur le traitement des adénites inguinales. — Marcé (Prudent). De l'ulcération de la carotide interne dans la carie du rocher. — Montané (Louis). Etude anatomique du crâne chez les microcéphales. — Mouton (Louis). Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien. — Poncet (Joseph). De l'ictère hématique traumatique. — Rendu (Henri). Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse. — Richelot (Gustave). De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement. — Sevestre (Louis). Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face.

Liste des prix de la Faculté de Médecine pour l'année scolaire 1874-1875.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs. Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numero du lit qui lui a été désigné ; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir ces médailles.— *Concours de* 1875.— La question proposée est : *De la péritonite non puerpérale.*

Prix Monthyon. — Le prix Monthyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de Médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatié, et de la valeur de 2.000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Frémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Frémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Parmi nos 4,000 étudiants il y en a malheureusement un grand nombre qui se trouvent dans les conditions énoncées dans le legs de M. le baron de Trémont. Il serait donc bien désirable que ce donateur généreux pût trouver des imitateurs. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné en même temps l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite, alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

4. Traitement de la gale modifié, d'après le profes. Wilh Petters.

La modification suivante apportée au traitement de la gale mérite une attention particulière, en ce qu'elle simplifie beaucoup le *modus faciendi*, qu'elle permet de se passer des bains savonneux préalables, et qu'elle est facilement réalisable à domicile. Cette modification consiste à substituer aux pommades sulfureuses, au goudron et à l'acide phénique, dont l'auteur ne méconnaît pas, d'ailleurs, l'efficacité, le *baume du Pérou* en nature, le *styrax* liquide et deux parties d'huile. Une ou deux frictions très-légères faites avec l'un ou l'autre de ces deux agents, sans l'emploi d'autres accessoires, suffisent, selon l'auteur, pour détruire les sarcoptes et leurs œufs, le baume s'insinuant et pénétrant facilement dans les sillons, sans qu'il soit nécessaire d'amener la déchirure de ces derniers. Ce mode de traitement paraît avoir, en outre, les avantages suivants : il est très-peu coûteux, ce qui n'est pas à dédaigner, et, de plus, il n'entraîne pas la production des eczémas, qui sont souvent la suite du traitement habituel de la gale. (*Écho de la Presse méd.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Médecine : service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean (H) : 3, anasarque ; cachexie cancéreuse ; 7, œdème de la glotte ; tubercules pulmonaires ; 12, synoque; 18, cirrhose du foie ; 23, pneumonie. Saint-Philippe (F) : 14 pneumonie double : grangrène pulmonaire ; pelvi-péritonite. — Sainte-Marie (F) : 3, pneumonie caséeuse lobaire ; 6, fièvre typhoïde prise pour une phthisie aiguë ; 9, infection purulente puerpérale.

Chirurgie. — Service de M. Després. Salle Cochin (H) : 4, conjonctivite purulente ; 19, fracture de la rotule. Baraque I (H) : 26, luxation de la phalangette du pouce en arrière ; 45, tumeur blanche, mal de Bright, accidents urémiques. — Baraque III (H) : 8, fracture de l'os malaire ; 19, tumeur abdominale. Saint-Jacques (F) : 10, mammite double ; 11, allongement hypertrophique du col utérin ; 15, kyste de l'ovaire ; 18, péritonite chronique ; 25, nécrose phosphorée du maxillaire.

Hôpital des Enfants-Malades. — Chirurgie, service de M. de Saint-Germain. Sainte-Pauline : 2, mal de Pott cervical ; 5, périostite phlegmoneuse diffuse ; 11, arthrite scapulo-humérale ; 22, pied-bot accidentel ; 32, otite moyenne avec élimination de séquestres ; 50, synovite fongueuse des fléchisseurs ; 25, arthrite purulente traumatique du genou. — Saint-Côme : 5, cancer de l'œil, opéré; 22, tumeur blanche du genou, cyanose.

Médecine : service de M. Labric : Saint-Jean. 2, chorée, endocardite mitrale ; 3, granulie pulmonaire et méningite ; 8, hypertrophie du cœur considérable, insuffisance mitrale ; 9. pleurésie et endocardite ; 15, tumeur cérébrale ; 18, coqueluche intense ; — chorées.

Service du Dr Archambault. Sainte-Geneviève: 17, tétanie; 23, rougeole, 27, fièvre continue; — chorées. — Saint-Louis. Stomatite ulcéro-membraneuse ; 7, rougeole broncho-pneumonie ; 13, insuffisance mitrale ; 19, néphrite albumineuse. — Les jeudis, 9 h., clinique du service de M. de Saint-Germain. — Les mardis, 10 h., clinique du service de M. Bouchut. — Les samedis, 10 h., conférences cliniques du service de M. J. Simon.

Hôpital Saint-Louis. — Service du dr Lailler. Consultations le mercredi. Leçons cliniques le jeudi. — Salle Sainte-Foy, 8 h. 1|2 (F) : 1, lupus ; 2, syphilides tertiaires ; 15, gomme du voile du palais ; 16, onyxis syphilitique ; 21, lupus érythémateux ; 24, syphilide ulcéreuse de l'aile du nez. — Salle Saint-Mathieu (H) : 25, syphilide gommeuse ; 2, lupus ; 34, dactylite syphilitique ; 46, gale et syphilis, 68, acné molluscoïde. — Chirurgie. Service du dr Péan. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. Clinique et opérations le samedi. — Saint-Augustin (H) : 37, Ulcère variqueux de la jambe, injections de perchlorure de fer ; 54, cataracte double sénile ; 64, rein déplacé, hématurie ; 68, fracture en V compliquée. — Sainte-Claude (F) : 2, polype naso-pharyngien; — Sainte-Marthe : 60, fracture de jambe ; kyste de l'ovaire suppuré ; 72, déchirure du périnée.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Gubler. Saint-Louis : 2, dyssenterie bronchique ; 5, insuffisance et rétrécissement mitraux ; 6, atrophie musculaire progressive ; 10, rougeole ; 16, insuffisance mitrale ; 21, érésypèle ; 22. hémorrhagie cérébrale ; 23 pleurésie. — Sainte-Marthe : 3, pneumonie ; 5, kyste de l'ovaire; 6, fièvre typhoïde ; 7, hystéric ; 11, chloro-anémie ; 12. paralysie de la 3e paire ; 14, périmétrite.

Service de M. Dolbeau. — Salle Ambroise Paré : 4, abcès ossifluents, phlegmatia alba dolens ; 3, fracture des 2 os de jambe à la partie supérieure Saint-Denis : 17, fracture du col chirurgical de l'humérus ; 18, périostite du tibia ; 25, fracture du tibia. Saint-Félix: 29, paralysie de la 3e paire ; 55, tumeur de la parotide ; 50, calculs vésicaux. Sainte-Clotilde : 1, fistule vésico-vaginale ; 6, tumeur de l'orbite.

Service du dr Matice. — Sainte-Monique : 3, pleuro-pneumonie ; 4, ulcères simples de l'estomac ; 6, ataxie ; 8, ataxie, 10, chorée ; 11, pneumonie; 15, emphysème pulmonaire, dilatation du ventricule droit; 17, phlegmatia alba dolens. Salle Beaujon : 3 bis, arthralgie saturnine ; 4, goutte ; 7, mal de Bright : 2 bis, sciatique ; 12, pleurésie.

Service du dr Duguet. Salle Saint-Jean : 31, cancer de l'estomac. Salle Sainte-Paule: 5, plegmatia alba dolens ; 8, cancer de l'utérus : 14, plegmou du ligament large ; 18, endocardite rhumatismale.

Service de M. Lefort. Saint-Gabriel : 3, fracture de la rotule ; 5, ankylose du genou, frac. de l'extrémité sup. du tibia; 8, frac. de la rotule. Saint-Edmond : 43, orchite doubles suppurées ; 44, kyste spermatique ; 54, fistules périnéales ; 57, ostéo-périostite des os propres du nez syphilis.

Service du dr Moutard-Martin. — Salle Saint-François : 1 pneumonie aiguë ; 3, hémorrhagie cérébrale ; 11, sciatique ; 32, fièvre typhoïde ; 26, hémorrhagie cérébrale. Salle Sainte-Claire : 2, phlegmon aigu ; 6, cancer de l'utérus ; 9, métrite ; 13 et 35, fièvre typhoïde; 17, rhumatisme noueux ; 20, pleurésie purulente.

Nécrologie. Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort, à 35 ans, de M. le Dr Jacques-Louis-Edmond Lecourtois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Avant d'être éloigné, par la maladie, des sociétés savantes, Lecourtois prenait une part active à leurs travaux. Il a fait des communications intéressantes à la *Société de biologie* et surtout à la *Société anatomique*, dont il fut le secrétaire en 1872. Parmi ses publications, nous citerons les suivantes : *Etude sur l'ossification du frontal.* (*Bull. de la Société anatomique*, 1869, p. 4..); — *Note sur l'emploi des balles explosibles et les causes qui ont fait croire à leur usage, etc.*, (*Ibid.* 1872, p. 378); — *Diminution de la saillie des bosses crâniennes pariétales et frontales depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte; changement qui s'opère pendant la même période dans la courbure de la région pariétale.* (*Ibid*, 1873, p. 85); — *Crâne de nouveau-né*; *mécanisme de l'encéphalocèle*, (*Ibid.*, 1872, p. 352); — *Structure de la voûte crânienne de l'embryon, etc.*, (*Ibid*, 1872, p. 441). — Ces différents mémoires étaient la continuation des recherches qu'il avait consignées, en 1869, dans sa thèse inaugurale intitulée: *Essai sur l'anatomie de la voûte du crâne pendant la période embryonnaire fœtale et infantile.* — M. Lecourtois faisait partie des douze internes des hôpitaux de Paris qui sont allés à Amiens lors de l'épidémie de 1866.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 26 février 1875, on a constaté 1,086 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 7; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 64; — pneumonie, 135; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 5; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 8; — croup, 12; — affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 289; — affections chroniques, 490, dont 182 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 35; — causes accidentelles, 13.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 14 au 20 février: 1,801, savoir : variole, 1; — rougeole, 16; — scarlatine, 38; — fièvre typhoïde, 22; — érysipèle, 10; — bronchite, 382; — pneumonie, 95; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 14; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 14; — croup, 13, — coqueluche, 56.

Concours de l'agrégation. (*Chirurgie*). Par décision en date du 24 février 1875, l'ouverture à Paris, du concours pour 9 places d'agrégés près la Faculté de Médecine (section de chirurgie at d'accouchements), est fixée au 1er avril 1875.

Hopital de Forges-les-Eaux. — Le concours pour la place de médecin s'est ouvert le 26 février, devant un jury composé de MM. Devergie, Fernet, Martineau, Le Dentu et Périer. Quatre candidats : MM. Doumenge, Moynac, Perret, Vermeil, sont en présence. La question écrite était ainsi formulée : Rapports de l'artère humérale. Des accidents de la délivrance après l'accouchement ; de l'opportunité de l'ouverture des abcès scrofuleux et méthode opératoire. Une épreuve clinique de chirurgie, une consultation sur un malade atteint d'une affection médico-chirurgicale compléteront les épreuves de ce concours dont les séances ont lieu les samedis, jeudis et lundis à quatre heures, au siége de l'assistance publique à Paris.

Jurisprudence pharmaceutique. Dans sa séance du 27 novembre 1874, la cour de cassation a déclaré que l'huile de foie de morue, vendue au détail et réputée vendue pour un usage médicinal, et dans ces conditions doit être considérée comme une drogue simple, dont la vente est exclusivement réservée aux pharmaciens.

Longévité. — *La Gazette de Cathérinoslaw* constate la mort récente d'un paysan âgé de cent dix-huit ans, du nom de Mamoschine, habitant le village de Kramonkhovka, dans le gouvernement de Cathérinoslaw. Mamoschine avait conservé presque jusqu'à sa mort une force herculéenne et se distinguait par sa haute stature.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 11 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 13 MARS 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Des bruits pleuraux perçus à l'auscultation.

Fréquence, mode de formation, signification pathologique (1).

Leçon recueillie par MAURICE LONGUET, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je n'insiste pas davantage sur ces bruits de souffle, que vous avez pu étudier sur notre malade, et j'arrive à ceux que j'ai dénommés bruits de crépitation, craquements. Où se passent-ils? Dans le poumon ou dans la plèvre?

Messieurs, un esprit très-éclairé, très-séduisant, Trousseau, disait : « Il n'y a pas de frottement pleural. » Plus tard, modifiant sa manière de voir, il a dit : Le frottement pleural est beaucoup plus rare qu'on ne le pense. Il l'admettait alors. Eh bien ! mon opinion est toute opposée, et je vous dis : « Le frottement pleural est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense. »

Le frottement est un bruit sec qui se passe dans la plèvre ; son mécanisme se comprend à merveille. Dans les mouvements de la respiration, on sait parfaitement que le poumon monte et descend en glissant contre la paroi thoracique qui accomplit, elle aussi, un mouvement d'élévation et d'abaissement, d'amplitude et de retrait. A l'état normal, ce glissement du poumon ne donne naissance à aucun bruit, à cause de la lubréfaction des surfaces en contact, par le liquide que l'on appelle la synovie séreuse; mais, dans certains cas particuliers, il peut donner lieu à un bruit de frottement véritable, lorsque les conditions mécaniques du glissement viennent à manquer : pour le dire en passant, ce frottement peut acquérir une intensité telle qu'on peut le percevoir à la main, comme chez le malade couché au numéro 11.

Trousseau, qui n'acceptait pas le frottement pleural, usait d'un argument spécieux ; puisque, disait-il, le poumon s'affaisse et que la paroi thoracique le suit, deux points quelconques de la plèvre viscérale et pariétale doivent demeurer toujours en contact ; par conséquent, il n'y a pas de glissement; par conséquent, il ne peut pas y avoir de frottement. On lui a répondu par des expériences. Aujourd'hui, il n'y a plus lieu de discuter sur ce glissement, tout le monde l'admet.

Mais le frottement ne constitue pas à lui seul le bruit de crépitation, le craquement dont je vous parle; il est une autre cause de ce bruit, qui a été mise en lumière, il y a quelque 10 ans, par Jules Arnould, médecin militaire fort distingué, et qui mérite de vous être signalé.

Dans les Bulletins de la Société médicale d'émulation pour 1864, J. Arnould a publié un long mémoire sur les bruits divers qui se passent dans la plèvre lorsque cette séreuse a subi, sous l'influence d'une inflammation quelconque et surtout de la tuberculose, certaines modifications histologiques. Voici, en quelques mots, la théorie de cet auteur.

A l'état normal, la plèvre viscérale recouvre la base de tous les lobules pulmonaires périphériques d'une part, et envoie des prolongements très-déliés entre ces mêmes lobules d'autre part : elle adhère ainsi d'une manière parfaitement intime avec le tissu propre du poumon, et conséquemment doit en suivre tous les mouvements. Or, vous savez que par le fait de la respiration, le poumon subit des alternatives d'amplitude et de retrait en rapport avec les deux temps de la respiration, inspiration et expiration.

Prenons, si vous le voulez bien, un seul lobule pulmonaire périphérique et voyons ce qui va se passer pendant la respiration. La plèvre étant intimement unie surtout à la base de ce lobule, lorsque pendant l'inspiration le lobule augmentera de volume, elle (la plèvre) subira une certaine distension, adéquate au gonflement du lobule : et réciproquement, pendant l'expiration, le lobule revenant sur lui-même, la plèvre se réduira à des dimensions moindres. Donc, à chaque inspiration la plèvre qui tapisse la base du lobule se tend ; et à chaque expiration elle se détend.

Reportez cela sur toute la masse pulmonaire et vous pouvez conclure qu'à chaque inspiration la plèvre viscérale toute entière se tend et qu'à chaque expiration elle se détend. Or, la physique vous démontre que toute membrane qui se tend, vibre : donc, à chaque inspiration la plèvre viscérale vibre.

Ce phénomène de la vibration pleurale se perçoit-il à l'état normal ? Non, messieurs : d'abord, parce que la plèvre viscérale est une membrane extrêmement mince (quelques auteurs l'ont niée) ; et ensuite parce que sa surface est constamment humectée par la synovie séreuse.

Mais supposez la plèvre desséchée et épaissie de un millimètre, et vous comprendrez qu'alors la vibration puisse être facilement perçue par vos sens.

Eh bien, Messieurs, est-ce que l'inflammation ne met pas la plèvre dans l'état que je vous indique ? est-ce que l'inflammation ne tarit pas la sécrétion séreuse ? est-ce que l'inflammation ne conduit pas à un épaississement d'un chiffre bien supérieur à celui que je vous donne? Il est donc tout simple dès lors, de comprendre que la membrane pleurale épaissie et desséchée, vibre au moment de l'inspiration.

A la vibration pleurale, Arnould ajoute encore, comme élément de renforcement pour ainsi dire, la vibration des fausses membranes adhérentes par une extrémité au poumon, par l'autre extrémité à la paroi thoracique et libres, dans le reste de leur étendue, au milieu de la cavité pleurale. Ces fausses membranes, si fréquentes dans la pleurésie, subissent toujours une certaine tension, sous l'influence des mouvements respiratoires, par un mécanisme facile à comprendre.

Toutes ces causes font que, par les mouvements respiratoires, il se passe dans la plèvre malade des bruits variés dont la résultante produit ce qu'on appelle le *craquement*, lequel sera plus sec ou plus humide selon le degré d'humidité des membranes, plus fort ou moins fort suivant l'épaisseur et le nombre de ces mêmes membranes.

Et voyez combien l'idée d'Arnould est ingénieuse ; on a toujours comparé le craquement au bruit qui se passe par le fait de la modification physique d'une membrane. Ainsi dans certains cas on entend un bruit qui, à son degré le plus faible, ressemble au froissement d'une feuille de papier Joseph ; plus fort, c'est le bruit de parchemin ; à son degré le plus intense, c'est le véritable craquement, le bruit de cuir neuf, le bruit de la selle du cavalier, le bruit d'une chaussure neuve.

Toutes ces comparaisons sont tirées de membranes qui vibrent; il n'en est plus de même pour les râles de la pneumonie, que l'on a toujours comparés aux bruits qui se passent dans l'intérieur d'un tube.

La plèvre est mise de par l'*inflammation simple*, dans les conditions qui donnent naissance à ces bruits de parchemin : mais elle peut aussi se trouver dans les mêmes conditions *dans les cas de tubercules pulmonaires*. Les autopsies dans lesquelles on a trouvé les plèvres épaissies et adhérentes entr'elles le prouvent surabondamment. Sur le vivant, vous en trouverez des exemples chez la femme

(1) Voir le n° 10 du *Progrès Médical*.

du nº 31 du Rosaire et nº 50 des hommes. Vous percevrez chez ces tuberculeux des bruits de craquements, qui ne se passent point dans le poumon, car ils ne sont pas modifiés par la toux et l'expulsion des crachats. Ces bruits ne peuvent pas être mis sur le compte de la présence des tubercules crus qui, par eux-mêmes, ne sauraient être une des conditions de leur production, mais ils doivent être rattachés à l'existence de fausses membranes néoformées et à l'épaississement inflammatoire de la plèvre, attendu que la pleurésie accompagne toujours le développement des tubercules crus.

Si l'inflammation va jusqu'à produire l'adhérence de la plèvre viscérale à la plèvre pariétale au niveau des sommets (ce qui se rencontre très-souvent), il s'établit une lutte entre l'élasticité pulmonaire et la résistance de la fausse membrane : de cette lutte naît la respiration saccadée. J'abrége, Messieurs, ces considérations si intéressantes que j'avais à vous présenter et je termine.

Pour en revenir à notre malade je conclurai : Les bruits perçus à l'auscultation de sa poitrine se passent dans la plèvre ; et les craquements qui s'entendent dans tout le côté gauche sont la conséquence d'une pleurésie simple.

Si ces craquements s'entendaient exclusivement au sommet, dans la fosse sous-scapulaire ou dans la fosse sus-épineuse, sans phénomènes aigus généralisés à la cavité pleurale entière, je devrais poser un point d'interrogation en faveur de la tuberculose commençante ; mais ici, pour le moment du moins, je crois que nous n'avons pas à nous préoccuper de cette funeste diathèse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — **M. DEMARQUAY.**

Observation de tumeur hypertrophique de la peau,

par J. DAVE, interne des hôpitaux.

X..., 29 ans, négociant, entre le 22 mai 1874 à la Maison de santé, service de M. DEMARQUAY, pour une adénite inguinale gauche. Ce malade porte à la partie antérieure de la cuisse droite une vaste tumeur, sur laquelle nous avons recueilli les renseignements suivants :

X... n'accuse aucune maladie antérieure, sauf uue blennorrhagie contractée pendant le siége : d'ailleurs, aucuns antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Dans son jeune âge, il ne présentait au lieu malade qu'une tache de molluscum, comparable en tous points à celles qui parsèment la majeure partie de son tégument externe ; c'est à l'âge de dix ans seulement qu'il s'aperçut de l'existence de la tumeur, qui d'ailleurs était loin de présenter le volume actuel. Elle était de la largeur de la maiu environ, et beaucoup moins épaisse qu'aujourd'hui. A cette époque, elle commença à croitre rapidement, et vers l'âge de seize ans, elle avait acquis son développement complet. Depuis, elle est restée stationnaire. Pendant tout le temps qu'elle mit à augmenter, jamais, et dans nos interrogations nous avons spécialement insisté sur ce point, la tumeur ne présenta de poussées congestives d'aucune sorte, d'accidents inflammatoires ; jamais non plus on ne remarqua de développement anormal des veines voisines, jamais d'engorgement des vaisseaux et ganglions lymphatiques. L'accroissement a suivi une marche rapide, mais régulière et continue, et dans tous les cas constammeut indolente.

Arrivons maintenant aux caractères actuels de notre tumeur. Sa forme est celle d'une plaque, d'une sorte de manteau surajouté à la partie antéro-externe de la cuisse droite. Elle s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure au tiers inférieur de la cuisse. Son diamètre vertical est de 35 cent. Ses diamètres horizontaux sont :

A sa partie inférieure	[illegible] cent.
Au-dessus du tiers inférieur........	23 »
Au-dessus du tiers moyen........	33 »
A la partie supérieure............	26 »

Son épaisseur, plus considérable en haut qu'en bas, et en dehors qu'en dedans, est maximum au niveau du grand trochanter. Elle varie de 8 à 2 cent.; pour diminuer rapidement au voisinage des bords. Il en résulte une augmentation de la circonférence de la cuisse, qui se traduit par les chiffres suivants (nous avous mis en regard les mesures correspondantes du coté sain) :

	Côté droit.	Côté gauche.
Partie inférieure de la tumeur......	46 cent.	42 cent.
Partie moyenne..................	58 »	52 »
Circonférence supérieure (parallèle au pli de l'aine)................	72 »	63 »

La surface est sèche, rugueuse, et présente des plis nombreux. L'implantation de la tumeur se fait par uue large base, de sorte qu'elle n'est nullement pédiculée. Elle n'est point adhérente aux parties situées plus profondément : elle glisse parfaitement sur elles et suit la direction de la pesanteur ; il en résulte à sa surface des plis transversaux. On peut l'empoigner à pleines mains pour la porter en divers sens. La consistance est molle, élastique ; par la palpation, on peut sentir à travers la tumeur le relief des muscles sous-jacents et notamment du couturier et du droit antérieur. Enfin, cette consistauce est uniforme, de sorte qu'il n'y a pas mélange de parties molles et de parties dures.

La couleur de la tumeur se compose de deux éléments. Il y a un fond général brunâtre, dont l'aspect rappelle celui de la peau saine, quoique cependant sa coloration soit un peu plus foncée. Sur ce fond général se détachent une foule de petits tubercules, de petites saillies framboisées, donnant à l'ensemble de la pièce un aspect chagriné. Ces saillies ont une couleur rouge violacé, qui rappelle assez celle du cuivre, et sont assez confluentes pour constituer la teinte prédominante de la tumeur. La coloration est constante, et ne varie ni par la pression, ni par les différentes positions que prend le malade, ni par les efforts auxquels il se livre.

On remarque au niveau des saillies précédemment décrites une absence complète de poils : on en trouve au contraire quelques-uns épars dans leurs interstices. Les glandes sudoripares semblent mauquer ; le malade affirme n'avoir jamais vu de sueur sur les parties malades, même quand la peau environnante en était couverte.

La sensibilité est presque nulle ; quand on touche la tumeur le malade ne s'aperçoit pas toujours du coutact du doigt s'il a les yeux exactement fermés ; une pression plus forte est à peine sentie. Une piqûre d'épingle n'est pas douloureuse ; elle donne issue à quelques gouttes de sang ; bien qu'il n'y ait jamais eu de véritable hémorrhagie, cependant le sang qui s'écoule est plus abondant que si l'on eût piqué tout autre point de la peau.

Au pourtour de la tumeur, cette dernière est saine ; les poils y sont peut-être plus nombreux qu'ailleurs. On ne remarque pas de développement exagéré des troncs veineux. Cependant une coloration bleuâtre, profonde, semble déceler une dilatation du système capillaire de la peau. Rien à noter du côté des ganglions lymphatiques.

Ajoutons pour terminer que le malade porte une saillie de même nature, de la grosseur d'une petite noix, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia droit, et, de plus, disséminés sur tout le corps, principalement sur le tronc, une infinité de petits tubercules de molluscum.

Le malade désirait vivement l'ablation au moins partielle de la tumeur, qui était à la fois disgracieuse et gênante. M. Demarquay refusa de l'opérer, et fit construire une sorte de cuissard lacé qui, soutenant la tumeur, permit un libre fonctionnement du membre. Le malade, guéri de son adénite, sort le 1er août.

Voilà quels étaient les caractères de cette tumeur si singulière. Le malade fut présenté par M. Demarquay à la *Société de chirurgie*, dans sa séance du 29 juillet, et donna lieu à une discussion fort intéressante sur la nature de la tumeur. C'est, qu'en effet, au premier abord, il est difficile de s'entendre sur le genre dans lequel il convient de ranger cette tumeur singulière. Est-ce une tumeur érectile, une production éléphantiasique, un molluscum, ou bien

une production non décrite, tenant à l'un et à l'autre à la fois par ses caractères? Nous allons discuter successivement ces différentes hypothèses.

Tout d'abord, bien que la tumeur se rapproche jusqu'à un certain point de la tumeur érectile par sa richesse en vaisseaux, richesse qui se traduit et par la quantité relative de sang qu'une piqûre d'épingle fait sourdre, et par la coloration spéciale que possèdent les parties profondes de la peau dans les régions voisines, il est difficile d'admettre que nous ayons affaire ici à un véritable angiome. La quantité de sang que renferme la tumeur en question est plus considérable que celle qui parcourt les parties saines, c'est vrai; mais elle est constante, comme cela n'a pas lieu dans les tumeurs érectiles. De plus, jamais la tumeur n'a présenté de tendances à l'ulcération et aux hémorrhagies qui trop souvent compliquent les tumeurs en question. Elle n'a pas empêché le malade d'être reconnu apte au service militaire, d'être appelé sous les drapeaux lors de la dernière guerre, et de supporter parfaitement les fatigues de la campagne de 1870-71.

S'agit-il d'un *éléphantiasis*? Pas davantage, si nous considérons du moins la forme dure, classique de cette affection, celle qui se trouve décrite dans tous les auteurs, et notamment dans Alard. — Les parties atteintes d'éléphantiasis sont dures, rigides, peu mobiles, et ont été avec raison comparées à la peau des pachydermes; de plus, elles présentent constamment des poussées inflammatoires qui se traduisent localement par de la rougeur, de la tension douloureuse, de la chaleur, généralement par de la fièvre. et qui laissent après elles comme traces de leur passage des cordons durs, noueux, qui ne sont autres que des vaisseaux lymphatiques indurés, aboutissant à des ganglions plus durs et plus volumineux qu'à l'état normal. Rien de tout cela ici. Notre tumeur est molle flasque, mobile; jamais elle n'a présenté de phénomènes inflammatoires, et les lymphatiques de voisinage sont complétement sains.

Enfin, la tumeur n'est pas non plus un molluscum; elle en diffère par son volume considérable et par son absence de changement de couleur à la pression.

Mais si notre tumeur ne peut être identifiée avec aucun des trois genres précédemment cités, il n'en est pas moins vrai qu'elle présente quelques-uns des caractères de chacun d'eux.

L'examen des faits analogues épars dans divers recueils n'est pas sans intérêt au point de vue de la dénomination qu'il convient de lui donner.

M. Chédevergne a, le premier, présenté à la *Société anatomique*, en 1864, une tumeur volumineuse pesant 11 kilogrammes, enlevée par M. Nélaton, et que ce dernier considéra comme un mélange d'*éléphantiasis* et de *molluscum*. L'observation de ce cas singulier le conduisit à rechercher des observations semblables et, dans un travail inséré dans le recueil des travaux de la Société médicale d'observation pour 1865, il rapporte quatre autres observations : deux sont personnelles et ont été recueillies par l'auteur chez M. Denonvilliers et chez M. Cusco; une est empruntée au *Traité des tumeurs* de Virchow (T. I, p. 322 de la traduction française,) la dernière est due à Hecker (*Canstatt's Jahresbericht*, 1858, t. III, p. 301.) Disons de suite que cette dernière observation parait avoir trait à une variété de lipome, ce qui explique parfaitement le titre de lipoma angiectodes, sous lequel la range Hecker. Les deux dernières observations de M. Chédevergne paraissent aussi avoir plutôt trait à de l'éléphantiasis.

Restent donc, pour comparer au cas de M. Demarquay, la première observation de M. Chédevergne, celle de Virchow, et une observation de Vanzetti, insérée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (année 1867.)

La tumeur présentée à la *Société anatomique* par M. Chédevergne était unique et pédiculée; dans les autres cas, il y avait une multitude de tubercules isolés, épars sur toute la surface du corps, et une tumeur plus considérable siégeant dans le cas de Vanzetti à la région lombaire gauche, dans celui de Virchow à la région costale inférieure du même côté. La tumeur de M. Chédevergne avait débuté sur les côtés du cou, et s'étendait en avant jusqu'à l'épigastre et en arrière jusqu'à la région sacrée. Par son poids, elle avait déterminé des courbures insolites de la colonne vertébrale.

Au point de vue symptomatologique, si cette tumeur ressemble à la nôtre par sa mollesse, son insensibilité et son développement lent, elle en diffère par l'engorgement des ganglions, le développement considérable des veines voisines, le changement de couleur à la pression.

L'examen histologique, fait par MM. Laborde, Robin et Cornil, les conduisit chacun au même résultat; il s'agissait d'une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, avec nombreux vaisseaux veineux. L'examen fut fait aussi dans le cas de Virchow, et ses résultats l'ont conduit à établir un genre particulier sous le nom de fibrome molluscum.

A un grossissement faible, on voyait que la tumeur était constituée par des trabécules denses, blanchâtres, vasculaires, circonscrivant de grandes aréoles remplies de liquide, qui contenaient à leur tour un réseau fibreux à mailles fines.

Autant que les apparences extérieures peuvent le faire préjuger, nous croyons qu'il s'agit d'une production analogue, dans le cas que nous avons étudié sous la direction de notre maître, M. Demarquay. La tumeur de notre malade est constituée probablement par une hypertrophie des divers éléments du derme. Cette hypertrophie porte principalement sur deux points : le réseau des radicules veineuses, et le tissu conjonctif interstitiel, dont les travées se sont multipliées en même temps que ses aréoles s'élargissaient. Si l'on se rappelle les rapports actuellement admis entre ces lacunes du tissu conjonctif et les origines des lymphatiques, on voit que l'élément lymphatique doit jouer aussi un certain rôle dans notre tumeur. Cependant la circulation lymphatique ne paraît pas troublée, à en juger par l'absence de toute transsudation séreuse à la surface. Les glandes de la peau (glandes sudoripares, follicules pileux,) paraissent avoir été détruites par le développement exagéré du tissu conjonctif.

Ces différents caractères nous poussent à ranger notre tumeur dans le genre du fibrome molluscum de Virchow, et semblent justifier le titre que nous avons donné à cette observation.

PATHOLOGIE INTERNE

Sur l'érysipèle comme complication de la leucocythémie;

Par **V. HANOT**, interne des hôpitaux.

Dans ces dernières années, des études anatomo-pathologiques très-suivies ont défini clairement la nature des lésions de la peau dans l'érysipèle. En 1866, M. Vulpian publiait dans les *Archives de Physiologie* un travail où il montrait qu'il n'y avait pas seulement dans l'érysipèle une simple congestion du derme avec exsudation séreuse, mais qu'on y observait encore une infiltration du derme par un grand nombre de globules blancs.

Quelques mois après, paraissait (*Centralblatt*, août 1866) le mémoire de MM. Volkmann et Steudner qui firent également de cette infiltration du derme par les globules blancs émigrés des vaisseaux, la lésion fondamentale de l'érysipèle.

Dans ses importantes recherches sur cette question, M. J. Renaut (*Archives de Physiologie*, 1873, et *Thèse* de Paris, 1874) est arrivé à la même conclusion, en ajoutant toutefois à l'infiltration des globules blancs, la prolifération des cellules fixes du derme, lésion qui avait échappé aux auteurs précédents.

« Le premier fait qu'on observe est l'infiltration de la peau par les globules blancs signalée par M. Vulpian et par MM. Volkmann et Steudner. Comme ces derniers l'ont fait remarquer avec raison cette infiltration se fait d'abord le long des

vaisseaux sanguins, qui sont eux-mêmes dilatés et forment une belle injection naturelle. Au début de l'érysipèle ou sur un point situé à la limite de l'éruption, les ilots de globules blancs ne se trouvent même qu'autour des ramifications vasculaires..... Sur les points où l'érysipèle offre une grande intensité, l'infiltration de globules blancs cesse d'être limitée au pourtour des vaisseaux sanguins. Elle a lieu dans tout le derme....... En ce qui concerne l'origine des globules blancs, nous adopterons la théorie de Cohnheim qui paraît, en effet, la plus vraisemblable. M. Malassez, en démontrant qu'au début de l'érysipèle, le nombre absolu des globules blancs diminue dans le sang, a produit un argument de plus en faveur de l'idée de la diapédèse » (J. Renaut. Thèse).

On sait d'autre part que, dans la leucocythémie à une période avancée, les capillaires sanguins sont gorgés de globules blancs, et les études de Ranvier et Ollivier (*Société de Biologie*, 1866; *Archives de Physiologie*, 1869), et de Klebs (*Anatomie patholgique*), ont montré ces globules blancs s'épanchant à un moment donné, en dehors de ces vaisseaux et infiltrant plus ou moins les parenchymes, le foie, le rein par exemple. Il n'est point douteux qu'il doive en être de même pour la peau, et que le derme se trouve constamment en imminence d'infiltration par les globules blancs.

En rapprochant ces diverses données, il vient naturellement à la pensée que l'érysipèle compliquera souvent la leucocythémie, et que les moindres causes occasionnelles suffiront pour le produire. Et cependant, quand on parcourt les diverses observations de leucocythémie, il ne semble pas que cette déduction si rationnelle soit confirmée par les faits : dans tous ces cas, il n'est guère question d'érysipèle.

L'absence complète de l'érysipèle, dans ces circonstances, m'a d'autant plus étonné, que chez trois leucocythémiques observés à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy, l'érysipèle spontané est survenu comme une grave complication, ainsi qu'on va le voir. Deux de ces malades ont succombé en quelques jours à un érysipèle qui parti, sans le moindre traumatisme préalable, de la face et du cou, a rapidement envahi la presque totalité du tronc. Dans un troisième cas, chez une femme, l'érysipèle, né dans les mêmes circonstances, n'entraina point la mort, mais fut loin cependant d'être sans gravité. — Voici d'ailleurs le résumé de ces trois observations.

Observation I. — Tiers, Célestine, 47 ans, journalière, entrée le 10 août 1874 à l'hôpital Cochin (Service de M. Bucquoy). Rien d'intéressant à noter ni dans les ascendants ni dans les antécédents.

Cette femme n'avait jamais fait de maladie sérieuse; elle n'a pas eu d'enfant. Environ trois mois avant d'entrer à l'hôpital, elle commença à remarquer que des tumeurs se formaient dans les deux aines; puis, presque en même temps, dans les creux sus-claviculaires. Un mois plus tard, les jambes s'œdématierent. Les forces ont été diminuant petit-à-petit; l'ouïe s'est amoindrie insensiblement, et aujourd'hui la malade est presque complétement sourde.

A son entrée à l'hôpital, teinte mate du tégument; pas de maigreur; œdème notable des deux membres inférieurs. Masses ganglionnaires très-développées dans les aines, dans les régions parotidiennes, les triangles sus-claviculaires et dans les aisselles. La malade se plaint surtout de dyspnée qui parfois se présente sous forme de véritables accès de suffocation. Dans les deux poumons, respiration faible: point d'autres signes à l'auscultation. Rien au cœur.

Pendant la première quinzaine de son séjour à l'hôpital, la malade a été prise presque tous les jours d'un ou deux accès fébriles, durant jusqu'à trois ou quatre heures, à marche d'ailleurs irrégulière. Ces accès débutaient par des frissons intenses et prolongés; la température atteignait 39° et 40°. Pendant l'accès, la dyspnée devenait excessive, et s'accompagnait souvent de vomissements. A plusieurs reprises, diarrhée abondante.

30 *août*. Fièvre intense, vomissements, langue un peu sèche; agitation. — 31 *août*. Le tégument qui recouvre la masse ganglionnaire de la région parotidienne droite est rouge et tuméfié.

1er *septembre*. La joue droite, une grande partie du cou présentent la même rougeur et la même tuméfaction. Vomissements; langue sèche; prostration.

2 *septembre*. L'érysipèle a envahi la partie supérieure du tronc à droite. Subdélire.

5 *septembre*. L'érysipèle ne s'est plus étendu, la fièvre a diminué, la langue est moins sèche, le délire a disparu.

10 *septembre*. L'érysipèle est en pleine desquamation, l'appétit est revenu. La malade se lève quelques instants dans la journée.

Dans la *seconde quinzaine de septembre*, les accès fébriles se reproduisent presque continuellement, avec les mêmes caractères indiqués plus haut; c'est à peine s'il y a quelques jours d'apyrexie. Diarrhée constante; vomissements fréquents, amaigrissement rapide. Depuis le 12 *septembre*, teinte ictérique généralisée, léger œdème des deux bras. — L'état s'aggrave de plus en plus; fièvre continuelle; fuliginosités sur les dents et les lèvres; prostration: la malade succombe le 26 septembre.

Autopsie. Les masses ganglionnaires des aines et des aisselles sont enlevées : elles sont constituées par des ganglions dont le volume varie de celui d'une petite noisette au volume d'une noix; sur la coupe, leur tissu est gris-pâle ou gris-rougeâtre; il ne présente pas de lésions caséeuses. Ganglions bronchiques peu développés. Ganglions mésentériques formant une masse qui atteint environ le volume de la tête d'un fœtus de six mois. Nombreux ganglions à la face inférieure du foie; leur masse comprime évidemment tous les organes du hile, vaisseaux et conduits biliaires.

Le foie est volumineux, il pèse 2,600 gram.; toute sa substance est teinte en jaune verdâtre foncé. Sur de nombreuses coupes, on trouve, près de la périphérie de l'organe, des taches rouge vif, circulaires, de 5 millimètres environ de diamètre, très-rapprochées les unes des autres. Vésicule pleine de bile; pas de calculs. Sur la convexité de l'organe, nombreuses néo-membranes péritonitiques qui font adhérer le foie au diaphragme, à l'estomac et à l'intestin grêle; quand on veut le séparer de ces parties, les néo-membranes s'étirent en filaments blanchâtres. La rate, volumineuse, pèse 640 gram; sur toute sa périphérie, mêmes néo-membranes péritonitiques l'unissant au diaphragme et aux anses intestinales voisines.— Le rein droit pèse 165 gram., le rein gauche 130 gram.

Dans la cavité péritonéale, quantité considérable de sérosité verdâtre. Poumons emphysémateux et congestionnés. Le cœur pèse 240 gram. et ne présente pas de lésions valvulaires. Rien d'important à noter pour les centres nerveux.

Observation II. — Candillon, Prudent, 44 ans, palefrenier, entré le 12 septembre 1874 à l'hôpital Cochin, service de M. Bucquoy. Cet homme vient de l'hôpital du Midi où il a été soigné par M. Mauriac, qui a bien voulu nous communiquer les notes prises sur ce malade; en voici le résumé: En 1866, rhumatisme articulaire très-grave. Constitution robuste; bonne santé habituelle. En février 1874, blennorrhagie. Un mois ou 6 semaines après, végétations sur la muqueuse préputiale, sans chancre ni suppuration. Vers le milieu de mai, les ganglions de l'aine commencèrent à gonfler et acquirent bientôt les dimensions d'un gros œuf.

Presque en même temps, développement d'une adénopathie semblable dans les aisselles, les parties latérales du cou, derrière la branche montante du maxillaire supérieur et l'apophyse mastoïde. Le 8 *août*, il est entré à l'hôpital du Midi.

25 *août*. Œdème des bourses, de la verge et des extrémités inférieures. Les tumeurs ganglionnaires augmentent considérablement. Bientôt ascite notable; développement anormal de la rate. Rien dans les poumons; bruits du cœur normaux. Teinte pain d'épice de la peau. Appétit conservé.

Un peu plus tard, gène très-grande de la respiration; le malade ne peut plus descendre au jardin. Le sang ne présente rien d'anormal au microscope; pas de modifications patholo-

giques de l'urine. C'est dans cet état que le malade arrive à l'hôpital Cochin, le 12 *septembre* 1874.

23 *septembre.* Fièvre ; anorexie ; envies de vomir ; dyspnée plus grande. Rougeur et tuméfaction de la peau qui recouvre les masses ganglionnaires du côté droit du cou. T. 40°, 1.

25 *septembre.* Rougeur et tuméfaction de la partie latérale droite du thorax ; vomissements ; constipation. T. 41°.

26 *septembre.* L'érysipèle s'étend jusqu'à la cuisse droite ; agitation. T. 41°, 3.

27 *septembre.* Délire pendant la nuit : le malade parle de chevaux, de vin, etc. T. 41° 2. Langue sèche.

28 *septembre.* Le délire continue avec hallucinations. L'érysipèle a envahi tout le tronc et la presque totalité des membres inférieurs. T. 39°, 2. Le malade succombe pendant la nuit. — L'examen du sang avait été fait le 20 *septembre* par le Dr Malassez qui avait obtenu les résultats suivants : Globules rouges 2 940.000 par millimètre cube. — Globules blancs 35.000. — Diamètre des globules blancs 5 à 8 μ. Le sang contenait donc 6 fois plus de globules blancs et 2 fois moins de globules rouges qu'à l'état normal.

Autopsie. Pas de lésions de l'encéphale appréciables à l'œil nu : en plusieurs points de la substance blanche des circonvolutions, taches rouges du volume d'une tête d'épingle.

Poumons congestionnés. Le cœur pèse 315 grammes, sans lésions valvulaires. Le foie a une teinte rouge, jaunâtre ; il est volumineux, et pèse 2.070 gr. La rate également très-hypertrophiée, diffluente, pèse 670 gr. Le rein droit pèse 210 gr., le rein gauche 215 gr. Sur la coupe de ces organes, nombreuses ecchymoses dans la substance corticale, principalement à la base des pyramides. Pas de lésions apparentes à l'œil nu, sur la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Ganglions péri-trachéaux et péri-bronchiques moyennement hypertrophiés, ramollis, noirâtres. On dirait de petites vessies remplies d'encre. Ganglions du mésentère considérablement augmentés de nombre et de volume. Il en est qui ont jusqu'au volume d'un œuf de pigeon. Ganglions des fosses iliaques très-développés et comprimant les veines iliaques : même hypertrophie des ganglions des aines, des aisselles, des creux sus-claviculaires. Le tissu de tous les ganglions est fibroïde, grisâtre ou rosé. Sérosité louche assez abondante dans la cavité péritonéale.

Observation III. — Peyrève, Louis, 56 ans, champignonniste entré le 13 octobre 1874, à l'hôpital Cochin, service de M. Bucquoy. Cet homme, d'une constitution robuste, n'avait jamais fait de maladie sérieuse ; toutefois, dans ces dernières années, il s'enrhumait souvent, ce qu'il attribue aux exigences de sa profession ; depuis quelques mois, sa respiration était devenue courte, comme il dit, difficile ; ses forces avaient sensiblement diminué. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, il tomba malade : toux, dyspnée, fièvre ; quelques jours après, il fut obligé d'abandonner son ouvrage. Malgré les soins qu'il a reçus, il ne s'est point rétabli.

Au niveau du tiers inférieur du thorax, à gauche et en arrière, matité, absence complète du murmure vésiculaire et des vibrations. Dans tout le poumon droit, râles sibilants et quelques râles sous-crépitants irrégulièrement disséminés. Crachats muqueux. Peu de dyspnée ; apyrexie ; appétit.

17 *octobre.* L'épanchement thoracique est le même. Large vésicatoire à la partie inférieure du thorax et en arrière.

19 *octobre.* Envies de vomir, anorexie, fièvre. Le malade se plaint de souffrir du ventre qui est ballonné : on y constate également une ascite notable. Peyrève dit, que depuis quelque temps déjà, il a remarqué que son ventre a augmenté de volume et qu'il boutonnait difficilement son pantalon.

20 *octobre.* La fièvre augmente. — 22 *octobre.* Rougeur et tuméfaction de la joue gauche. Fièvre intense.

23 *octobre.* La rougeur et la tuméfaction ont envahi le cou et la partie supérieure du tronc à gauche. Quelques phlyctènes sur le nez, les lèvres et la joue ; quelques vomissements.

24 *octobre.* L'érysipèle s'est étendu à toute la partie postérieure du tronc ; langue sèche ; fièvre intense ; subdélire ; dyspnée intense ; vomissements répétés. — 25 *octobre.* Mort dans la matinée.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale gauche, un demi-litre environ de sérosité louche : pas de modifications appréciables à l'œil nu des feuillets pleuraux. Congestion des deux poumons. Autour de la bifurcation de la trachée et des deux bronches, chapelet de ganglions peu hypertrophiés, noirâtres et assez mollasses.

Cœur flasque, pesant 320 gram. sans lésions valvulaires. Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte, plusieurs petites pustules d'endartérite, saillantes sur la tunique interne du vaisseau fortement imbibée par la matière colorante du sang. Dans les cavités cardiaques, caillots grisâtres. Foie très-volumineux, 2.640 gram. Ganglions lymphatiques du hile hypertrophiés. Rate, 620 gram. ; plusieurs plaques épaisses de 0.004 environ ; plaque cartilagineuse de périsplénite ; ganglions du hile hypertrophiés.

Rein droit 250 gram. ; rein gauche 275 gram. Légère adhérence de la capsule à la substance corticale : sur la coupe, nombreuses ecchymoses, du volume d'une tête d'épingle environ, dans la substance corticale et principalement à la base des pyramides.

Dans le mésentère, masse du volume d'une tête de fœtus à terme, composée de ganglions dont quelques-uns ont jusqu'au volume d'une pomme d'api. Sur les replis du mésentère et jusque sur les anses intestinales, on trouve comme un véritable semis de petits ganglions rosés qui ont au maximum le volume d'une noisette ; quelques-uns ne dépassent pas le volume d'un pois. Dans la cavité péritonéale, un ou deux litres de sérosité louche.

Dans les deux aisselles, masses de ganglions lymphatiques grosses comme un poing d'adulte. Aux aines, le triangle de Scarpa est comblé de ganglions lymphatiques. Pas de développement anormal des ganglions cervicaux.

Comme on le voit, j'ai eu l'occasion d'observer en 3 mois, trois cas de leucocythémie. Dans deux de ces cas, la mort est survenue par érysipèle ; dans le troisième cas, on a observé aussi un érysipèle des plus graves.

En rapprochant les lésions de l'érysipèle des lésions de la leucocythémie, je suis fortement porté à admettre qu'il n'y a pas eu là simple coïncidence, mais bien une véritable complication préparée par l'état même du système lymphatique chez les leucocythémiques.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Séquestrations illégales.

Un fait inouï, inconnu jusqu'alors dans la Vendée, vient de se produire dans le village d'Aumère, commune de Poiré-sur-Vie. — Un pauvre idiot, appartenant à une famille de cultivateurs, a été trouvé dans une espèce de taudis qu'on pourrait plutôt appeler un toit à cochons. Il était sur un tas de fumier, accroupi, les membres ratatinés, ne pouvant plus se détendre par suite de cette position qu'il avait été obligé de prendre, engourdi constamment par le froid. Sa nourriture consistait à peu près en pommes de terres crues. Pour l'empêcher de sortir, ce qu'il faisait quelquefois précédemment, il était enchaîné à une pièce de bois qu'il pouvait porter sur son dos quand il voulait marcher, ce qu'il n'avait pas fait et ne pouvait plus faire depuis deux ans. Depuis cette époque, il n'était pas sorti de cette infecte tanière. La justice, informée par la rumeur publique de cette séquestration extraordinaire, s'est transportée sur les lieux, accompagnée d'un médecin. Après une enquête et la constatation de ces faits, elle a fait conduire ce malheureux idiot à l'hospice et le père de cet infortuné à la prison de la Roche. (*Libéral de la Vendée*).

Les faits semblables à celui que rapporte avec indignation le *Libéral de la Vendée* étaient de pratique commune et ordinaire avant que la loi, tant décriée de 1838, n'eût créé des asiles d'un accès facile. Aujourd'hui encore, malgré le nombre toujours croissant des asiles départementaux, il n'est pas rare de rencontrer dans les journaux politiques la relation d'une séquestration de cette nature, et au cours de la polémique soulevée, il y a quelques années, autour de la question du placement des aliénés, nous nous souvenons d'en avoir lu des exemples cités sans

réflexion, par les mêmes journaux qui tonnaient sans repos ni trêve contre les maisons d'aliénés transformées, selon eux, en Bastilles au petit pied. Et nous nous étonnions que parmi les défenseurs, faisant bonne justice des calomnies provoquées par quelques individualités malsaines, aucun ne prît l'offensive, en dressant la liste des véritables et réelles séquestrations illégales, racontées par ceux-là mêmes qui déclamaient à perte d'haleine contre des griefs imaginaires.

Laissant passer sans les voir des abus réels, il eût été bon pourtant de faire voir qu'il y avait, en effet, des séquestrations illégales, mais qu'elles n'existaient pas là où l'on voulait absolument les trouver, qu'elles avaient pour victimes, non pas des personnes faussement taxées de folie, mais de véritables aliénés, de pauvres idiots, de malheureux déments; qu'il fallait pour découvrir ces séquestrations illégales frapper à d'autres portes qu'à celles des asiles reconnus et surveillés, les chercher dans les familles ou dans des établissements non autorisés à recevoir des aliénés.

On eût fait ressortir alors que ces abus, autrefois innombrables, ont été un des principaux motifs de la loi de 1838, dont le grand mérite a précisément été d'en diminuer considérablement le nombre par le jeu de deux dispositions spéciales, en restreignant la faculté de recevoir des aliénés à des établissements autorisés et surveillés d'une part, et de l'autre, en facilitant l'entrée de l'asile par la simplicité des formalités à remplir.

Peut-être alors, connaissant mieux les effets de la loi de 1838, la presse politique, au lieu de la combattre aveuglément, se fût-elle appliquée à la mieux connaître et à rechercher les moyens d'en faire sortir tous les résultats qu'elle doit donner. Au lieu de batailler à propos de malades bruyants, trop peu séquestrés, on eût recherché pourquoi se reproduisaient encore des faits comme celui d'Aumère. C'est ce que nous voudrions faire en quelques mots.

D'abord, il faut remarquer que presque toujours ces faits se produisent chez des cultivateurs, dans les villages, et surtout dans des départements où les communications sont difficiles, l'instruction peu répandue et l'aisance rare. C'est qu'en général, les auteurs de ces séquestrations sont plus encore ignorants que coupables. Nous ne voulons pas, qu'on l'entende bien, excuser aucun de ces faits, mais nous voudrions que l'on se rendît bien compte de la façon dont les choses se passent le plus souvent.

Dans une famille de paysans peu aisés, un des membres tombe en démence ou aliéné, ou bien un enfant idiot est devenu adulte. Quelquefois par mauvaise honte seulement si le malade est tranquille, quelquefois pour obéir aux réclamations des voisins, ou même aux injonctions du maire et du garde-champêtre, si le malade est agité, on le garde à la maison d'abord, on l'empêche de sortir. Mais la nécessité de gagner le pain quotidien, obligeant tous les parents à sortir et à rester dehors toute la journée, on le laisse seul, impossible de lui donner un gardien, quel qu'il soit, ce serait une bouche de plus à nourrir avec une paire de bras de moins.

Et il ne faut pas chercher ailleurs que là l'explication de la rareté relative des séquestrations de ce genre chez les ouvriers, même plus pauvres que les cultivateurs, mais que leurs occupations retiennent au domicile au lieu de les en éloigner. — Puis, par précaution, ou quelques faits et gestes ayant déjà donné l'éveil, on remplace le gardien par un lien. Le temps passe, le malade devient de plus en plus difficile, on s'aigrit contre lui, l'affection éteinte, la charge paraît plus lourde, on trouve que le malade devient *méchant*, on le brutalise, et une fois sur cette pente, on ne s'arrête plus. Neuf fois sur dix, les choses se passent ainsi, et des gens qui ne sont, au fond, ni meilleurs ni pires que d'autres, en viennent peu à peu, jour par jour, à commettre de véritables atrocités.

Supposez maintenant que le vœu de la loi de 1838 soit rempli, que le département possède son asile, que les populations en connaissent l'existence, que les villageois sachent que pour placer un des leurs, il ne faut pas, comme ils disent, la croix et la bannière, c'est-à-dire qu'ils n'auront pas à dépenser un temps précieux en démarches infructueuses, qu'on ne leur cache pas que les indigents y ont droit à une place aux frais de la commune et du département, et bientôt on n'entendra plus parler de ces faits révoltants, froidement perpétrés par des paysans plus ignorants que méchants. Ce résultat désirable s'obtiendrait sans doute plus vite encore et plus facilement si l'asile était sous la main des parents, si, comme l'a demandé M. Delasiauve, on remplaçait le grand asile central par de petits asiles communaux ou cantonaux. Mais cette proposition de notre cher maître ne semble pas devoir se réaliser de sitôt et il ne faut compter que sur ce qui est. Et, nous le répétons, telle même qu'elle fonctionne aujourd'hui, la loi de 1838 permet de faire cesser ces séquestrations illégales; mais il faut que ses dispositions les plus humaines ne soient pas rendues inutiles par l'ignorance de ceux en faveur de qui elles ont été prises. En les faisant connaître de tous, la presse politique remplirait plus dignement son rôle, qui est de combattre l'ignorance, qu'en dénigrant à tort et à travers une loi qui n'est pas parfaite sans doute, mais qui est bonne, qui a rendu de grands services et qui peut en rendre de plus grands encore. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

MM. MALASSEZ et PICARD communiquent les résultats d'une nouvelle série d'expériences sur le sang veineux de la rate. Dans leurs précédentes observations (Voir *Progrès Médical*, 1874, p. 695), ils énervaient la rate dans sa totalité et étaient par conséquent obligés de recueillir leurs échantillons de sang à deux moments différents: 1° avant l'énervement; 2° un temps variable après cet énervement. Profitant de l'espèce d'indépendance vasculaire qui existe entre les divers départements de la rate, ils ont énervé une moitié de la rate et respecté l'autre. Ils ont pu ainsi recueillir leurs deux échantillons de sang à un même moment donné, dans des conditions identiques. En opérant ainsi, ils ont obtenu des résultats plus tranchés que dans leurs précédentes expériences. Et cependant, il existe dans le procédé opératoire une cause d'erreur qui atténue les résultats. C'est un état de demi-paralysie, de demi-activité qui se développe du côté paralysé. Il paraît donc bien certain que, sous l'influence de la paralysie de la rate (ce qui met cet organe dans un véritable état d'activité artificielle), le sang veineux devient plus riche en globules rouges. Il est à remarquer que cette augmentation globulaire semble avoir son maximum d'intensité entre une heure et demie et deux heures après la paralysie, puis diminue et disparaît.

M. Alb. ROBIN donne de nouveaux détails sur l'action du *jaborandi*. Les phénomènes qu'il produit sont de deux ordres : 1° les uns sont normaux (soif vive, modifications de la pupille) ; les autres sont des phénomènes de compensation (vomissements et diarrhée). Toutefois, ces derniers seraient normaux chez les animaux qui ne suent pas. Au premier abord, il semblerait que les vomissements et la diarrhée sont des effets habituels, réguliers, du jaborandi. Or, le plus souvent, ils ne surviennent qu'à la suite de circonstances particulières. Par exemple, l'excès de dose, l'administration du jaborandi trop peu de temps après le repas, l'ingestion d'une trop grande quantité de liquide pour calmer la soif occasionnée par le jaborandi, la déglutition de la salive dont la sécrétion est, on le sait, considérablement accrue par le médicament. Aussi, M. Robin pense-t-il qu'on ne doit pas regarder les vomissements comme des phénomènes physiologiques du jaborandi. De même, la diarrhée ne survient que s'il y a déviation des effets du jaborandi.

MM. CARVILLE, CORNIL et Al. ROBIN ont trouvé à l'autopsie des animaux qui avaient été soumis à l'action du jaborandi, une congestion intense du tube digestif et de la vessie.

M. P. BERT fait une nouvelle communication sur l'influence qu'exercent les pressions différentes sur la quantité d'oxygène contenue dans le sang.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. CHEVALLIER, au nom de la *Commission des eaux minérales*, lit une série de rapports ayant trait à des demandes d'exploitation. Les conclusions sont adoptées sans discussion. L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. La Commission présente dans l'ordre suivant : 1° M. Personne ; — 2° M. Planchon ; — 3° M. Riche ; — 4° M. Boucher ; — 5° M. Bourgoin ; — 6° M. Méhu. — 70 votants, majorité 36. Au premier tour de scrutin M. Personne, est nommé par 67 suffrages. M. Riche obtient 2 voix, M. Planchon 1.

M. PANAS lit un travail intitulé : *Variétés particulières des kystes séreux ovariques.* D'après l'auteur, certains de ces kystes contiennent une sérosité albumineuse et se guérissent par une simple ponction avec un trocart de trousse à petit diamètre, sans qu'il soit nécessaire de faire après l'écoulement du liquide une injection iodée. M. Panas cite à l'appui de son opinion 5 observations prises dans ses services hospitaliers ou dans sa clientèle.

M. PASTEUR vient répondre aux objections qui lui ont été faites dans la dernière séance. Tout d'abord il fait hommage à l'Académie des travaux de son préparateur, M. Gayon, sur la putréfaction des œufs. Si ses contradicteurs en avaient eu connaissance huit jours avant, ils auraient évité de lui faire des critiques aussi peu sérieuses.

M. Colin a dit qu'il avait observé des œufs de toutes provenances, que tous étaient putréfiés, que dans les uns il avait trouvé, non des vibrions ou des ferments, mais des corpuscules albumineux non organisés,; et dans les autres rien du tout. Or, M. Pasteur prie M. Raynal, directeur de l'Ecole d'Alfort, d'envoyer à son laboratoire les œufs observés par M. Colin. Ce dernier les a portés lui-même. M. Pasteur alors a facilement prouvé que tous les œufs n'étaient pas putréfiés et que ceux qui l'étaient contenaient parfaitement des vibrions et des ferments organisés.

M. Poggiale a dit qu'il n'avait pas d'opinion arrêtée sur la génération spontanée et il croit que le mieux est de n'en pas avoir. M. Pasteur ne peut admettre cette théorie. Depuis 20 ans, il étudie assidûment et consciencieusement les fermentations, il affirme que la génération spontanée n'est pas ou plutôt qu'elle n'a pas été prouvée.

M. Poggiale a dit encore que M. Pasteur s'était ému des conclusions du travail de M. A. Bergeron. Cela est vrai, il a été douloureusement étonné de voir avec quelle facilité on admettait des théories si peu concluantes et erronées sur des choses si essentielles. Quant à la vérité scientifique d'où elle vienne, si elle l'émeut, c'est d'admiration. Au lieu de faire chaque jour de nouvelles expériences qu'on vienne contrôler celles de M. Pasteur ou les infirmer s'il y a lieu.

A propos des expériences de MM. Bellamy et Lechartier, M. Poggiale a demandé des explications sur la fermentation alcoolique des fruits. Sur cette question M. Pasteur ne peut répondre. Mais chaque jour amène une découverte, la science marche pas à pas et parce qu'on est arrêté par un obstacle est-ce une raison pour nier ce qui est acquis? Un petit enfant fait seul deux pas et ne peut faire le 3e, niera-t-on qu'il ait marché ?

M. Poggiale a aussi dit qu'on ne pouvait expliquer comment les urines devenaient ammoniacales dans la vessie, cela est encore vrai, mais ce qu'il y a de certain c'est que, chaque fois que l'urée se transformera en carbonate d'ammoniaque, on trouvera dans le liquide, la clinique l'a démontré, un ferment organisé. Passant à un autre ordre d'idées M. Pasteur répond à la question de M. Bouillaud. Quels sont les ferments des ferments? En d'autres termes : comment les ferments peuvent-ils se détruire à la suite des décompositions qu'ils ont produites? Prenant pour exemple un grain de raisin, il le montre subissant la fermentation alcoolique, bientôt apparaît le *mycoderma aceti* ; l'alcool s'oxyde et se transforme en acide acétique ; sous différentes influences, cet acide abandonne à l'air son acide carbonique et le ferment n'ayant plus d'oxygène meurt et se réduit en cendres ; il est emporté par le vent dans l'atmosphère et reste à l'état de poussière inorganique jusqu'à ce qu'il trouve des conditions favorables et propres à le faire revivre.

M. BOUILLAUD remercie M. Pasteur, mais il se réserve de lui faire plus tard de nouvelles objections. — M. POGGIALE trouve que M. Pasteur n'a nullement répondu à ses observations et à ses questions. — Une courte discussion s'engage entre les deux adversaires.

M. DESMARRES présente à l'académie un jeune homme de 25 ans environ dans l'œil droit duquel on peut voir un cysticerque vivant (*cysticercus cellulosus*). Ce malade a été vu par M. Giraud-Teulon qui a aussi constaté ce cas très-curieux et très-rare. — A 5 heures et demie comité secret. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 novembre 1874. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

21. Arthrite sèche suppurée ; par M. G. SAINTE-MARIE, interne provisoire.

Le 7 octobre 1874, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. DUPLAY) le nommé Ranvier (Jean), âgé de 40 ans. Depuis un an, cet homme est atteint de douleurs ayant leur siége dans la hanche gauche et s'irradiant dans la cuisse du même côté. Le malade a cependant continué l'exercice de sa profession de bosseleur jusqu'à il y a trois mois, époque à laquelle il dut entrer dans un service de médecine. A dater de ce temps, s'est manifesté un gonflement notable de la région trochantérienne gauche.

A son entrée dans les salles de chirurgie, on observe une flexion de la cuisse sur le bassin avec légère rotation en dehors. La région de la hanche est considérablement tuméfiée, surtout vers la face externe. On constate, en effet, l'existence d'une vaste tumeur fluctuante, occupant les régions trochantérienne et fessière gauches, avec propagation vers le pli de l'aine. L'articulation communique manifestement avec la tumeur. La hanche est en outre le siége de frottements très-marqués dans les mouvements spontanés ou provoqués. On recherche avec soin les commémoratifs; pas de maladies antécédentes; les poumons paraissent sains.

Le 10 *octobre*, on ponctionne la tumeur avec le trocart-aspirateur et l'on évacue 200 grammes, environ, d'un pus séreux, jaunâtre, analogue, par sa coloration, au café au lait.

Le 16, la collection s'est reproduite. On se décide à chloroformiser le malade, pour passer un drain dans la tumeur, et remettre le membre dans une attitude convenable.

Le 3 *novembre*, on constate un œdème considérable du membre inférieur gauche et de la paroi abdominale. Les orifices qui donnent passage au tube à drainage sont taillés à

pic, ulcérés. Le liquide qui s'écoule possède une odeur gangréneuse; il est sanieux, grisâtre.

Le 4, l'état général est très-grave, fièvre, frissons, et mort dans la nuit.

AUTOPSIE. On rencontre, dans la fosse iliaque gauche, une nappe de pus qui communique avec l'articulation de la hanche. par la gaîne du psoas. Le périoste et l'os coxal sont absolument sains. Au-dessous du moyen fessier, et enfin au devant de l'obturateur externe, ou rencontre encore des collections purulentes qui communiquent avec l'articulation par de larges perforations de la capsule. La cavité cotyloïde est profondément altérée, elle est augmentée de capacité, élargie. La tête fémorale, en revanche, est diminuée de volume, elle est déformée, rugueuse, bosselée. Le ligament roud, le cartilage articulaire ont disparu. La surface osseuse est nécrosée.

Les lésions viscérales sont insignifiantes. Il existe seulement quelques tubercules crétacés au sommet du poumon droit.

M. VERNEUIL. Existait-il des craquements dans d'autres articulations ?

M. SAINTE-MARIE. On n'a rien constaté de semblable.

M. VERNEUIL. Ce renseignement est fort important, car le fait d'une arthrite sèche limitée, et arrivant à la suppuration est tout-à-fait extraordinaire. J'avoue du reste que je ne retrouve pas là les caractères habituels de l'arthrite sèche; cette maladie ne détermine pas une usure aussi considérable que celle que nous voyons ici, et par contre, elle produit toujours des stalactites autour de l'os malade. Je crois donc qu'il s'agit ici bien plutôt d'une ostéite, et j'engage M. le présentateur à comparer cette pièce avec celles qui existent au musée Dupuytren.

M. CHARCOT. Il aurait été intéressant de faire l'examen de la moelle épinière; cette lésion présente en effet la plus grande analogie avec l'arthropathie des ataxiques, et comme je l'ai dit bien des fois, l'ataxie locomotrice peut parfaitement passer inaperçue.

M. HOUEL. Je n'hésite pas à voir dans la pièce qui vous est présentée, un exemple de carie; nous trouvons en effet, comme dans la carie, une usure de la tête et une augmentation de la cavité cotyloïde. Les apparences sont toutes différentes dans l'arthrite sèche, ainsi que j'ai pu le constater dans la révision que je faisais, ces jours-ci, des pièces du Musée.

Quant à l'arthrite sèche des ataxiques, décrite par M. Charcot, elle présente certainement de l'analogie, mais n'est pas identique avec l'arthrite sèche vraie. Dans cette dernière, la lésion ne dépasse pas l'insertion des ligaments; en dehors de ceux-ci l'os est normal; il se défend en quelque sorte, et l'on trouve des stalactites qui peuvent même, ainsi qu'on le voit sur une pièce présentée par M. Barth, envahir les muscles dans une certaine étendue. Dans l'ataxie, au contraire, la lésion se propage dans l'os lui-même; il se fait une ostéite qui se généralise.

M. CHARCOT. Je suis très-content de ce que vient de dire M. Houel. Lorsque j'ai décrit l'arthropathie des ataxiques, on m'a objecté que c'était une arthrite sèche vulgaire. Il me semblait pourtant y trouver quelque chose de spécial, et en particulier l'usure considérable et l'absence de stalactites; les observations de M. Houel viennent donc à l'appui de mon opinion.

36. Triple fracture verticale du bassin par compression entre le sol et une poutre. — Déchirure de l'urèthre. — Infiltration d'urine. — Mort sept jours après l'accident; par A. AUGIER, interne des hôpitaux.

Casimir C., âgé de 57 ans, scieur de long, est amené à l'hôpital Necker, le 20 juillet, (service de M. DÉSORMEAUX), vers 2 heures de l'après-midi : l'accident remontait à une heure, et avait eu lieu de la manière suivante :

Au moment où il était sur une poutre élevée d'où il sciait du bois, une corde s'est rompue, il a sauté au bas de l'échafaudage, mais malheureusement du côté où tombait en même temps la poutre sur laquelle il se trouvait.

Celle-ci, qui avait un volume assez considérable, est tombée sur lui pendant qu'il était encore étendu à terre et il a été ainsi pris entre le sol et la poutre par les diamètres transverses du bassin. Une fois dégagé de dessous ce corps pesant, il n'a pu marcher et s'est fait transporter à l'hôpital.

A son arrivée, on recherche les fractures et on ne constate aucun déplacement appréciable des os du bassin: les cuisses n'ont rien et on ne constate ni allongement, ni raccourcissement des membres inférieurs. A la percussion, on trouve peu d'urine dans la vessie. Le malade remue sans trop grandes douleurs, dans le lit, ses extrémités inférieures.

Dans la soirée, il a besoin d'uriner et ne peut satisfaire ses besoins; on le sonde avec une sonde molle en gutta-percha: elle s'enfonce sans résistance et amène un demi-verre de sang qui paraît mélangé à de l'urine, mais il ne s'écoule pas d'urine

Déjà, on pouvait soupçonner la lésion de l'urèthre et penser que le malade, dont la vessie dépassait un peu les pubis, l'avait vidée en partie par une déchirure du canal; c'est cette urine mélangée de sang qui était sortie au premier cathétérisme.

21 juillet. — Le lendemain, M. Désormeaux parvint à introduire une sonde molle, mais dans une nouvelle tentative pour en mettre une plus grosse, il échoua. — A ce cathétérisme, il y avait eu d'abord issue par la sonde d'une petite quantité de sang, suivie bientôt d'une urine claire et normale ; — la lésion de l'urèthre était des plus évidentes ; — les bourses étaient d'ailleurs le siége d'une ecchymose noirâtre et qui remontait en arrière jusqu'à l'anus en colorant fortement le périnée.

Le malade ne pouvait pas uriner spontanément. En pratiquant le cathétérisme avec une sonde en caoutchouc, munie d'un mandrin, M. Désormeaux pénétra de nouveau dans la vessie où la sonde fut laissée à demeure. — L'état général est assez bon, il n'y a pas encore de fièvre, néanmoins le malade commence à exhaler une odeur urineuse nettement prononcée.

Les jours suivants, on continue à laisser la sonde à demeure dans la vessie qui paraît se vider assez bien : l'ecchymose envahit les parties latérales des cuisses et l'aine de chaque côté pour remonter jusque vers la fesse. On a beau chercher du déplacement de fragments, de la crépitation, de la mobilité, on ne peut constater ces différents signes, et cependant, on ne doute pas qu'il n'y ait une fracture du bassin ayant déterminé la rupture de l'urèthre.

Trois jours avant sa mort, le malade est pris de délire la nuit, et s'agite dans son lit; il fait une chûte de son lit et ne peut y remonter. M. Désormeaux le sonde de nouveau et retire cette fois un liquide putrilagineux noirâtre: il introduit son doigt dans le rectum et il sent la sonde presque sous le doigt : malgré la réalité de l'infiltration d'urine, les bourses, ni le périnée ne sont tendus, œdématiés comme il arrive d'ordinaire dans le cas d'épanchement d'urine; celle-ci a suivi une voie tout à fait anormale, après avoir formé un clapier au devant de la portion membraneuse, elle s'est infiltrée vers la partie interne et inférieure des cuisses.

Une incision est faite sur la ligne médiane du périnée, et on tombe dans un véritable clapier, où l'on sent la sonde à nu dans l'étendue de plusieurs centimètres. D'autres incisions sont faites sur les cuisses pour en amener le dégorgement. —

Le malade meurt le surlendemain matin : il avait eu, à plusieurs reprises, de violents frissons avant les incisions faites au périnée. — Pendant les trois derniers jours, la température s'est maintenue à 39° et le pouls à 120.

AUTOPSIE. — On trouve, la paroi abdominale étant ouverte, une ecchymose sous-péritonéale étendue dans les deux fosses iliaques, — des adhérences dans le petit bassin de la vessie au rectum (qui est à droite), et aux parois antéro-latérales du bassin. — Les *reins* n'ont subi aucune atteinte de traumatisme; on constate, à ce moment, que la symphyse du pubis est disjointe et que l'on peut aisément faire basculer les corps du pubis en avant, de plus, il y a fracture de la branche horizontale du pubis et de la branche descendante, à sa jonction avec la branche ascendante de l'ischion ; cette fracture existe sur les deux os iliaques, en sorte que l'on peut mobiliser les corps des pubis avec les deux colonnes qui circonscrivent le trou ovale et qui les relient à l'iléon et à l'ischion. Ces fractures trouvent leur explication au point de vue du mécanisme

dans la fracture verticale qui siége en arrière sur le sacrum, dans sa moitié latérale droite où l'aileron a été arraché par les ligaments puissants de la région.

Comme lésions secondaires, nous devons signaler la fracture de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre lombaire. De plus, à droite, la branche descendante du pubis est fracturée et séparée du corps; enfin, à gauche, la fracture de la branche horizontale du pubis est très-oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant; il y a une fêlure qui s'est propagée dans la cavité cotyloïde.

La rupture de l'urèthre siége au niveau de la portion membraneuse, un demi centimètre en avant du vérumontanum; la vessie est remplie par une certaine quantité d'urine claire, ce qui prouve que le malade urinait, en grande partie, dans l'espèce de poche (transformée en clapier), située entre les deux bouts de l'urèthre. Cette fracture du bassin nous paraît intéressante au point de vue de la facilité avec laquelle on en conçoit le mécanisme.

Les deux os iliaques ont été pris entre deux forces opposées agissant dans le sens des diamètres transversaux; le sacrum a commencé à se fracturer au niveau de son aileron droit. dès ce moment, le diamètre transversal du détroit supérieur a pu subir une diminution et ses deux extrémités se rapprochant, les colonnes du pubis se sont rompues de chaque côté par la projection en avant de l'arcade pubienne dont la symphyse subissait en même temps une disjonction; l'adhérence de l'urèthre au niveau de l'aponévrose moyenne, explique comment il s'est déchiré à ce niveau, au moment de la rupture de cette membrane aponévrotique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *mars* 1875. — PRÉSIDENCE DE M. L. LE FORT.

M. MAGITOT à propos du protoxyde d'azote relate deux nouveaux cas de mort par cet agent anesthésique. L'autopsie a démontré irréfutablement qu'ils avaient péri par asphyxie.

M. TILLAUX lit un rapport sur une observation de *luxation complète de l'astragale en avant et en dehors, réduite par les tractions à l'aide du caoutchouc*, observation présentée par M. Th. Anger. Le malade est complétement guéri et marche très-bien. M. Tillaux est d'avis que, dans le cas présent, la réduction aurait pu se faire sans nécessiter l'emploi du caoutchouc. L'observation sera publiée en entier dans le compte-rendu.

M. PANAS a pratiqué 2 fois l'opération de Marion Sims pour remédier à la chute de l'utérus. Il a obtenu une guérison et une amélioration notable. La 1re femme qu'il a opérée (1872 avait une chute complète de l'utérus, le vagin était renversé et ses parois présentaient la dureté du parchemin. Malgré cela d'abondantes flueurs blanches s'écoulaient par l'orifice utérin : les règles avaient disparu. M. Panas, après avoir réduit l'utérus, fit, sur la paroi supérieure du vagin, trois incisions avec perte de substance, et appliqua quatorze points de suture métallique. L'opération dura deux heures; la malade ne fut pas chloroformisée et souffrit très-peu. Elle resta un mois à l'hôpital; trois mois après l'opération les règles revinrent. Enfin, malgré une fausse couche de six mois et le travail très-pénible auquel se livre cette femme, l'utérus se maintient encore en place sans l'aide d'un pessaire. — Chez la seconde femme, le col de l'utérus seul faisait hernie au dehors de la vulve. M. Panas ne pratiqua cette fois que deux incisions latérales. Le résultat n'a pas été aussi complet qu'après la première opération. L'utérus ne se maintient pas en place, le col est situé au voisinage de l'anneau vulvaire.

M. PÉRIER lit une observation d'*extirpation du sein à l'aide de la ligature élastique* chez une femme de 84 ans. La chute de la tumeur a eu lieu 28 jours après l'application de la ligature, et 15 jours après la cicatrisation complète de la plaie.

M. DEMARQUAY présente un malade porteur d'une pseudarthrose du radius à la suite d'une fracture.

M. TILLAUX présente une tumeur érectile qu'il a enlevée chez une jeune fille de 14 ans. Elle était située à l'avant-bras et contenait des phlébolithes nombreux de la grosseur d'un noyau de cerise. I. B.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Manuel médical des eaux minérales, par E. LEBRET. Ad. Delahaye éditeur.

II. De la station sulfurée thermale de Schinznach-les-Bains, par A. ZURKOWSKI Ad. Delahaye éditeur.

III. La station médicale de Saint-Moritz-Engadine (Suisse), par S. JACCOUD. Ad. Delahaye éditeur.

I. L'étude des eaux minérales est entrée dans une nouvelle phase; jusqu'ici les praticiens qui s'occupaient tout spécialement de cette partie de la médecine, relataient seulement les faits qu'ils observaient dans leur station thermale et émettaient des opinions souvent hasardées Il en est résulté un nombre extraordinaire de publications, où les auteurs s'évertuaient à démontrer l'influence heureuse des eaux qu'ils administraient dans quelques maladies chroniques déterminées. Au commencement de l'année 1874, M. Durand-Fardel a senti la nécessité de condenser dans un petit volume toutes nos connaissances sur la pratique thermo-minérale, M. Lebret vient à son tour de publier un manuel où tout ce qui concerne la matière est résumé en termes excellents.

La première partie de cet ouvrage est consacrée aux différents modes d'emploi des eaux minérales et aux moyens adjuvants de la médecine thermale. Sous cette dernière dénomination, l'auteur comprend le massage, la gymnastique, l'hydrothérapie, etc.....

Nous regrettons que M. Lebret n'ait pas consacré un article spécial à l'emploi de l'eau froide dans les maladies chroniques. Il nous semble même reconnaître que ce distingué confrère n'est pas un partisan convaincu de cette dernière méthode, car selon lui, la douche froide ne doit guère être administrée que comme agent de tonicité et de reconstruction. A notre avis, l'emploi de la douche ne doit pas être aussi restreint, car on peut obtenir avec elle des effets sédatifs et résolutifs très-sensibles, et plus complets même que par aucune autre méthode de traitement. Depuis les travaux de L. Fleury, on ne peut conserver aucun doute sur ce dernier point. Qui ne voit pas, en effet, tous les jours, sous l'influence de la douche locale froide, des engorgements chroniques du foie et de la rate disparaître rapidement, ou tout au moins diminuer notablement? Alors pourquoi ne pas la conseiller dans les stations qui, comme Vichy, sont encombrées de malades atteints de congestion chronique du foie et de la rate.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, M. Lebret classe les eaux minérales, en insistant sur leurs effets physiologiques et thérapeutiques. C'est à coup sûr la portion la plus remarquable et la plus instructive de son manuel. A la suite de ce groupement, il admet six modifications distinctes :

1° Médication sulfureuse;
2° — saline;
3° — alcaline;
4° — arsenicale;
5° — ferrugineuse,
6° — minéro-thermale simple.

Dans la pratique thermale, il est indispensable de bien connaître l'action des principes essentiels des eaux qu'on administre, tant sur toute l'économie en général, que sur les différents systèmes en particulier. M. Lebret l'a parfaitement compris, aussi consacre-t-il d'assez longs développements à l'absorption et à l'élimination des divers agents minéralisateurs. Il s'est aidé pour cela des expériences qui ont été exécutées par Cl. Bernard et autres, et dont voici les résultats en quelques lignes:

Les sulfures s'éliminant par le poumon, agissent surtout sur la muqueuse bronchique, dont la sécrétion est activée. Les alcalins à petite dose agissent sur la muqueuse de l'estomac, augmentent la sécrétion du suc gastrique, à haute dose ils pénètrent dans le torrent circulatoire et s'éliminent par les reins. L'urine devient alors alcaline, en même temps qu'elle est plus abondante Les arsenicaux, comme les sulfures, ont pour lieu d'élection la muqueuse bronchique, dont ils activent la sécrétion, toutefois l'élimination de l'arsenic a lieu par la peau, dont il modifie la vitalité.

C'est d'après ces données physiologiques que M. Lebret a

cherché à se rendre compte de l'action des eaux minérales dans les maladies chroniques. C'est en somme la médecine rationnelle; appelée à rendre de grands services, elle est malheureusement inapplicable dans un trop grand nombre de circonstances.

II. La brochure de M. Zurkowski nous offre un intérêt tout différent; c'est la description d'une station minérale sulfureuse étrangère, qui a beaucoup d'analogie avec celles des Pyrénées et de la Savoie. Il existe cependant des différences qu'il est bon de relever. D'après M. Pernet (professeur de chimie au lycée de Troyes) voici les proportions de souffre que renferment les eaux les mieux favorisées:

Schinznach	5	centig.	par litre.
Enghien, Aix en Savoie, Allevard	4	—	—
Luchon, Le Vernet	3	—	—
Bességes, Labasserre, Uriage	2	—	—
Gazost, Cauterets, Olette, Challes	5	—	—
Eaux-Bonnes	1	—	—

D'après cette analyse comparative, on doit regarder Schinznach comme très-fortement, je dirai même exceptionnellement sulfureuse. Tout fait donc pressentir que sous peu cette station rendra de réels services, du moment où les logements seront en nombre suffisant, car elle est abondamment pourvue de salles d'inhalation et de pulvérisation. Les maladies qu'on y traite avec succès sont la scrofule et le rhumatisme. M. Zurkowski rapporte plusieurs observations qui ne peuvent laisser de doute sur l'influence heureuse de cette eau dans les diverses manifestations de ces deux diathèses. Mais quant à admettre avec lui la possibilité de la guérison de l'ataxie locomotrice, ce serait peut-être aller trop loin. A l'appui de sa manière de voir, il cite un fait qui ne me paraît pas très-concluant; le voici en résumé: Un manufacturier d'Alsace atteint de sclérose des cordons postérieurs de la moelle fut envoyé il y a quelques années à Schinznach, il avait des douleurs fulgurantes très-vives. Le traitement thermo-minéral fut institué et il partit dans un état satisfaisant; tous les ans il revient et repart en bonne santé. Assurément le résultat est excellent, mais est-ce là une guérison complète? dans quelque temps il surviendra peut-être des phénomènes morbides qui modifieront entièrement l'opinion de notre confrère.

III. Nous ne dirons que quelques mots sur la brochure de M. Jaccoud sur la station de Saint-Moritz. L'auteur lui doit beaucoup et il est à craindre qu'il n'en ait exagéré les effets. Son excellent climat, qu'elle doit au voisinage de l'Italie et au groupement des montagnes, attire chez elle une foule de personnes débilitées. La présence d'une notable portion de fer et d'acide carbonique dans chacune de ses sources, rendent ses eaux efficaces dans plusieurs maladies chroniques. L'anémie, la chlorose, la dyspepsie, l'albuminurie atoniques y sont traitées avec succès; M. Jaccoud le fait très-justement remarquer. Quant au diabète sucré avec anémie, en est-il de même? L'auteur le prétend; nous regrettons alors qu'il n'ait pas apporté à l'appui de son opinion un certain nombre d'observations qui puissent convaincre le lecteur; car c'est ordinairement aux bains de mer qu'on envoie les diabétiques anémiques, et les effets qu'ils en retirent sont très-satisfaisants.

Cette brochure, soigneusement écrite, mérite d'être lue, nous ne saurions donc trop engager les praticiens à la parcourir et même à la consulter. J. Cornillon.

CHIMIE MÉDICALE

Note sur une urine glucosique réduisant la liqueur de Fehling, mais ne donnant pas trace de sucre au polarimètre; par M. Jules David, chef du Laboratoire de M. Thénard (de l'Institut.)

Mon excellent maître, M. Thénard a bien voulu, à la dernière séance de la Société chimique, publier le résultat d'un travail que j'ai commencé sur les urines, et qui est resté inachevé, faute de sujets d'expérience. Pensant que ce travail peut intéresser les médecins, et que le cas que j'ai examiné peut se présenter en maintes circonstances, je viens dans cette note donner quelques détails plus précis, et ratifier d'une manière complète les paroles que M. Thénard a prononcées à la société. J'eus à examiner les urines d'un diabétique à la suite d'un anthrax considérable et dont les suites furent des plus graves: mon pauvre père tomba dans un état d'affaiblissement des plus inquiétants, le médecin examina les urines; elles réduisaient la liqueur de Fehling, et brunissaient légèrement en les chauffant avec un morceau de potasse caustique. Il déclara qu'il était diabétique et lui ordonna le traitement du diabète. En qualité de chimiste, je voulus suivre les mouvements de la maladie, et pris chaque jour l'urine de la nuit pour l'examiner.

Un premier fait me frappa. — L'urine ne réduisait pas franchement la liqueur de Fehling, comme lorsqu'elle contient du glucose. Il fallait une ébullition prolongée pour produire le phénomène. Néanmoins, en attribuant le dépôt du protoxyde formé, *au glucose*, l'analyse en décelait 10 à 12 grammes par litre d'urine.

Des doutes me vinrent alors, et pour avoir un résultat net, je soumis au saccharimètre la même urine préalablement traitée par le sous-acétate de plomb. — Je n'obtins pas trace de *déviation*. — L'observation a été faite par moi, contrôlée par M. Thénard, dans le saccharimètre perfectionné de M. Laurent, qui permet d'apprécier 1/2 degré avec une grande netteté. Je cherchai alors un moyen de séparer ce *produit* qui à la manière du glucose réduit le tartrate cupro-potassique, sans toutefois dévier au polarimètre. Voici la méthode que j'ai suivie.

J'ai traité 500 cc. d'urine réduisant bien la liqueur de Fehling par 100 cc. de sous-acétate de plomb concentré. Il s'est fait un gros précipité. J'ai filtré et ajouté dans la liqueur claire de l'ammoniaque en *défaut*, c'est-à-dire en quantité insuffisante pour précipiter tout l'oxyde de plomb de l'acétate en excès contenu dans la liqueur. — Il s'est fait un nouveau précipité B, qui devait contenir le glucose s'il y en avait... il n'en contenait pas. On a filtré et abandonné la liqueur claire au repos pendant une journée. Elle a laissé déposer spontanément au bout de ce temps un précipité rouge chair C. — Celui-là était fort intéressant.

Ce précipité rouge chair a été recueilli, lavé, et remis en digestion avec de l'eau distillée. — On a saturé le plomb qu'il contenait par $SO^3 HO$; et on a filtré pour séparer $SO^3 HO$. La liqueur filtrée contenant $SO^3 HO$ en excès a été saturée exactement par BAO. On a filtré pour parer $SO^3 HO$, et la liqueur claire ainsi obtenue réduisait fortement le tartrate cupro-potassique, sans dévier le *polarimètre*. La matière serait certainement facile à isoler, mais il faudrait des quantités d'urines se trouvant dans ces conditions, et les médecins seuls peuvent nous en procurer.

BIBLIOGRAPHIE

De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire précédée de l'étude des ganglions trachéo-bronchiques; par le Dr A. Barety. Paris, Delahaye. 1874.

Ce consciencieux travail est plus qu'une œuvre de critique excellente, c'est l'exposé complet d'une question à l'étude de laquelle l'auteur apporte le tribut de recherches originales.

La partie, peut-être la plus intéressante de cette monographie, est celle consacrée à l'anatomie topographique des ganglions trachéo-bronchiques formant trois groupes principaux: ganglions pré-trachéo-bronchiques ganglions inter-trachéo-bronchiques; — ganglions inter-bronchiques.

De tous ces ganglions, ceux qui occupent la face antéro-supérieure de l'angle obtus formé par la trachée et la bronche droite (ganglions pré-trachéo-bronchiques droits) sont les plus importants, par leur constance, leurs altérations fréquentes et par leurs rapports. Des planches, dessinées par l'auteur, permettent de suivre les descriptions qu'il nous donne d'après de nombreuses dissections faites sur l'adulte et sur l'enfant.

Après avoir établi la position et les rapports exacts des ganglions, M. Barety étudie avec grand soin chacune des altérations dont ils peuvent être le siége, altérations primitives ou secondaires: ces dernières l'emportent en fréquence sur les premières, les ganglions « reflétant fidèlement les modifications » des tissus dont ils reçoivent les lymphatiques. »

L'auteur passe successivement en revue, en nous donnant une description macroscopique des plus complètes et qu'on ne trouverait guère ailleurs: la congestion, l'inflammation aiguë ou chronique, les dégénérescences scrofuleuse, tuberculeuse, mélanique, cancéreuse, adénique, la transformation calcaire et enfin la gangrène.

Une fois les altérations ganglionnaires étudiées en elles-mêmes, M. Barety nous présente, dans un résumé analytique très-complet, toutes les complications dues à chacune de ces altérations dont il a décrit la nature, la marche et la terminaison. Ces complications sont directes ou indirectes : les premières, résultent de désordres nutritifs (par inflammation ou ulcération), mécaniques (par compression ou affaissement) ou fonctionnels, portant sur l'un quelconque des organes médiastinaux. Les complications indirectes, consécutives aux complications directes, atteignent au-delà du point primitivement lésé des organes thoraciques ou d'autres qui en dépendent. C'est ainsi que l'emphysème pulmonaire succédera à la tendance à la dilatation du point de la bronche comprimé par un ganglion ; — que la congestion, la gangrène ou la caséification pulmonaire pourront succéder à la compression d'une veine pulmonaire, d'une artère bronchique ou d'un tronc de l'artère pulmonaire, et qu'enfin, la médiastinite peut être, en partie, la suite de l'inflammation des ganglions.

Chacune des complications directes est étudiée avec soin dans son mode de formation et dans ses conséquences ; il en est de même, pour les complications indirectes dont la pathogénie est savamment discutée. Parmi ces complications indirectes, nous devons signaler l'emphysème pulmonaire dont la pathogénie constitue certainement une des parties les plus neuves de ce travail.

La seconde partie de la thèse est consacrée à l'étude clinique de l'adénopathie. La symptomatologie y tient une place considérable : l'auteur s'arrête longuement sur la percussion qui doit être faite dans les régions sternale supérieure et interscapulaire. C'est principalement sur la partie droite du manubrium qu'on devra percuter, le groupe ganglionnaire le plus souvent malade (corollaire d'anatomie topographique et pathologique) étant le groupe pré-trachéo-bronchique droit.

A propos de la percussion, l'auteur a repris avec raison l'étude des qualités du son, au point de vue surtout de la tonalité, faisant remarquer que cette notion du ton dans les bruits de percussion, utile toujours, l'est encore plus dans la recherche des hypertrophies ganglionnaires du médiastin.

L'auscultation, pratiquée dans les mêmes régions, fournit les indices les plus importants, toutes les fois que la toux est renforcée, la voix soufflée et exagérée ou la respiration bronchique et prolongée, etc., etc.

A ces données de premier ordre, fournies par les signes physiques, viendront s'ajouter des symptômes dépendant d'actions exercées sur les organes voisins, tels seront : la déformation thoracique, la dyspnée, l'inspiration sifflante, le tirage, la toux rauque, coqueluchoïde, les spasmes ou les paralysies glottiques, etc.

A la symptomatologie, fait suite l'étude des terminaisons de l'adénopathie qui aboutit : à la résolution, à la caséification, à l'énucléation du ganglion et à son rejet par la toux, à la mort enfin, celle-ci résultant, ou de l'état général dans lequel jettent les dégénérescences ganglionnaires, ou de l'action exercée par les ganglions sur les organes voisins (mort par asphyxie, par syncope, par hémorrhagie méningée).

Le diagnostic de l'adénopathie bronchique repose sur la concordance des trois faits suivants : 1° Troubles mécaniques ou fonctionnels portant sur les organes en rapport avec l'un quelconque des ganglions trachéo-bronchiques ; — 2° Adénopathie dans d'autres régions (aisselle, aine, etc.), accessibles à la vue ou au toucher : — 3° Diathèses ou affections viscérales pouvant retentir sur les ganglions.

La concordance de ces trois faits ne permettra guère de confondre l'adénopathie avec la phthisie pulmonaire, la coqueluche ou l'anévrysme de l'aorte qui, s'ils ont quelques signes communs avec l'adénopathie, ont des signes propres et une marche qui ne laisseraient pas errer longtemps.

Pour ce qui est de la distinction entre l'adén[illegible]ne et la phthisie pulmonaire dans ses diverses périodes, l'auteur en a posé les bases principales, persuadé qu'on attribue trop fréquemment à la lésion tuberculeuse des poumons, des symptômes qui relèvent en grande partie de l'altération ganglionnaire. — Le pronostic est sérieux en ce que les altérations ganglionnaires ne sont le plus souvent que le retentissement d'altérations de voisinage ou la manifestation des diathèses scrofuleuse et tuberculeuse.

La pathogénie des adénopathies bronchiques conduit à un traitement prophylactique se proposant d'assurer la résolution complète des affections pulmonaires, de surveiller la convalescence de la rougeole et de la coqueluche, les unes et les autres laissant après elle un engorgement ganglionnaire dont le traitement curatif devra avoir raison.

Ce sont les diverses préparations iodées qui feront les frais de la médication curative, et, parmi celles-ci, le Dr Barety recommande, d'après MM. Gubler et Guéneau de Mussy, la teinture alcoolique d'iode non acide (12 grammes alcool à 90° pour 1 gramme d'iode) à la dose de une à trente gouttes, suivant les âges, l'intensité de l'affection et la tolérance de l'économie. On ne saurait mieux faire que d'associer au traitement iodé l'huile de morne et les eaux minérales.

Tel est, en résumé, le travail consciencieux de M. Barety que tout médecin devra lire, sûr d'y trouver, à côté d'une description anatomo-pathologique plus complète que partout ailleurs et parfois neuve, une symptomatologie que les recherches et les observations de l'auteur n'auront pas peu contribué à rendre plus nette et plus précise. L. LANDOUZY.

14. Anesthésie locale.

On peut obtenir une anesthésie locale en frictionnant pendant une minute la partie sur laquelle on veut opérer avec :

Camphre en poudre........	10 gram.
Ether sulfurique...........	20 —

(*Bordeaux méd.*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. RICHET. Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, phlegmon gangréneux du pied; 4, fracture complète de jambe; 6, sarcome de l'œil, 8, ré récissements multiples de l'urethre; 20 bis, attrition du globe oculaire (à la suite d'un coup de bâton); 19, cysto-prostatite; 30, abcès par congestion; 33, sarcome de l'œil, méningite: 36, cancroïde des maxillaires inférieurs. — Salle Saint-Charles (F.) : 1, exostose de croissance du fémur: 3, fistule ano-vulvaire; 6, fistule vésico-vaginale; 8, hypertrophie diffuse des mamelles (cas très-rare); 9, torticolis rhumatismal; 22, plegmatia alba dolens. — Leçons cliniques, les mardis et samedis à 9 h. 1/2.

Service de M. BÉHIER. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 1, pneumonie du côté droit; 3, saturnin; 7, hémiplégie droite; 10, anémie paludéenne; 12, phthisie prise pour une dothiénentérie; 22, affection cardiaque. — Salle Sainte-Anne (F.) : 11, sclérose en plaques; 20, dothiénentérie; 28, tumeur abdominale. — Leçons cliniques les mercredis à 9 h. 1/2. — Les lundis et vendredis, démonstrations au laboratoire sous la direction de M. Liouville. — *Maladies des yeux*, M. CUSCO, le jeudi à 9 h. 1/2.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. TRIBOULET. Visite à 8 h. 1/4. Consultations le mercredi et le samedi. — Salle Sainte-Marguerite (Filles) : 1, rougeole avec complications pulmonaires; 8, coqueluche; 13, tuberculose pulmonaire à marche rapide; 17, pneumonie lobaire double; 19, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral; 23, pleurésie; 16, chorée.

Service de M. MARC SÉE. Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours. Salle Sainte-Eugénie (filles) : 7, évidement du cubitus gauche (suites d'ostéo-périostite diffuse), guérison; 20, atrésie congénitale des fentes palpébrales; 29, fracture de jambe; 34, ulcères scrofuleux. — Salle Napoléon (garçons) : 3, corps étrangers de l'œsophage (plume de fer), extraction; emphysème du tissu cellulaire du cou; 6, abcès de la jambe, péricardite, pleurésie; 11, abcès profond de la cuisse droite; 12, ulcération scrofuleuse du nez; 25, hypospadias, opérati[illegible].

Hôpital Lariboisière. — Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève : 4, pelvi-péritonite; 12, névralgie ilio-lombaire; 19, phlegmon du ligament large ouvert dans la vessie; 21, hématocèle rétro-utérine; 22, syphilis, bubons suppurés. — Salle Saint-Augustin (bis) : 9, péricardite; 11, phthisie galopante; 12, fièvre typhoïde; 15, paraplégie; 23 bis, coliques de plomb; 24, sacro-coxalgie; 26, hydropneumo-thorax; 28, encéphalopathie saturnine.

Service de M. JACCOUD. Salle Sainte-Claire : 4, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, endo-péricardite; 11, rétrécissement mitral; 15, pelvi-péritonite; 15 bis, chorée. — Salle Saint-Jérôme : 8, atrophie musculaire; 19 bis, ataxie locomotrice; 20, maladie de Bright; 21, pneumothorax; 29 et 34, pneumonie double; 33, ictère catarrhal.

Service de M. ISAMBERT. Leçons sur les maladies du larynx; examen au laryngoscope, le vendredi à 9 h. 1/2.

Service de M. TILLAUX, Salle Sainte-Jeanne : 5, phlegmon profond de la

main; 9, kyste butyreux du sein gauche; 14, abcès de la bouche (région massétérine); 15, kyste hydatique du foie. 21, fissure à l'anus.— Salle Saint-Louis : 1, fracture du maxillaire inférieur; 4, plaie contuse du pied avec large décollement; 11, fractures compliquées de ... ; 19, rétrécissement valvulaire de l'urètre, ... ; 20, ... du tendon de l'extenseur du pouce: 29 et 33, luxation; 27, plaie contuse de la jambe gauche ... de coch... — Salle Saint-Augustin : ... du maxillaire supérieur; 9, hydrocèle double; 1., ... 19 bis, perforation artificielle du tympan: 23, orchite, 3... nouvelle ... orchide.

Hôpital Necker. — Service de M. Chauffard. Consultations le mardi. Visite tous les jours, à 9 h. Salle Sainte-Cécile ... — Salle Sainte-Eugénie ; 1, cirrhose hépatique, 2 et ... 8, vastes cavernes. — Salle Saint-Luc : 3, pleurésie, érysipèle ...; 12, laryngo-typhus-trachéotomie: 13, bronchorrée; 14, érysipèle ... pneumonie secondaire.

Service de M. Potain. Consultation le jeudi. Salle Saint-Louis (H.) : 1, insuffisance mitrale et tricuspide, battement hépatique; 7, cachexie paludéenne, hypertrophie considérable de la rate; 11, pleurésie purulente; 16, néphrite interstitielle; 24, endocardite récente, bronchite et pleurésie aiguës: 29, ... simple.

Service de M. Delpech. Consultation le lundi. Salle Saint-Ferdinand (H) : 1. dilatation bronchique; 5, insuffisance mitrale; 8, bronchite chronique, emphysème; 10, paraplégie, ramollissement de la moelle; 16, ataxie locomotrice, insuffisance aortique; 20, dyspepsie; 29, insuffisance mitrale: 30, pneumonie tuberculeuse; 31, ulcère de l'estomac. — Salle Ste-Adélaïde (F.) : 1, rhumatisme, endocardite; 3, incontinence d'urine hystérique; 5. épithélioma de la paroi antérieure du vagin; 7, bronchite chronique, emphysème, insuffisance tricuspide; 11, rhumatisme articulaire, péricardite sèche; 16, paraplégie hystérique. 23, pérityphlite; 2., fièvre typhoïde.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 5 mars 1875, on a constaté 1,039 décès, savoir : variole, 4; — rougeole, 9; — scarlatine, ; — fièvre typhoïde, 21: — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 8 ; — pneumonie, 12 ; — dyssenterie, ; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, ; — *choléra nostras*, ; — angine couenneuse, , — croup, 16; — affections puerpérales, 12; — autres affections aiguës, 2.3, — affections chroniques, 448, dont 188 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 37; — causes accidentelles, 17.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 21 au 27 février: 1,854, savoir : variole, 2; — rougeole, 15; — scarlatine, 38; — fièvre typhoïde, 20 ; — érysipèle, 7; — bronchite, 392 ; — pneumonie, 111 ; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 16, — *choléra nostras*, ; — diphthérie, 1 , — croup, 23, — coqueluche, 71.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours du semestre d'été.* M. Pajot commencera son cours le mardi 16 mars, à midi. Il traitera de la gestation et de la parturition naturelles, des accouchements dangereux et des opérations qu'ils nécessitent.

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon ouvrira son cours le lundi 15 mars, à 11 heures. Lundi, mercredi, vendredi. 3e partie du programme.

Physiologie. — M. Beclard. Vendredi, 19 mars, à midi. — Fonctions du foie, des reins et de la peau.

Pharmacologie. — M. Regnauld. Jeudi, 18 mars, à 4 heures. Généralités sur l'ensemble de la pharmacologie.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian. Jeudi, 18 mars, à 2 heures. Etudes de pathologie expérimentale sur les substances toxiques.

Hygiène. — M. Bouchardat. Mardi, 16 mars, à 1 heures. — Modificateurs du système nerveux. Régime, sol, air, lumière, chaleur, misère, famine, hygiène générale.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler. Mardi, 16 mars, à 5 heures. Traitement des dyspepsies, des anémies, des névroses, des diabètes, de la goutte ; causes d'amaigrissement et d'engraissement.

Médecine légale. — M. G. Bergeron, suppléant M. Tardieu. Lundi, 15 mars, à 4 heures. — Avortement, attentat aux mœurs ; ... la mort violente par suffocation, strangulation, pendaison et submersion.

Concours d'agrégation en médecine. — Les candidats à l'agrégation ont déposé leurs thèses jeudi dernier. L'argumentation commencera lundi prochain. Voici l'ordre des séances de la semaine : 1re séance. — Hallopeau (*Des paralysies bulbaires*), argumenté par Balestre et Debove. — Straus (*Des contractures*), arg. par Grasset et Renaut. — 2e séance. — Lépine (*De la localisation dans les maladies cérébrales*), arg. par Rathery et Ducastel. — Grancher (*De ...*), arg. par Audhoui et Liouville. — 3e séance. — Legroux (*De ...*), arg. par Joffroy et Desplats. — Dieulafoy (*Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux*), arg. par Rendu et Hallopeau. — 4e séance. — Balestre (*De ... en pathologie*), arg. par Debove et Strauss. — Grasset (*De ...*), arg. par Renaut et Lépine. — Les juges désirent que le concours soit fini avant Pâques ; il y aura sans doute des séances supplémentaires.

Hôpitaux. — *Concours public pour la nomination à une place de chirurgien du bureau central.* — Ce concours commencera le lundi 26 avril, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription sera ouvert du samedi 27 mars au samedi 10 avril, à 3 heures.

— Le concours pour une place de médecin-chirurgien à l'établissement de Forges-les-Bains vient de se terminer par la nomination de M. Domenge, interne des hôpitaux.

— Les travaux préparatoires pour la construction d'une maison de retraite destinée à quarante-huit vieillards des deux sexes des quartiers Montparnasse et Montrouge, viennent d'être commencés rue d'Alesia, près le chemin de fer de l'Ouest (rive Gauche). Un habitant du 14e arrondissement M. Tisseraut, récemment décédé, a laissé 700,000 fr. pour cette fondation. La construction étant évaluée à 350,000 fr., le reste du legs sera placé en rentes sur l'Etat pour servir à l'entretien de l'établissement. On va construire également à l'asile d'aliénés de Sainte-Anne un pavillon spécial pour les femmes. Les travaux ont été adjugés pour 400,000 fr. (*Le Temps*).

Typhus des bêtes a cornes.— On écrit de Rome qu'un décret défend l'introduction en Italie des animaux de la race bovine et de la race ovine provenant de Malte, à cause d'une maladie qui présente le caractère du typhus.

Vacance médicale. — Bonne position médicale à prendre à *Aulus* (Ariège).

Femmes médecins. — Les jeunes femmes qui suivent les cours de médecine et d'accouchement à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Saint-Pétersbourg sont actuellement au nombre de *deux cent cinquante* (*Gaz. de Saint-Pétersbourg*).

Société de médecine légale de France. — Cette société vient de déclarer la vacance de cinq places de Membres titulaires et de dix-huit places de membres correspondants nationaux. Aux termes des statuts le nombre des membres correspondants nationaux est fixé à *cent*, parmi lesquels les magistrats et les avocats peuvent figurer pour un quart.

Il ne doit pas y avoir plus de sept membres correspondants nationaux dans le ressort d'une même cour d'appel; aussi, dans les élections qui vont avoir lieu, la société fera-t-elle porter préférablement ses choix sur les candidats résidant dans les départements qui dépendent du ressort des cours où elle a le moins de correspondants, sans, cependant, attacher à cette condition une importance absolue. Une seule cour d'appel est totalement dépourvue de correspondants de la société, c'est la cour de Bastia, comprenant un seul département, la Corse.

Les autres départements dans lesquels la société serait plus particulièrement désireuse de trouver des correspondants sont, en suivant l'ordre des cours d'appel où elle en a le moins :

Les Colonies ; — Les départements : de la Loire, de l'Ain, du Puy-de-Dôme, de l'Allier, de la Haute-Loire, du Lot, le Lot-et-Garonne, du Jura, de la Haute-Saône, de l'Isère, des Hautes-Alpes, des Bouches-du-Rhône, de l'Orne, de Saône-et-Loire, de la Haute-Marne, des Basses-Pyrénées, des Basses-Alpes, des Hautes-Pyrénées, de la Somme, de la Dordogne, du Cher, du Pas-de-Calais, de la Corrèze, de l'Aude, de l'Aveyron, de l'Ardèche, de la Lozère, de Loir-et-Cher, de la Vendée, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Ariège, du Tarn-et-Garonne, de l'Aube.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

3e ANNÉE. — N° 12 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 MARS 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

IIIe LEÇON. — Classification des maladies du larynx et du pharynx.

SOMMAIRE : Classifications anatomiques, anatomo-pathologiques et nosologiques. — Exposé et critique de la classification du professeur Lasègue. — Classification de l'auteur.

Leçons recueillies par MM. AFFRE et MOIZARD, internes du service.

Messieurs,

La classification que nous proposons est une classification étiologique, et pour nous, en effet, l'étiologie est la véritable base de la détermination des espèces morbides. Sans doute cette base nous fait souvent défaut, sans doute les espèces qu'elle nous indique ne sont pas encore dégagées entièrement par des caractères différentiels suffisants, mais si l'idée fondamentale est vraie, pourquoi tarder à la proclamer ? pourquoi ne pas tracer immédiatement des cadres rationnels où viendront successivement prendre place, et se fixer les espèces naturelles que les progrès ultérieurs de la science nous feront reconnaître ? C'est dans cet ordre d'idées que nous avons tracé la classification que je vais avoir l'honneur de vous proposer.

Nous divisons d'abord les angines en *angines simples* ou *locales* se développant sous l'influence de causes banales, et en angines *localisées* ou *secondaires* sous l'influence d'une maladie générale. Ainsi se trouvent constituées deux grandes classes dans lesquelles peuvent entrer toutes les angines. Nous y ajouterons deux autres classes : les *processus non inflammatoires* (polypes, tumeurs diverses, cancers), et les *troubles de l'innervation*. Il est bien entendu que ces deux dernières classes n'ont rien de commun avec les angines inflammatoires, comprenant des affections pharyngo-laryngées d'une nature tout-à-fait différente.

Voir les nos 3, 4, 5, 9, du *Progrès Médical*.

CLASSIFICATION DES ANGINES PHARYNGÉES ET LARYNGÉES.

		PHARYNGITES.	LARYNGITES.	MALADIES ANALOGUES DANS LES ORGANES VOISINS. BOUCHE	FOSSES NASALES.	BRONCHES.
I. ANGINES SIMPLES OU LOCALES (sous l'influence de causes banales.		*aiguë* (phlegmoneuse).	aiguë, par irritants directs.	stomatite [illegible].	coryza aigu (par irritants directs).	bronchite (par irritants directs).
		— amygdalite.	. . . .	— glossite profonde.	. . . .	
		catarrhale {aiguë. chronique.	catarrhale {aiguë. chronique.	» »	coryza catarrhal aigu. — chronique.	bronch. catarrh. aiguë. — chronique.
		. . . .	striduleuse (faux croup)	. . . .	. . . .	coqueluche.
		folliculeuse ou glanduleuse.	glanduleuse ?	— aphtheuse.	. . . .	. . . .
		toxiques après absorption du poison belladone.	toxiques après absorption. — belladone.	st. toxique.	. . . .	. . . .
		— — iode.	— iode.	st. iodique.	cor. iodique.	. . . .
		— — brôme.	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .
		— alcoolique.	— alcoolique.	. . . .	. . . .	. . . .
		— urticaire de Lasègue ?	. . . .	stom. mercurielle.	. . . .	. . . .
		— nicotinique.	nicotinique.	stom. des fumeurs.	. . . .	. . . .
		parasitaire-muguet.	. . . .	muguet.	. . . .	. . . .
II. ANGINES LOCALISÉES OU SECONDAIRES sous l'influence d'une maladie générale.	inflammatoires (par maladie générale *incertæ sedis*.	érysipélateuse.	érysipélateuse.	érysipèle.	érysipèle.	érysipèle.
		herpétique herpès proprement dit.	?	herpès labialis.	herpès nasal.	. . . .
		diphthéroïde.	diphthéroïde épiglottite ulcéro-membraneuse.	stomat. ulcéro-membraneuse.	. . . .	. . . .
		rhumatismale.	?	. . . .	?	?
	spécifiques — des fièvres éruptives.	varioleuse	varioleuse	stom. varioleuse.	cor. varioleux.	variole.
		morbilleuse.	morbilleuse.	morbilleuse.	coryza morbilleux.	bronch. morbilleuse
		scarlatineuse.	scarlatineuse.	scarlatineuse.	?	
	— des fièvres continues.	typhoïde.	typhoïde laryngite nécrosante.	stom. typhoïde.	cor. typhoïde [illegible]	bronchite typhoïde.
	— de poisons morbides divers.	morveuse.	morveuse.	stom. nerveuse.	cor. morveux.	. . . .
		[illegible] ?	?	?	?	
		diphthéritique angine [illegible].	diphthérique (croup).	stom. diphthérique.	coryza diphthérique.	bronch. diphthérique.
		syphilitique.	syphilitique.	stom. syphilitique	cor. syphilitique	bronch. syphilitique
		ang. tuberculeuse gra- [illegible] pharyngienne.	lar. tuberculeuse.	glossite tuberculeuse.	?	bronch. tuberculeuse
	diathésiques.	ang. scrofuleuse	lar. scrofuleuse.	?	ozène.	. . . .
		— dartreuse {eczéma. psoriasis. pityriasis.	— dartreuse {eczéma. psoriasis. pityriasis.	eczéma de la langue. psoriasis —	id. id.	? ?
		arthritique acné de Lasègue.	lar. arthritique ?	. . . .	. . . .	. . . .
III. PROCESSUS NON INFLAMMATOIRES, TUMEURS	bénignes.		végétations papillaires	épithéliomes.	. . . .	. . . .
		ép. [illegible] muqueuses fibreuses.	polypes {muqueux. fibreux.	[illegible].	polypes {muqueux. fibreux.	. . . .
	malignes.	cancer.	cancer.	cancer de la langue.	cancer.	. . . .
IV. TROUBLES DE L'INNERVATION.	paralysies.	paralysie.	par. {des constricteurs laryngiens. du dilatateur.	paralysie de la langue.	. . . .	. . . .
	spasmes	spasme pharyngé ?	spasme (asthme de Millar).	. . . .	. . . .	. . . .

I. Angines simples ou locales. Nous rencontrons tout d'abord dans cette classe l'angine aiguë, phlegmoneuse, ayant son analogue dans le larynx, la bouche, les bronches, et même le poumon. Nous plaçons à côté l'amygdalite. C'est une angine tout-à-fait spéciale par l'organe qui est le siége de la lésion et par les caractères particuliers que revêt l'inflammation sur ce point, inflammation parenchymateuse et suppurée. Il n'y a guère que l'amygdale qui puisse atteindre un tel degré de gravité sous l'influence du froid seul. Le poumon, dans la pneumonie franche, n'atteint lui-même la période suppurative qu'exceptionnellement, et après une exsudation plastique préalable. Il est à remarquer que ce premier groupe ne reconnaît guère pour les muqueuses de la gorge, du larynx, des fosses nasales et des bronches que des inflammations en quelque sorte traumatiques ou par irritants directs, que le froid simple produit ordinairement des affections catarrhales.

Le second groupe formé par les *angines catarrhales* est également très-naturel : il comprend les angines catarrhales aiguës et chroniques avec leurs analogues dans les bronches et les fosses nasales. On peut en rapprocher la laryngite striduleuse, qui n'est qu'une laryngite catarrhale, compliquée d'un élément spasmodique. Evidemment la laryngite striduleuse n'a pas d'analogue dans le pharynx ; peut-être dans les bronches pourrait-on en rapprocher la coqueluche, dont le siége anatomique est d'ailleurs loin d'être déterminé.

L'angine *folliculeuse* ou *glanduleuse*, angine chronique qui a son siége spécial dans les glandules du pharynx, forme aussi une espèce assez difficile à classer. Elle a son analogue dans la stomatite aphtheuse; mais dans le larynx, il est douteux qu'il y ait une inflammation glanduleuse véritable. Nous reviendrons du reste sur cette question quand nous parlerons spécialement de cette affection.

Les angines *toxiques* forment aussi un groupe très-naturel, auquel M. Lasègue a donné place dans sa classification (ouvr. cité, p. xv). Il faut distinguer parmi les angines toxiques celles qui agissent par *action directe du poison*, et celles qui ne se produisent qu'*après absorption*. Les premières, résultant de l'ingestion de substances caustiques, acides ou alcalis, par exemple, qui irritent fortement les tissus, ne diffèrent pas en réalité des angines aiguës de notre premier groupe, où nous invoquions surtout l'action d'une chaleur trop forte, d'un froid trop vif. L'alcool, le tabac peuvent agir directement sur le pharynx comme irritants locaux ; mais les angines véritablement toxiques procèdent d'une façon plus complexe ; à l'action irritante directe, il faut ajouter les effets généraux qui peuvent se produire après absorption du poison. Les angines alcooliques et nicotiniques ont sans doute ces deux modes d'action. Au second mode se rapportent les accidents qui suivent l'empoisonnement par la belladone, le brôme, l'iode, etc. Il est clair que, dans ces cas, le poison n'agissant sur la gorge qu'après avoir pénétré l'organisme tout entier, les accidents pourraient être à la rigueur rangés dans notre seconde classe, les angines localisées ou secondaires. Mais c'est un sujet encore assez mal connu et nous devons nous borner à marquer la place de ce groupe.

Le dernier groupe de la première classe est formé par les *angines parasitaires*. Le muguet se rencontre surtout dans la bouche et le pharynx, quelquefois dans l'œsophage, et beaucoup plus rarement encore dans l'estomac, mais jamais il ne se propage vers les voies respiratoires, dans le larynx ou les bronches; il suit en cela une marche inverse de celle de la diphthérie qui ne gagne jamais l'œsophage ; nous savons tous avec quelle facilité celle-ci se propage dans les voies respiratoires.

II. Angines localisées ou secondaires. — Le premier groupe de cette classe est formé par des angines que nous appellerons *inflammatoires*, reconnaissant d'ailleurs que c'est là un groupe mal déterminé, constitué par des maladies générales *incertæ sedis*.

L'angine érysipélateuse, que nous y rencontrons la première, vous est connue. Mais l'érysipèle se propage parfois bien plus loin que le pharynx et peut gagner le larynx et la trachée, peut-être même peut-il atteindre les bronches et le poumon ?

L'herpès a son siége surtout sur les lèvres, dans la bouche, quelquefois dans le pharynx, où il constitue l'angine *herpétique*, laquelle a seulement une ressemblance de nom avec l'angine de l'herpétisme, ou plutôt l'angine *dartreuse*. On n'a pas, jusqu'à présent, signalé d'exemples d'herpès proprement dit dans le larynx.

Les angines *diphthéroïdes* comprennent l'angine couenneuse commune, l'angine pultacée, etc. On peut faire rentrer dans ce groupe les épiglottites ulcéro-membraneuses, tout-à-fait analogues à la stomatite du même nom. Enfin, l'angine rhumatismale est une affection dont l'existence n'est pas douteuse. Elle se produit même quelquefois avant toute manifestation articulaire.

Les *angines spécifiques* comprennent les angines des fièvres et celles qui sont dues à l'influence de poisons morbides divers. Les fièvres éruptives s'accompagnent toutes d'angines plus ou moins intenses, mais ces angines sont souvent aussi bien laryngées que pharyngées ; malheureusement l'étude laryngoscopique de ces laryngites est encore à faire, et l'anatomie pathologique ne nous a pas toujours donné des notions exactes. Les autopsies nous ont cependant montré des pustules varioliques dans le larynx, et M. Coyne a fait récemment une bonne étude anatomo-pathologique du larynx chez les morbilleux. Trousseau a longtemps combattu l'existence de la laryngite scarlatineuse; il exprimait son opinion dans cet aphorisme bien connu : *la scarlatine n'aime pas le larynx.* Messieurs, c'est là une erreur, et Trousseau avait fini par le reconnaître lui même dans les derniers temps de sa carrière. On observe, en effet, bien qu'assez rarement, le croup à la suite de la scarlatine. Un matin, je venais de voir succomber à cette complication le fils d'un député, lorsqu'entrant à la clinique de l'Hôtel-Dieu, j'entendis Trousseau proclamer son fameux aphorisme; l'éminent professeur accueillit avec quelque doute l'observation que je lui fis à ce sujet à la fin de la leçon : pourtant le petit malade avait été soigné par Blache, et MM. Barth et Demarquay, et le diagnostic n'était pas douteux. Quelques mois après, Legroux, mon maître, appelait le même professeur Trousseau auprès de la fille d'un notaire de Paris, qui se mourait de la même complication. Trousseau fut alors convaincu, et il pratiqua lui-même sur cette enfant une opération de trachéotomie pour laquelle j'eus l'honneur de lui servir d'aide.

Les angines des fièvres continues, de la fièvre typhoïde, sont connues depuis les travaux de Sestier et de M. Roger. On sait qu'elles aboutissent à des nécroses des cartilages du nez et du larynx.

La morve étend ses lésions des fosses nasales au pharynx et au larynx. Mais l'angine morveuse n'est qu'un élément secondaire d'une si terrible maladie. Quant au choléra, nous ne faisons que marquer sa place ; on connaît l'aphonie des cholériques, mais on n'a guère songé à explorer leur larynx.

L'angine diphthérique qui constitue le croup, quand elle passe dans le larynx, et la bronchite pseudo-membraneuse lorsqu'elle s'étend dans les bronches, a été admirablement décrite par Trousseau. Nous n'y reviendrons pas. D'ailleurs, la douleur qui résulterait de l'application du miroir, l'âge des malades chez lesquels la diphthérie se produit ordinairement, rendent à peu près impossible tout examen laryngoscopique. Nous aurons à traiter longuement, au contraire, de l'angine et de la laryngite syphilitiques, dont nous vous ferons voir de nombreux exemples.

III. Le troisième groupe, les angines diathésiques, n'est pas moins défini que les deux précédents, mais il est beaucoup moins étudié, et cependant les affections qui le constituent, comptent parmi les plus fréquentes.

L'angine *tuberculeuse* est peu connue dans le pharynx. M. Lasègue l'y a longtemps cherchée, mais vainement, et cependant, il existe, comme nous vous le démontrerons, une pharyngite tuberculeuse aiguë, due à la production de

granulations miliaires dans le pharynx. La laryngite tuberculeuse a été beaucoup plus étudiée, et elle est décrite depuis longtemps sous le nom de *phthisie laryngée*; mais on a autrefois confondu sous le nom de phthisie laryngée bien des choses étrangères à la tuberculose. Il importe de réduire aujourd'hui la phthisie laryngée aux lésions du larynx chez les tuberculeux.

L'angine *scrofuleuse* est encore peu connue. Entrevue par Hamilton (de Dublin), et décrite dans ses formes graves par l'école de M. Bazin, cette maladie a été pour moi, l'objet d'études particulières, surtout dans ses premières périodes. J'ai été assez heureux pour rallier à ma manière de voir une aussi haute autorité que M. Lasègue. Quant à la laryngite scrofuleuse, ce n'est encore qu'une maladie ébauchée, qui nous apparaît seulement comme la terminaison pas toujours constante, de la pharyngite scrofuleuse.

L'angine *dartreuse*, (nous ne disons pas herpétique, parce que cet euphémisme porte à la confondre avec l'herpès proprement dit, décrit ci-dessus), s'observe dans le pharynx, dans la bouche, et dans le larynx, concurremment avec plusieurs dermatoses, telles que l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis. Bien que les affections laryngées qui en dépendent paraissent assez fréquentes, il n'est pas encore très-facile d'en préciser les caractères.

Quant à l'angine *arthritique*, c'est une espèce très-mal déterminée, encore à peu près inconnue. Néanmoins, nous croyons être déjà arrivés à connaître quelques caractères qui peuvent lui être attribués. Les angines décrites par M. Lasègue, et qui se produisent en même temps que des éruptions d'acné, nous paraissent rentrer dans ce groupe, ou s'en rapprocher beaucoup.

Dans les deux autres classes de notre tableau, il n'y a plus à faire intervenir l'inflammation, nous avons placé ces affections à la suite des précédentes, seulement parce qu'elles se produisent aux dépens des mêmes organes, et non pas à cause d'une analogie de nature. On peut diviser les tumeurs, en tumeurs bénignes, épithéliomes, polypes, et fibromes, et en tumeurs malignes ou cancers. Le cancer, assez rare dans le pharynx, puisque M. Lasègue n'en décrit qu'un cas bien caractérisé, est au contraire assez fréquent dans le larynx, et, chose remarquable, il nous a paru le plus souvent *primitif*, c'est-à-dire ne coïncidant avec aucune autre manifestation cancéreuse dans d'autres organes.

IV. Quant aux NÉVROSES, qui forment notre dernière classe, ce sont des *paralysies* ou des *spasmes* du pharynx ou du larynx. Les premiers sont ordinairement symptomatiques de quelques tumeurs thoraciques (anévrysmes, adénopathie bronchique), ou de quelque lésion cérébrale portant sur l'origine de la huitième paire. Les spasmes, assez peu connus jusqu'à présent, nous apprendront des choses assez intéressantes sur l'action réflexe du larynx et de la trachée.

Telle est la classification que nous proposons pour les angines pharyngées et laryngées. Il y manque encore bien des choses ; certaines cases sont encore vides, elles pourront être remplies ultérieurement, si l'on vient à trouver des espèces nouvelles. Certaines espèces ne sont peut-être pas à leur place, on pourra les changer, quand on les connaîtra mieux.

D'autres espèces disparaîtront peut-être sous l'influence d'études ultérieures. Nous espérons toutefois que les grandes lignes de notre classification seront peu modifiées ; ce n'est pas seulement parce que nous les trouvons rationnelles, nous pourrions nous faire des illusions à cet égard ; mais c'est parce que nous les voyons s'adapter également bien aux affections des muqueuses similaires ou voisines, au larynx comme au pharynx, à la bouche comme aux fosses nasales ou aux bronches. De plus, notre classification entre dans la nature même des maladies ; elle est féconde en applications thérapeutiques, car elle n'expose jamais à perdre de vue les causes générales, et nous permet ainsi de prévoir les récidives et de les prévenir. Les angines et les laryngites sont rarement locales ; et même parmi celles que nous avons classées sous ce titre, il en est peu, sauf le traumatisme et les irritants directs, pour lesquelles on ne pourrait faire intervenir des influences générales, telle que la prédisposition, et, pour les maladies chroniques, la diathèse. Les poisons chroniques se rapprochent singulièrement, dans leur mode d'action, des spécificités et des diathèses.

Quelqu'imparfait que puisse être notre cadre, nous le livrons pour ce qu'il est; et nous avons foi dans les idées générales qui nous l'ont fait tracer. On a reproché souvent à l'étude des spécialités de restreindre l'intelligence médicale, d'enfermer celui qui s'y livre dans des limites étroites où il perd rapidement la notion de tout ce qui sort de son sujet de prédilection, et de lui faire oublier les lois générales de la pathologie. Nous nous sommes efforcé d'échapper à ce reproche, en prenant pour base ces idées mêmes de pathologie générale que l'on craindrait de nous voir méconnaître. A vous de juger, si en traçant un chapitre spécial de pathologie, nous avons réussi à rester dans les données d'une saine philosophie médicale.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1).

I. Sulfate de cuivre ammoniacal.

Dans les nos 32 et 33 du *Progrès médical* de 1874, nous avons inséré une note sur l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal dans le traitement de l'épilepsie, et nous avons consigné les résultats que ce mode de traitement nous avait donnés chez cinq malades du service de M. Charcot, à la Salpêtrière. Une de ces malades a succombé pendant qu'elle était en traitement (2). Une seconde ayant été améliorée, nous avons continué le traitement jusqu'à ce jour, tout en diminuant la dose quotidienne (0 gr. 30). Chez les trois dernières, nous avons supprimé le sulfate de cuivre qui n'avait en rien modifié la marche de leurs accès. L'une de celles-ci étant morte d'une tuberculose pulmonaire et instestinale nous a fourni l'occasion de vérifier certains faits relatifs à l'empoisonnement par le sulfate de cuivre et, entre autres, la présence du cuivre dans le foie. Le travail actuel a donc pour but de compléter à quelques égards les renseignements que nous avons publiés antérieurement.

OBSERVATION V. — Vug..., Léontine, 23 ans. Le traitement a été commencé le 21 février 1874 (*Loc. cit., p. 486*). Voici comparativement les accès des années 1873 et 1874 :

	1873		1874		
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	
Janvier	5	8	4	2	
Février	7	11	11	3	Durée du traitement: un an.—Dose prise du 21 février 1874 au 1er mars 1875: 123 grammes. — En janvier 1875, 9 accès et 9 vertiges: en février, 7 accès et 2 vertiges.
Mars	9	8	7	2	
Avril	14	15	12	12	
Mai	6	10	6	»	
Juin	5	10	[illegible]	3	
Juillet	11	4	5	2	
Août	12	8	7	»	
Septembre	2	2	5	3	
Octobre	15	3	7	3	
Novembre	7	3	12	4	
Décembre	13	9	8	3	
	106	91	84	37	

Chez cette malade, qui a pris en un an 123 grammes de sulfate de cuivre ammoniacal, nous notons, en 1873, 106

(1) Voir les nos 32, 33, [illegible] du *Progrès médical* (1875).

(2) Voir son observation complète dans le *Progrès médical* de 1874, p. 557 et 576.

accès et 91 vertiges, et en 1874, 84 accès et 37 vertiges : il y a donc eu en moins chez elle, 22 accès et 54 vertiges. V... continue encore à prendre le médicament, mais à la dose de 0 gr. 30. Au-delà de ce chiffre, il se produit des vomissements. La santé générale est très-satisfaisante.

Voici maintenant la fin de l'observation II *Loc. cit.*, p. 471 depuis la suppression du sulfate de cuivre jusqu'à la mort de la malade.

Observation II (*fin*).— Mourl..., Marie, âgée de vingt ans.
Août. — Mourl.... maigrit. La peau a partout une pâleur terreuse. Les conjonctives palpébrales, les lèvres sont décolorées. L'appétit est presque nul. Il n'y a pas de vomissements, mais de temps en temps des coliques et de la diarrhée. Les règles n'ont point paru depuis le 12 juin. — Vin de quinquina, sirop d'*iodure de fer*, etc.

10 septembre. — Il est survenu de la toux, fréquente surtout la nuit. L'auscultation fait reconnaître des râles humides au niveau des fosses sous-clavière et sus-épineuse du côté droit.

20 sept. — L'affaiblissement fait des progrès rapides. Gros râles humides au sommet du poumon droit. En arrière et à gauche, craquements au niveau de la fosse sus-épineuse.

8 octobre. — La tuberculisation pulmonaire augmente. — Anorexie, vomissements alimentaires ; ventre ballonné, sensible à la pression ; coliques, diarrhée (Tuberculisation péritonéale). Léger œdème des pieds. — La malade meurt le 14 octobre. Malgré la prompte évolution des tubercules, les accès d'épilepsie sont restés à peu près aussi fréquents.

Ainsi, le 9 octobre, nous avons été témoin d'un accès dont voici la description : « Sans avoir poussé de cri, la malade devient rigide et la rigidité est la même des deux côtés, la tête est un peu dans l'extension, la face et les yeux sont dirigés en haut ; les pupilles sont à peine dilatées ; la face est très-pâle, les lèvres sont décolorées ; la respiration est précipitée, légèrement bruyante (ceci dure 30 à 40 secondes). Puis, arrivent des secousses cloniques, égales des deux côtés comme la rigidité ; les yeux se dirigent en avant, la respiration se précipite encore davantage, est plus bruyante et s'accompagne de plaintes. Les pupilles n'ont pas sensiblement changé. Pas d'écume, et enfin, la connaissance reparaît au bout de 3 ou 4 minutes. (Souvent les accès ont plus d'intensité.)

Autopsie. — Sur la portion de la *dure-mère* qui répond à la circonvolution formant la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, on voit une petite *tumeur* bosselée, adhérente à la substance cérébrale et renfermant une matière crétacée. Sur la face antérieure de la même circonvolution et jusqu'au *lobulus terebres*, la couche corticale du cerveau a été enlevée par suite de ses adhérences à la dure-mère. Ce fragment de substance cérébrale contient des vaisseaux dans la gaîne lymphatique desquels il existe de petits corps arrondis, composant une sorte de chapelet, et simulant des anévrysmes oblitérés, à contenu crétacé. La substance cérébrale est ramollie, mais on n'y découvre ni corps granuleux, ni cellules étoilées. — Tout le reste des circonvolutions, ainsi que la substance même de l'encéphale, ne présente aucune altération. — La *moelle* paraît normale.

Les *poumons* sont farcis de tubercules miliaires. entourés de zones de pneumonie. Quelques tubercules sont en voie de caséification. Le *cœur*, petit (240 gr.), est sain. — L'*estomac* n'est le siége d'aucune lésion. — *Foie*, jaunâtre, graisseux, pesant 1932 grammes. — Les *reins*, la *vessie*, les *organes génitaux*, sont sains. — Dans l'*intestin grêle*, on trouve des ulcérations tuberculeuses. d'abord assez rares, puis très-confluentes au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Anatomie pathologique. — Divers auteurs, et en particulier MM. Tardieu et Dragendorff ont décrit les lésions variables dans les cas d'empoisonnement par le sulfate de cuivre. « Les lésions que l'on rencontre à l'autopsie, écrit le médecin légiste français, ne sont pas constantes. Le tube digestif est en général distendu par une énorme quantité de gaz, la membrane muqueuse gastro-intestinale est souvent rouge, enflammée, parfois dans toute son étendue; d'autres fois on rencontre quelques ecchymoses disséminées dans le tissu cellulaire sous-muqueux, des ulcérations, des plaques gangrenées. et même des perforations. Mais, ce qu'il faut surtout remarquer, c'est la prédominance des lésions inflammatoires sur les extravasations sanguines qui existent rarement, et ne se rencontrent qu'exceptionnellement sous les séreuses qui revêtent les intestins, les poumons et le cœur. On a noté des cas où l'intestin offrait une teinte d'un bleu verdâtre résistant au lavage, et d'autres dans lesquels on voyait, adhérentes à la muqueuse, de petites parcelles de vert de gris (1). En pareil cas, on peut produire une belle teinte bleue de l'intestin, en l'arrosant avec de l'ammoniaque, alors même qu'il n'existe que des traces d'un sel soluble de cuivre. Il y a des cas fort rares où le canal intestinal n'a offert dans toute l'étendue de son trajet aucun signe d'irritation ni d'inflammation. Le Dr Moore a donné le résultat d'une autopsie dans un cas d'empoisonnement chronique ; mais il n'y a rien qui mérite d'être signalé (2). »

Selon Dragendorff, on a noté dans l'empoisonnement aigu « une inflammation plus ou moins vive de toutes les parties du tube digestif et en certains points une coloration vert brunâtre des muqueuses » et, dans l'empoisonnement chronique, « une irritation et même une inflammation des muqueuses gastrique et intestinale, qui disparaissent d'ordinaire lorsqu'on suspend l'ingestion de la préparation(3). » Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil sur nos deux autopsies nous voyons que ni dans l'une (*Progrès médical*, p. 576), ni dans l'autre Observation II, ci-dessus), nous n'avons trouvé trace d'altération de la muqueuse gastro-intestinale. Elles ressemblent donc, sous ce rapport, à celle de M. Moore, citée par M. Tardieu. La seconde, il est vrai, prête à la critique en ce sens que la mort est survenue près de 3 mois après la cessation du traitement. Toutefois, il est à présumer que s'il y avait eu des lésions, elles eussent été entretenues par l'apparition de la tuberculose intestinale. La première, au contraire, échappe à toute objection puisque la mort est survenue dans le cours même du traitement. Ces divergences devaient être indiquées. C'est aux faits ultérieurs à les expliquer.

Recherches toxicologiques sur la présence du cuivre dans le foie. — Lorsque nous avons pratiqué l'autopsie de la malade de l'observation II, une affaire judiciaire émouvait encore l'opinion publique. Un herboriste de Saint-Denis venait d'être condamné à la peine capitale, comme coupable d'avoir empoisonné successivement ses deux femmes par des préparations de cuivre. Les experts, MM. G. Bergeron et Lhôte, avaient constaté la présence dans le foie de la première victime de 120 milligrammes de cuivre, dans le foie de la seconde de 80 milligrammes (4). Aussi avons-nous saisi avec empressement l'occasion qui nous était fournie pour faire rechercher par des personnes compétentes, si le foie de la malade de l'Obs. II, présentait du cuivre et quelle était la quantité qu'il contenait. A cet effet, nous avons confié un premier fragment de cet organe à M. Yvon, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, chef des travaux chimiques à l'Ecole d'Alfort et un second fragment à M. A. Robin, interne en médecine des hôpitaux de Paris et déjà connu par des travaux intéressants de chimie médicale. Nous allons, en conséquence, reproduire les notes qu'ils ont bien voulu nous donner et qui ont été communiquées à la *Société de Biologie* (27 février).

Analyse chimique de M. Yvon. — J'ai opéré sur 350 grammes de foie *conservé dans l'alcool*; cette quantité a été coupée en menus morceaux et divisée en deux parts. J'ai commencé par chauffer légèrement dans une capsule afin de vaporiser l'alcool, j'ai ensuite arrosé d'une quantité suffisante d'acide sulfurique pur. J'ai procédé alors à la destruction de la matière organique en prenant les précautions d'usage. Le charbon obtenu a été arrosé avec de l'acide azotique pur ; j'ai évaporé ; puis calciné et recommencé plusieurs fois l'opération. Finalement j'ai eu environ 60 grammes de charbon que j'ai réduit en poudre fine.

Ce charbon, on le sait, retient le cuivre avec une grande

(1) Taylor. *Medical Gazette*, t. XXV, p. 828.
(2) Tardieu. — *Etude médico-légale et clinique de l'empoisonnement*, page 525.
(3) Dragendorff. — *Manuel de toxicologie*, trad. Ritter, page 146.
(4) *Gazette des Tribunaux*, 10 et 11 sept. 1874.

énergie, aussi je l'ai placé dans une capsule de platine et chauffé au blanc pendant environ 8 heures, de façon à obtenir des cendres grises. J'ai laissé refroidir et j'ai traité à l'ébullition par de l'eau aiguisée d'acide azotique; j'ai filtré cette première solution qui était fortement colorée en bleu. Le résidu de charbon a été de nouveau calciné, puis traité par l'eau acidulée. J'ai continué ces opérations jusqu'à dissolution totale du résidu.

Les liqueurs provenant de ces divers traitements, et formant ensemble un volume d'environ 100 centimètres cubes ont été réunies. J'ai fait passer un courant d'hydrogène sulfuré, afin de précipiter le cuivre à l'état de sulfure, après un repos convenable ce sulfure a été séparé par filtration. Je me suis assuré que la liqueur surnageante étendue de son volume d'eau ne laissait plus déposer de sulfure de cuivre.

Le précipité, recueilli sur un filtre, a été un instant lavé à l'eau chargée d'acide sulfhydrique, puis séché. Je l'ai ensuite dissous dans l'acide azotique bouillant, et pour terminer la dissolution j'ai été obligé d'ajouter quelques gouttes d'acide chlorhydrique. J'ai ensuite évaporé pour chasser l'excès d'acide.

J'ai préféré doser le cuivre à l'état métallique en décomposant le sel par la pile et en faisant déposer le métal sur une lame de platine pesée à l'avance. Mais, pour cela, il fallait chasser entièrement l'acide azotique. J'ai donc redissous le sel de cuivre dans un excès d'acide chlorhydrique contenant quelques gouttes d'acide sulfurique, et j'ai évaporé à siccité; j'ai recommencé plusieurs fois l'opération et finalement j'ai repris par l'eau contenant quelques gouttes d'acide chlorhydrique. J'ai obtenu ainsi une dissolution qui a été soumise à l'action du courant.

Le cuivre s'est d'abord déposé à l'état cohérent sur la lame de platine, puis sous forme d'éponge, qui, au bout de 24 heures, avait atteint le volume d'une noisette. En enlevant la lame de platine, le cuivre spongieux s'est séparé, je l'ai recueilli à part sur un filtre taré, et desséché à 100 degrés après lavages convenables. J'ai obtenu de ce côté 0 gr. 029 de cuivre.

D'autre part, le dépôt effectué sur la lame de platine a été lavé et desséché; l'augmentation de poids a été de 0 gr. 023. La liqueur soumise à l'électolyse renfermant encore des traces de cuivre comme je m'en suis assuré à l'aide des réactifs, je l'ai de nouveau soumise à l'action du courant et j'ai obtenu sur une nouvelle lame de platine un dépôt pesant 0 gr. 0015. En ajoutant ces diverses quantités :

0,023
0,0015
0,029
———
0,0535

On obtieut un total de 0 gr. 0535 de cuivre métallique qui correspond à 0 gr. 3115 de sulfate de cuivre cristallisé; le tout pour 350 grammes de foie. Le poids total de l'organe étant de 1932 grammes, on obtient une quantité de cuivre métallique de 0 gr. 236 correspondant à 1 gr. 375 de sulfate de cuivre cristallisé (1). (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE.

Deux observations de cirrhose du foie chez l'enfant,

Par le Dr **J. CAZALIS.**

La cirrhose du foie est certainement chez l'enfant une maladie des plus rares, et on n'en trouve que bien peu d'exemples chez les auteurs qui ont traité de l'hépatite interstitielle. Depuis que M. Gubler a décrit, en 1852, une cirrhose hypertrophique tenant à la syphilis congénitale, un certain nombre d'auteurs ont publié des cas analogues, ou décrit des altérations du foie dans lesquelles l'inflammation interstitielle occupait une place plus ou moins importante ; mais la syphilis était toujours la principale raison étiologique de ces lésions.

On trouve encore des exemples de cirrhoses du foie, peu avancées du reste, dues à des lésions cardiaques chroniques. Mais en dehors de ces deux ordres de faits, les cas de cirrhose sont bien peu nombreux. Rilliet et Barthez disent en avoir observé quatre ; Frerichs en rapporte une observation, qui fut, à vrai dire, une trouvaille d'autopsie ; il rapporte en abrégé un cas de F. Weber, qui est assez incomplet.

J'ai eu l'occasion d'observer pendant mon internat deux cas de cirrhose hépatique, chez de jeunes enfants. J'ai pu, dans un des cas, compléter mon observation, grâce aux renseignements circonstanciés que m'ont donnés les parents. La cause de ces cirrhoses ne peut être recherchée ni dans la syphilis, ni dans une maladie du cœur. Aussi, j'ai cru intéressant de présenter ces deux faits à la Société.

OBS. I. — *Ascite, œdème des membres inférieurs, albuminurie, chez un enfant de 7 ans ; ponction de l'abdomen ; mort. Autopsie : cirrhose du foie.*

Le 11 janvier 1871, entrait dans la salle Sainte-Marguerite, n° 7, hôpital Sainte-Eugénie, la nommée Nathalie H...., âgée de 7 ans. Cette petite fille est née en Seine-et-Marne, et s'est réfugiée à Paris avec ses parents à l'approche de l'armée prussienne. Elle a beaucoup souffert du froid, de la faim, de la misère ; sa famille n'est pas venue donner sur elle des renseignements qu'on lui a fait demander, ce qui ne permet pas de rétablir l'histoire de l'enfant d'une manière positive. Elle prétendait être arrivée à Paris en bonne santé, mais bientôt elle est tombée malade, et son ventre grossissait depuis deux mois environ. Il fut impossible de savoir à quelle époque l'œdème des membres inférieurs avait débuté.

Il existait, en effet, chez cette enfant un œdème des membres inférieurs modéré, indolent ; la peau était blanche. L'abdomen était distendu par l'ascite ; à l'épigastre, il mesurait 83 cent., à l'ombilic 79 c. et 73 au-dessous. Les membres supérieurs et la face n'étaient pas bouffis, mais bien maigres. Les veines sous-cutanées de l'abdomen étaient développées ; la pression ne déterminait aucune douleur. L'impulsion du cœur était forte, les deux silences égaux en durée ; le pouls à 100 le matin, 124 le soir ; il n'y avait pas de bruit anormal. Pas de dyspnée. On trouva dans les poumons quelques râles sonores, et quelques bulles dans les bases. L'urine renfermait une notable quantité d'albumine. L'enfant avait bon appétit, ses selles étaient molles, verdâtres ; il y avait un peu de ténesme ; les digestions se faisaient régulièrement.

L'état demeura le même jusqu'au 17, époque à laquelle survinrent des accidents aigus, consistant en douleurs abdominales très-vives, ayant le caractère de celles observées dans le cours de la péritonite, en points de côté, et en une dyspnée intense ; matité et souffle aux deux bases des poumons en arrière, râles sous-crépitants au-dessus. Le pouls était à 132 pulsations. Les jours suivants, la dyspnée et les douleurs diminuèrent, mais l'ascite augmenta, et le 23, la mensuration de l'abdomen donna les chiffres 88, 83, 82, correspondant aux chiffres obtenus précédemment. L'œdème augmentait également, et le 26, on fit des piqûres vers les malléoles, qui donnèrent issue à une notable quantité de sérosité.

Le 27, l'enfant était dans un état d'asphyxie blanche qui décida à pratiquer une ponction : celle-ci donna issue à cinq litres et demi de sérosité translucide. Le trou pratiqué par le trocart se rouvrit les jours suivants, et la sérosité continua à s'écouler par cet orifice. Une certaine amélioration suivit la ponction, mais les poumons s'infiltraient de plus en plus, et si l'ascite diminuait, au contraire les épanchements pleuraux augmentaient. Survinrent successivement une diarrhée abondante, un érysipèle autour de l'ombilic, la gangrène de la vulve, et la mort termina cette scène le 24 février.

Le traitement, dirigé par M. Triboulet, avait consisté dans l'emploi répété du tartre stibié, de l'eau-de-vie allemande, de diurétiques, et de vésicatoires.

AUTOPSIE. Epanchements abondants dans les plèvres ; les deux poumons présentaient un œdème modéré, et de l'atélectasie le long du bord inférieur, en arrière.

(1) La solution primitive débarrassée du cuivre renferme une assez forte proportion de fer. Je l'ai précipité par le sulfhydrate d'ammoniaque et dosé à l'état de sesquioxyde. Il y a 0 gr. 059 de sesquioxyde pour 350 gr. de foie ; ce qui correspond à 0,0413 de fer pur.

Le cœur était sain; sur les valves de la valvule mitrale, quelques taches blanches et un peu épaisses; quelques plaques semblables le long de la courbure de l'aorte. Dans l'abdomen, se trouvaient encore deux litres de sérosité, environ. Le foie, très-petit, présentait des plaques de périhépatite chronique, sa surface était nettement mamelonnée, les sillons qui circonscrivaient les mamelons étaient constitués par des tractus fibreux d'un gris plus ou moins opaque, tandis que les mamelons étaient formés par le parenchyme hépatique brun. A la coupe, le tissu, très-dur, résistait au scalpel; les tractus de la capsule de Glisson étaient énormément développés; la substance parenchymateuse circonscrite par le tissu fibreux était dure, et d'un brun foncé uniforme. Les rameaux de la veine porte furent disséqués dans une certaine étendue, et se trouvaient entourés par une masse abondante de tissu fibreux. — La rate, volumineuse, portait des plaques de périsplénite.

Entre le rectum et la vessie, le péritoine était couvert de fausses membranes molles et grisâtres. Le gros intestin était légèrement congestionné; dans l'intestin grêle se trouvait un espace fortement injecté. — Les reins, de volume normal, étaient un peu pâles, peut-être légèrement graisseux.

J'avoue que lorsque cette petite fille entra dans le service, je ne me crus pas en face d'un cas de cirrhose du foie; nous étions en ce moment envahis par un grand nombre d'enfants présentant de l'œdème et des suffusions séreuses dans les grandes cavités, avec ou sans albuminurie, et ces hydropisies devaient être mises sur le compte de la misère et des privations de toutes sortes. Cependant, deux symptômes auraient dû fixer mon attention: la dilatation des veines abdominales, et la cessation de l'œdème au-dessus du diaphragme. Le premier de ces symptômes ne pouvait s'expliquer que par une lésion du foie, et le second ne correspondait pas avec l'idée d'anasarque généralisée, ou même de maladie de Bright. Dans ces deux cas, ainsi que je pouvais le voir fréquemment à la même époque, l'œdème envahissait les membres supérieurs et la face, au moins dans les derniers temps de la vie.

Devant même les résultats de l'autopsie, on pouvait se demander si on avait eu là affaire simplement à une cirrhose du foie; en effet, on trouvait d'une part un certain état graisseux du rein, qui avait produit l'albuminurie, d'autre part une péritonite subaiguë assez généralisée. Mais, la lésion rénale était bien peu de chose, les reins avaient leur volume normal, et la transformation graisseuse de l'épithélium devait être bien peu avancée. Quant aux lésions de la péritonite, elles consistaient en simples fausses membranes peu anciennes, récentes dans le cul-de-sac recto-utérin, un peu plus âgées sur le foie et la rate, mais n'offrant pas les caractères d'ancienneté de la lésion du foie, assez avancée déjà pour avoir amené l'atrophie d'une grande partie de la glande.

Cependant, l'insuffisance de l'observation, soit sous le rapport anatomique, soit sous le rapport de l'histoire de la maladie, surtout au début, ne permettait pas de la considérer autrement que comme un fait isolé.

L'observation suivante est plus complète; pour être plus certain de l'exactitude des faits qui se sont passés avant que la malade fût soumise à mon examen, j'ai fait écrire par les parents l'histoire du début de la maladie, et j'ai reconstitué ainsi une narration complète des accidents qui ont atteint l'enfant, depuis sa naissance même. J'eus de même des renseignements certains sur la santé des parents.

Obs. II. *Cirrhose du foie, chez un enfant de 9 ans.*

Marie-Valentine Lan..., âgée de 9 ans, entrait le 18 mars 1870, salle Sainte-Marguerite, n° 8; ses parents nous dirent que le 6 du même mois, elle était tombée subitement malade, au milieu d'un état de santé médiocre, qui les inquiétait depuis longtemps. Elle fut prise de douleurs de tête, de gorge et d'estomac, avec fièvre vive, délire pendant deux jours, vomissements, et trois épistaxis fort abondantes. Le ventre, déjà un peu gros, devint volumineux, et deux médecins engagèrent les parents à conduire leur enfant à l'hôpital.

Cette petite fille était de taille moyenne; un ictère léger était répandu sur toute la surface du corps; la figure n'était en aucune façon tuméfiée. Les veines des parois abdominales présentaient un développement remarquable, et ces parois étaient distendues par une ascite assez considérable; le foie atteignait à peine le rebord des côtes; les cuisses présentaient un très-léger œdème qui ne descendait pas plus bas. A la base du poumon gauche, de la matité et du souffle annonçaient la présence d'un épanchement modéré, tandis que des râles ronflants et une respiration rude, perçus dans tout le reste de la poitrine, étaient les indices d'une bronchite légère. L'appétit était médiocre, les urines ictériques ne contenaient pas d'albumine. L'intelligence était nette, l'enfant ne manifestait aucun sentiment de malaise. Le cœur battait normalement 112 fois par minute.

D'après cet examen, il était certain qu'on n'avait alors affaire qu'à des accidents aigus, entés sur une maladie chronique; et les renseignements des parents me furent alors précieux, en me révélant toute une série d'actes morbides dont une grande partie se rapportait évidemment à l'affection dont j'observais alors la dernière phase.

J'appris que cette enfant avait été nourrie au sein, jusqu'à dix-huit mois; que la dentition s'était faite facilement; cependant, elle eut une fluxion de poitrine à huit mois, et elle s'enrhumait souvent. A trois ans, elle eut la rougeole, et depuis elle se plaignait souvent de l'estomac. Depuis l'âge de six ans, elle saignait du nez fréquemment, à chaque émotion, quelle qu'elle fût; à sept ans, elle fit une maladie appelée fièvre muqueuse par le médecin qui la soigna; à partir de cette époque, le ventre devint volumineux, quoique très-modérément; les digestions demeurèrent pénibles, les selles étaient souvent diarrhéiques, et il y avait un peu de ténesme. En avril 1869, survint une jaunisse qui dura deux mois, pendant le cours de laquelle le ventre se tuméfia encore plus. Cependant, cet état de santé médiocre était trop peu accentué pour que les parents y vissent autre chose qu'un développement pénible de l'enfant, et les derniers accidents leur parurent une maladie nouvelle.

Le père et la mère n'étaient ni alcooliques, ni syphilitiques; ils habitaient depuis plusieurs années, un rez-de-chaussée humide; le père avait, en ce moment même, de vives douleurs rhumatismales; il était de plus sujet à des accès de gastralgie. La mère était d'une santé parfaite.

L'enfant passa tout d'abord à l'hôpital, par une période d'accidents aigus; pendant six jours, elle eut une fièvre vive (120, 144 puls.), des douleurs abdominales très-vives, du dévoiement, de la dyspnée. Puis tout se calma, la fièvre tomba, l'épanchement pleural se résorba en grande partie, mais l'ascite augmentait.

Le 3 *avril*, la petite malade se levait, mangeait de bon appétit, la fièvre était nulle le matin, à peine sensible le soir; mais le 6, il y eut une rechûte. Les douleurs abdominales reparurent avec la dyspnée, la fièvre vive, et le 8, on pratiqua la ponction de l'abdomen. Quatre litres de liquide albumineux s'écoulèrent, et on put palper librement l'abdomen. La matité du foie était très-peu étendue, et on ne pouvait sentir cet organe au-dessous des côtes. En revanche, la rate, volumineuse, occupait l'hypochondre, le flanc gauche, et s'avançait jusque dans la région épigastrique. Le sang, examiné au microscope, ne semblait pas contenir une proportion exagérée de leucocytes.

La ponction sembla soulager l'enfant, et le liquide se reproduisit peu; mais des douleurs vives, des vomissements verts, une diarrhée de même couleur, le pouls toujours au-dessus de 120, annonçaient une péritonite au moins subaiguë. A partir du 16 *avril*, l'ascite et les épanchements pleuraux diminuèrent sensiblement; on pouvait vérifier, sans peine, l'atrophie du foie, l'hypertrophie de la rate; mais l'enfant s'affaiblissait rapidement. Le 17 *avril*, survint du délire, le pouls était à 132. Le lendemain, coma, pouls à 164, râle trachéal; mort dans la nuit.

Autopsie, trente heures après la mort. Le cadavre était bien conservé, la peau gardait sa coloration ictérique. Les plèvres ne contenaient plus d'épanchement; à droite, des adhérences unissaient fortement le poumon à la paroi thoracique; les deux poumons étaient de coloration rosée, sauf quelques

lobules à la base, qui étaient congestionnés. Le cœur, sain, renfermait des caillots cruoriques. Des adhérences, peu résistantes, unissaient les parois abdominales aux viscères de la cavité, et ces derniers organes entre eux. Dans les parties déclives, on put recueillir un verre de sérosité rousse.

Le foie était arrivé à un extrême degré d'atrophie ; son volume ne semblait pas égaler celui du poing d'un adulte. Il mesurait 16 centimètres en longueur, 6 dans sa plus grande largeur ; le lobe gauche mesurait 1 cent. 1/2 d'épaisseur, le lobe droit 3 1/2. Il était collé au diaphragme par de nombreuses adhérences facilement déchirables. Une lamelle transparente de péri-hépatite l'enveloppait tout entier. Il était partout mamelonné ; les mamelons étaient jaunes, séparés par d'épaisses cloisons grises. Un pointillé rouge général correspondait à de petites étoiles vasculaires sous-péritonéales. A la coupe, on trouvait un tissu fibreux gris, considérable, renfermant de nombreux vaisseaux béants; dans ce stroma hypertrophié étaient épars de nombreux îlots de tissu glandulaire, jaune et mou; quelques parties du foie étaient le siége d'une forte congestion.

La rate, de même longueur que le foie, était plus épaisse, sa consistance ferme, sa coloration normale. Les reins avaient leur volume, leur consistance et leur coloration comme à l'état normal.

L'estomac était dilaté, mais sain. L'intestin grêle présentait par places une injection intense et un pointillé noir. Le gros intestin était criblé d'une multitude de petits points, du volume d'une tête d'épingle, composés d'un cercle saillant noirâtre, entourant un centre blanc déprimé. Entre cette sorte de psorentérie, la muqueuse était le siége d'une vascularisation souvent considérable ; cependant, elle n'était pas épaissie.

Je fis l'examen histologique du foie à l'état frais et sur des pièces conservées ; les parties jaunes plus molles de la glande se composaient d'amas de cellules déformées, et de granulations plus ou moins fines, les unes, graisseuses, les autres fortement colorées en jaune ; à côté, des cellules bien conservées montraient des contours nets et un noyau toujours un peu masqué par beaucoup de granulations ; les cellules encore à peu près saines, les amas de détritus et de granulations étaient toujours fortement colorées en jaune. Dans l'intérieur même des lobules, des tractus fibreux dessinaient un stroma hyperplasié. Quant au tissu fibreux, périvasculaire, si énormément augmenté de masse, il se composait de faisceaux fibreux entrecroisés dans plusieurs directions, mais renfermant un très-grand nombre de noyaux.

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir aucun doute sur la nature de la lésion du foie dont je viens de donner la description ; cependant, on aurait peut-être pu la confondre avec celle que Frerichs a décrite sous le nom d'atrophie par imperméabilité des capillaires, résultant de l'inflammation de la capsule de Glisson, si on admet, comme cet auteur, que ce soit là une maladie différente de la cirrhose. Mais, dans ces atrophies, la surface du foie serait peu mamelonnée, les rameaux de la veine porte seraient dilatés, et les cellules hépatiques de très-petit volume, sans granulations autres que des granulations pigmentaires. Dans le cas que je rapporte, le foie était mamelonné, les rameaux de la veine porte, quoique béants à la coupe, n'étaient pas dilatés, et les cellules encore à peu près saines étaient de volume ordinaire, et renfermaient un très-grand nombre de granulations graisseuses, pigmentaires et autres. Je crois que ces caractères sont suffisants pour caractériser la cirrhose.

La marche avait été très-lente ; en effet, les accidents aigus, que seuls j'avais pu observer, n'étaient que la terminaison d'une maladie beaucoup plus ancienne. L'enfant, morte en avril 1870, avait eu un ictère de deux mois de durée en 1869 ; le ventre était un peu gros depuis une maladie, qualifiée de fièvre muqueuse, et dont elle fut atteinte en 1868; depuis 1867, elle saignait du nez facilement, et avant même cette époque, ses digestions étaient pénibles. Il est impossible de fixer le moment même du début, mais il me semble probable que les troubles de la digestion et les épistaxis qui ont paru trois ans avant la mort, pouvaient être les premiers symptômes de la cirrhose.

L'étiologie de ce cas est entouré d'une grande obscurité. Le cœur étant sain, il ne s'agissait pas là d'une cirrhose survenue sous l'influence d'une lésion cardiaque. La syphilis doit être exclue ; l'affirmation des parents, leur examen même devaient éloigner cette idée, que l'aspect du foie lui-même devait faire écarter; une pareille atrophie, avec état mamelonné granuleux, généralisé, sans points blancs à l'intérieur, sans dégénérescence amyloïde, ne correspond point aux descriptions de la syphilis hépatique infantile. L'alcoolisme ne pouvait exister chez la petite fille, et les parents menaient une vie exempte de toute espèce d'excès.

Quant à l'impaludisme, l'enfant n'avait jamais eu de fièvre intermittente; elle avait vécu toute sa vie à Romainville, mais habitait avec ses parents un rez-de-chaussée humide. Je ne puis dire si cet habitat a eu de l'influence sur la production de la cirrhose, mais je tiens à faire remarquer que le sujet de l'observation précédente avait passé plusieurs mois dans des conditions de misère et d'humidité froide, puisqu'elle avait mené l'existence des réfugiés à Paris pendant le siége. D'autre part, l'observation XXXIV de Frerichs est relative à un enfant de dix ans, chez lequel les accidents de la maladie, autre que la cirrhose, qui amena la mort, avaient succédé à un bain froid trop prolongé. La lésion du foie, qui était encore peu avancée à la mort de l'enfant, aurait peut-être été due à cette cause également, et on pourrait alors se demander si l'influence du froid humide n'aurait pas une certaine valeur dans l'étiologie de la cirrhose du foie chez l'enfant.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de Médecine : — Ouverture des cours d'été.

Cours de M. le professeur Pajot.

Mardi dernier, en présence d'une foule considérable d'élèves accourus pour l'entendre, M. le professeur Pajot a ouvert son cours. Dès 11 h. 30, il était presque impossible de pénétrer dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Depuis plusieurs années M. Pajot avait cessé ses leçons, une pétition, signée par un grand nombre d'étudiants, l'avait prié de vouloir bien reprendre cet enseignement si brillant et si profitable : aussi son entrée dans la salle a-t-elle été saluée par d'unanimes applaudissements, chacune de ses phrases, chacun de ses mots heureux (et Dieu sait s'il en a dit) ont été l'occasion de bravos répétés et prolongés.

« Vous avez cru, a-t-il dit en commençant, que je pouvais » vous être utile encore, ce n'était pas mon avis. J'ai pensé » que le meilleur moyen de vous remercier de votre sym» pathie était de venir. Vous m'avez demandé, me voilà. Je » réclame de vous l'indulgence dont jusqu'ici je n'avais » guère eu besoin. J'étais jeune, j'avais la force et surtout » le désir de bien faire : ce désir, je l'ai toujours, mais la » force pourrait me manquer.

» Et cela dit, travaillons. Qu'êtes-vous venus faire ici? » Croyez-vous qu'à la fin de l'année vous saurez vos accou» chements si vous vous contentez d'assister simplement à » ces leçons ? Non; pour moi, je n'ai qu'un désir, qu'un but » *vous apprendre à apprendre*. Je m'explique : vous allez » dans une maison où l'on fait 500, 1,000 accouchements » dans une année : vous êtes présents à la plupart d'entre » eux, et après, saurez-vous vos accouchements? Non, » vous ne saurez que ce que savent les matrones. Mais » après être venus ici pendant 4 mois et demi, si vous » voyez douze accouchements et que vous suiviez avec » soin ce qui se passe, alors vous comprendrez et vous saurez ce qu'est ce grand acte : ces douze accouchements » vous auront plus profité que 1,000, car dans l'accouche-

» ment la plupart des phénomènes sont cachés, ils ne se » passent pas à ciel ouvert. La théorie et la pratique sont » donc aussi importantes l'une que l'autre, elles se com- » plètent, *la théorie,* sachez-le bien, *n'est que de la pra-* » *tique expliquée, la pratique n'est que de la théorie* » *appliquée.*

Puis, M. Pajot a donné la définition de l'obstétrique, définition indiquée par Paul Dubois et qu'un de ses élèves « un de nos collègues les plus distingués, » M. Tarnier, a nettement formulée. M. Pajot a fait une énumération brillante de tout ce que devait comprendre l'obstétrique et les principaux points qu'il traiterait cette année. Après l'anatomie du bassin, il rappellera l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme, en insistant beaucoup sur les progrès de la physiologie dans ce siècle, surtout à propos de l'ovaire, de la menstruation, de la caduque qui sont bien connus aujourd'hui, grâce surtout aux travaux de Coste, etc. Puis, il parlera de cette grande fonction, la reproduction de l'espèce, fonction qui, à l'exception peut-être des phénomènes intellectuels, est la plus importante, même au point de vue social, « car, enlevez l'ambition, que reste- » t-il? Quel est le plus souvent le mobile de nos actes? La » reproduction de l'espèce. On commence toujours par » Platon pour finir par Baudelocque ! » Outre la copulation, la reproduction de l'espèce comprend : la fécondation et la conception qui ne sont pas deux choses semblables. Quoiqu'on en ait dit, depuis quelques années on connaît la fécondation, mais la conception est encore entourée d'un voile épais; elle comprend aussi la grossesse et l'accouchement qu'il faut absolument connaître à fond, en détail. Et à ce sujet on verra quels progrès a fait faire à l'étude de l'obstétrique l'esprit scientifique moderne. Puis, M. Pajot étudiera les opérations les plus usuelles et enfin les accouchements dangereux.

Ceux qui connaissent le brillant professeur qui a contribué à l'éducation de tant de générations médicales devineront de quels épisodes, de quels tableaux, de quels récits pittoresques il a parsemé son discours. Aussi sa leçon n'a-t-elle été qu'un long triomphe. M. Pajot n'est plus jeune, nous le croyons, puisqu'il le dit, mais nous espérons que soutenu par les applaudissements d'une jeunesse avide de ses leçons il pourra continuer encore son enseignement. B.

Ouverture du cours de M. Trélat.

M. Trélat, professeur de pathologie externe, a commencé son cours le mercredi 17, à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de l'école au milieu d'un nombreux et sympathique auditoire. M. Trélat doit traiter cette année *des maladies des vaisseaux et des os*; mais, au lieu d'entrer immédiatement au cœur de son sujet, il a voulu montrer, dans cette première leçon, que la pathologie externe n'a pas son camp à elle, retranché dans des limites précises, mais qu'elle n'est qu'une portion, bien vaste, il est vrai, de la pathologie, se confondant à ses confins avec les portions environnantes. N'a-t-on pas vu, du reste, plusieurs maladies passer successivement du domaine de la pathologie externe dans celui de la pathologie interne pour revenir à la première ou même prendre place à la fois dans l'une et dans l'autre. Les engorgements ganglionnaires généralisés, l'adénie et la syphilis n'en sont-ils pas des exemples ? M. Trélat a signalé ensuite les évolutions successives de la pathologie, dans le cours de ce siècle et les progrès qui ont été réalisés. Il l'a fait avec cette parole qu'on lui connaît, vive, pittoresque, en relief; ce n'est point une analyse qu'elle donne, mais un tableau qu'elle fait passer sous les yeux : un geste, une expression, un mot vous font voir et comprendre.

Pathologie expérimentale. — *M. Vulpian.*

M. Vulpian vient de commencer ses leçons du semestre d'été. — Il se propose, cette année, d'étudier l'action physiologique des poisons et de certains médicaments. On sait combien ces questions sont encore empreintes de vague et d'incertitude : les discussions sans nombre qui viennent d'avoir lieu à propos de quelques médicaments d'un usage journalier le prouvent bien (sulfate de quinine, digitale, etc.)

Le savant professeur qui, depuis vingt ans, étudie ces questions, saura nous n'en doutons pas, apporter dans leur solution, autant que cela est possible, la rigueur de la méthode expérimentale.

La première leçon a été une esquisse du cadre très-vaste que M. Vulpian compte remplir. Après avoir défini ce qu'il fallait entendre par médicaments, poisons, et montré ce en quoi ils différaient des virus et des venins, il a caractérisé ainsi l'action physiologique des médicaments : « L'ensemble des troubles fonctionnels, morbides, anormaux, produits dans l'organisme par l'introduction de la substance médicamenteuse, quelle que soit la voie de cette introduction, en un mot les changements produits dans l'état de santé par le poison ou le médicament. »

Prenant une série d'exemples, il fait voir en face de l'action d'un médicament, à combien de suppositions l'on peut se livrer. Prenons le curare, par exemple. Agit-il par le cerveau, la moelle, les nerfs moteurs ? — De même pour les convulsions de la strychnine, pour le choral, le phosphore, etc. Or, la difficulté consiste précisément dans la détermination du fait physiologique réel.

M. Vulpian a montré ensuite l'importance de ces études, soit pour la médecine légale, soit pour la thérapeutique, soit pour la pathologie.

Ainsi que savait-on pour le tétanos, avant l'étude de l'action de la strychnine ? pour la paralysie agitante, avant l'emploi de la nicotine ? de même pour les nerfs modérateurs du cœur, pour les nerfs sécréteurs des glandes. Puis il a étudié les conditions dans lesquelles l'expérimentation devait s'accomplir : choix de l'animal, mode d'administration des poisons, et il a fait voir à combien d'erreurs l'expérimentation pouvait conduire, relativement aux actions physiologiques des médicaments, si on agit trop près du cœur, de la moelle, etc.

Il a terminé, enfin, en rappelant les beaux travaux de Cl. Bernard sur les poisons ; mais, a-t-il ajouté, c'est un sujet encore incomplétement exploré, et tout en rendant justice à l'homme éminent qui nous a montré la voie à suivre, voie si sûre et si féconde, je serai conduit par mes expériences personnelles à contester un certain nombre de ses assertions et de ses classifications, par exemple pour les poisons musculaires, pour les poisons des nerfs moteurs, des nerfs sensitifs, pour l'instabilité musculaire. Selon M. Vulpian, le curare agit, non en empoisonnant les fibres motrices des nerfs, mais en interrompant la continuité,

dans le muscle, des nerfs et des fibres musculaires. Ces propositions seront développées et déterminées expérimentalement. Dans ses deux premières leçons, M. Vulpian étudiera l'action physiologique du jaborandi, médicament nouveau, et à l'ordre du jour. F. R.

Cours de pathologie interne. — M. Hardy.

M. Hardy a commencé jeudi dernier la série de ses leçons sur la pathologie interne. Cette année, il étudiera les maladies de l'*appareil circulatoire* : c'est-à-dire les maladies du cœur, des vaisseaux, et les altérations du sang. Un tel programme expliquerait à lui seul l'affluence des sympathiques auditeurs qui assistaient à cette première leçon.

Dans un court exposé historique, M. Hardy a fait voir combien récents étaient les travaux sur le sujet qu'il traite. Il a rappelé que c'est en Italie, par Valsava, Lancini, Morgagni, que les premières recherches ont été faites. Que, plus tard, en France, le premier traité des maladies du cœur est dû à Senac ; que c'est Corvisart, qui utilisa la percussion pour l'étude des maladies du cœur et du péricarde. C'est, dit-il, après les travaux remarquables de Cruveilhier, Beau, Andral, Bouillaud, Gendrin, etc., que la pathologie du cœur a fait de rapides progrès ; puis, dans une phase plus récente, après la découverte du sphygmographe et du cardiographe de Marey, la précision la plus rigoureuse dans les recherches a fait entrer l'étude de la physiologie et de la pathologie du cœur dans une voie nouvelle permettant ainsi de poser le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur et de donner la mesure de leur curabilité.

Après ces quelques généralités, M. Hardy a commencé l'étude de la physiologie du cœur par celle des mouvements normaux de cet organe, en rappelant les expériences et les travaux de Potain, Chauveau et Marey. Dans la prochaine leçon il étudiera la physiologie des mouvements pathologiques, puis les bruits normaux et pathologiques, avant d'entreprendre l'exposé des maladies du cœur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 *mars.* — Présidence de M. Cornil.

M. Rabuteau donne le résultat de l'analyse qu'il a faite d'un foie présenté par M. Bourneville et provenant d'un individu empoisonné par le cuivre. (Cette analyse sera publiée).

M. Poncet présente un œil de chien sur lequel avait été pratiqué l'opération de la cataracte. M. Poncet désirait se rendre compte par lui-même de la plus ou moins grande innocuité de l'issue du corps vitré dans l'extraction du cristallin. Les auteurs sont très-partagés sur cette question, et dernièrement un chirurgien italien a fait entrer dans un procédé opératoire l'issue cherchée d'une portion du corps vitré. L'unique expérience de M. Poncet n'est pas favorable à cette opinion et sur un chien qu'il a opéré en enlevant, avec le cristallin un volume de corps vitré équivalent à la grosseur d'un pois environ, il a trouvé, au bout de quelques jours un décollement de la rétine. M. Poncet, du reste, se propose de continuer ces expériences.

M. Caseneuve expose devant la société des recherches de M. Glénard, de Lyon, sur la coagulation du sang. Après d'autres auteurs M. Glénard a constaté ; que le sang renfermé dans les vaisseaux ne se coagule que très-lentement ; que les membranes animales au contact avec le sang s'opposent à sa coagulation ; qu'un corps étranger quelconque hâte, au contraire, cette coagulation ; que le contact de l'air ne ferait pas hâter la coagulation. M. Glénard a observé, en outre, que le sang pouvait se dessécher sans se coaguler dans l'intérieur des vaisseaux, ou du moins dans des segments de vaisseaux isolés par deux ligatures. Or, ce sang ainsi desséché pouvait reprendre vie, comme les rotifères et les tardigrades, à condition toutefois qu'on leur rende la quantité d'eau nécessaire. De ses expériences très-nombreuses, M. Glénard conclut que la coagulation n'est autre chose que la mort du sang, que cette mort ne peut survenir sans coagulation. Cette dernière est la cause et la caractéristique de cette mort.

M. Ranvier. — Je ne saurais partager l'opinion de M. Glénard, la coagulation ne prouve pas la mort du sang et l'ancienne expérience de Reklinghausen le démontre surabondamment. Lorsqu'on reçoit dans un creuset de platine, préalablement chauffé au rouge, puis refroidi, du sang que l'on recouvre avec un verre de montre aussi chauffé au rouge, et refroidi, ce sang se coagule d'abord, et cependant il se liquéfie de nouveau et l'on peut voir qu'au vingt-cinquième jour ce sang vit encore ; il vit, car les globules rouges n'ont nullement changé d'aspect et les leucocytes possèdent les mouvements amiboïdes et les expansions sarcodiques, preuve de la continuation de la vie. Du reste, on peut, dans la chambre humide, constater pendant plusieurs jours les mouvements amiboïdes des globules blancs dans du sang coagulé.

M. Landouzy présente un malade fort intéressant atteint d'épilepsie spinale, avec hémianesthésie. La moindre pression sur certains points de la région vertébrale provoque une crise immédiate, M. Landouzy discute ensuite le diagnostic de la lésion. Nous reviendrons plus tard sur cette observation.

M. Carville dépose sur le bureau une note de M. Vulpian relative à l'antagonisme du jaborandi et du sulfate d'atropine et à l'effet inverse de ces substances sur les sécrétions biliaire et pancréatique. Le jaborandi excite activement cette sécrétion Mais dès que l'on fait une injection de sulfate d'atropine, la sécrétion s'arrête et l'on ne voit plus s'écouler le liquide pancréatique et la bile des canules préalablement mises dans les conduits cholédoque et pancréatique.

M. Mallassez remet en son nom et au nom de M. Picard, une note sur l'augmentation des globules rouges dans la rate après la section des nerfs. Lorsque ces expérimentatateurs énervent une moitié seulement de la rate, ils constatent que les globules rouges sont beaucoup plus nombreux dans la moitié énervée.

M. Déjérine. — J'ai coupé les nerfs sciatiques à deux cobayes il y a un mois et chaque jour j'ai électrisé avec un courant induit le membre postérieur de chaque animal. Les troubles trophiques (eschares, etc.), que l'on observe en pareil cas ne se sont montrés que du côté non électrisé chez l'un des animaux, chez l'autre j'ai observé une eschare très-petite du côté électrisé mais bien moins considérable que du côté non électrisé. Chez les 2 animaux, atrophie très-marquée des muscles animés par le sciatique, atrophie moins marquée sur les muscles électrisés chaque jour que sur les autres. En résumé, absence complète ou diminution très-grande des troubles trophiques que l'on observe après la section des sciatiques et atrophie musculaire moins marquée sous l'influence des courants induits. La contractilité musculaire est mieux conservée du côté électrisé chaque jour, que de l'autre.

Dans le courant de la séance, la société a procédé à la nomination d'un membre titulaire. M. de Sinéty a été élu au premier tour de scrutin. Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *mars* 1875. — Présidence de M. Gosselin.

M. Richet présente au nom de M. Cazenave, membre correspondant de l'Académie, des sondes en ivoire, destinées a remplacer les sondes ordinaires en gutta-percha. Déjà en 1838 les sondes en ivoire avaient été l'objet d'un rapport favorable de l'Académie, malgré cela elles n'étaient pas entrées dans la pratique, après avoir réalisé de nouveaux perfectionnements M. Cazenave les présente de nouveau. On obtient la flexibilité de l'ivoire en le plongeant dans un acide, puis on obtient

l'inaltérabilité en le trempant dans un liquide spécial qui contient entr'autres principes du quinquina. Les sondes en ivoire, très-lisses, ne sont ni cassantes, ni élastiques.

M. Broca présente au nom de M. Latteux un appareil destiné aux injections *post-mortem*; Comme celui du dr Defoy il est fondé sur la pression du mercure, mais, et là est l'amélioration, on peut en une seule fois injecter les systèmes artériel et veineux, tandis qu'avec l'appareil de M. Defoy on ne peut injecter à la fois que l'un ou l'autre système.

M. Giraldès lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hirtz et Verneuil, un rapport sur un travail de M. Hergott intitulé: *De l'oblitération du vagin pour guérir les incontinences d'urine produites par la perte d'une grande partie du tissu de la vessie.* Le rapporteur dit que ce procédé, conçu par Vidal (de Cassis), fut délaissé en France et mis en pratique en Angleterre et en Allemagne. M. Hergott ne fait que restituer à la France ce qui lui est dû. Les conclusions du rapport, favorables à l'auteur, sont adoptées.

M. Verneuil fait observer que M. Hergott dit qu'il faut, toutes les fois que cela est possible, obtenir l'oblitération en accolant à la vessie le fond du vagin; sans vouloir poser de règles précises, l'orateur croit qu'il serait préférable de ne pas laisser de vagin du tout et d'oblitérer à la vulve. Les femmes ne seraient pas ainsi exposées à certaines tentatives conjugales contre lesquelles les barrières chirurgicales ne résistent pas toujours.

M. Giraldès. En oblitérant la vulve, on laisse un grand cul-de-sac dans lequel il peut se former des calculs, puis l'écoulement des règles devient très-difficile.

M. Verneuil. J'ajoute à mon observation précédente que le procédé indiqué par M. Hergott offre de grandes difficultés opératoires; de plus, on peut ouvrir le péritoine.

M. Hillairet lit un mémoire pour démontrer les avantages qu'on retirerait au point de vue de l'hygiène et de la santé des troupes si on bâtissait les *Casernes et hôpitaux militaires* d'après le système de M. l'ingénieur Tollet. Tout le monde sait, en effet, que presque tous les bâtiments militaires, construits d'après les errements jusqu'alors suivis, manquent d'une quantité suffisante d'air et de lumière.

M. Boucaumont donne lecture d'un travail sur la présence des *Sels de lithine dans les eaux minérales et thermales d'Auvergne.* L'analyse a permis de constater que les eaux les plus riches étaient celles de Châteauneuf de Royat. On sait que la lithine et ses sels ont une action curative très-grande sur les affections arthritiques et rhumatismales.

M. Depaul présente un *monstre acéphale* (classe des *péracéphaliens* de Géoffroy Saint-Hilaire). La tête et les membres supérieurs manquent absolument, les cavités thoraciques et abdominales, très-rudimentaires, sont surmontées par une petite proéminence terminée par une houppe de poils. Nombril et cordon ombilical. Deux jambes; à l'une un pied-bot; 3 doigts à un pied, 4 à l'autre. Organes génitaux féminins externes bien conformés, un anus. L'autopsie n'a pas été faite. La grossesse était gémellaire; l'autre enfant, venu un peu avant terme, est né viable et vit bien. M. Depaul a pu examiner le placenta: il n'y en a qu'un, à une seule poche; gros cordon ombilical pour l'enfant né viable. Dans la grande cavité placentaire, on trouve une poche secondaire, formée par un amnios, mais ne communiquant pas avec l'autre; un seul chorion. Sur l'une des parois de la poche secondaire, on trouve un gros vaisseau, ayant servi à l'alimentation du monstre, qui va gagner la racine du gros cordon et paraît être une bifurcation de sa veine ombilicale.

M. A. Desprès lit un travail sur *la production et le siége des abcès métastatiques dans l'infection purulente.* Sur 40 malades, morts de septicémie, dans le service de l'auteur, 29 présentaient des abcès métastatiques. Ils se développent, dit M. Desprès, dans l'endroit où a eu lieu la lésion originelle. Dans la rate, s'il y a eu intoxication palustre, dans le foie ou les poumons, s'il y a eu des habitudes alcooliques, etc., etc.

M. Onimus, en réponse à M. Pasteur, lit le résultat de nouvelles expériences faites par lui pour prouver que certains ferments naissent et se développent dans des liquides soustraits d'une façon absolue au contact de l'air.

En pathologie, on a dit que toutes les fois que le pus d'un abcès contiendrait des ferments, il y aurait des tendances à la septicémie. Cependant, on peut impunément injecter dans le corps un liquide fermenté, mais qu'on y injecte seulement une goutte d'un liquide septique, et on verra bientôt les accidents se produire. Quels sont les vibrions et les bactéries qui produisent l'infection putride et comment les distinguer les uns des autres? Ne serait-il pas logique d'invoquer une cause autre que la fermentation? G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 décembre 1874. — Présidence de M. Charcot.

22. Tuberculisation des organes génito-urinaires;

par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 65 ans, entré, il y a quatre mois, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 2, service de M. Gosselin, se plaignait, depuis un an environ, de douleurs sourdes dans les deux testicules. Ces douleurs ne l'avaient jamais gêné au point d'interrompre son travail, lorsque, il y a quatre mois, il commença à éprouver de la difficulté pour uriner et pour aller à la selle. Les besoins d'uriner devinrent assez fréquents et s'accompagnèrent, par moments, de dysurie. Pas d'hématurie, pas de pus dans les urines, pas d'écoulement par le canal de l'urèthre, en dehors de la miction. La défécation s'accompagna également de douleurs, parfois assez vives.

Dès son entrée à l'hôpital, on constata une tuméfaction notable des deux testicules. Le gonflement intéressait principalement l'épididyme. On reconnut aussi, par le toucher rectal, que la prostate et les vésicules séminales étaient volumineuses et bosselées.

Au début, la pression exercée sur ces divers organes, était peu douloureuse. Mais peu à peu les douleurs devinrent plus vives, surtout à la pression; les bosselures, dont nous venons de parler, principalement celles de la prostate et des vésicules séminales, se ramollirent en certains points; celles des tumeurs testiculaires conservèrent un peu plus longtemps leur consistance initiale, mais il y a deux mois, le ramollissement de ces dernières devint manifeste. Il n'y eut pas d'épanchement dans la tunique vaginale. Les enveloppes du scrotum restèrent intactes jusqu'à la fin.

Le début de l'affection par l'épididyme, son extension aux vésicules séminales et à la prostate, les troubles de la miction et de la défécation, l'apparition de tumeurs bosselées, dures au début et se ramollissant progressivement, l'absence d'hydrocèle vaginale, permirent de diagnostiquer sûrement une tuberculisation généralisée des organes génitaux.

L'examen du poumon ne fit constater, dès le début, aucune altération de nature tuberculeuse. Mais le malade ayant eu, depuis quatre ans, plusieurs pleurésies, présentant aux deux sommets quelques frottements pleuraux et des signes d'emphysème des deux poumons, on pouvait admettre que la tuberculose des organes génitaux n'avait été que secondaire. Cependant, ainsi que l'autopsie l'a montré, les granulations tuberculeuses, trouvées dans les poumons, étaient de date beaucoup plus récente: elles se sont évidemment développées consécutivement à la tuberculose des organes génitaux.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade perdit ses forces, sa santé s'altéra progressivement, il fut pris de sueurs nocturnes très-abondantes, d'accès de fièvre tous les soirs; l'amaigrissement se prononça de plus en plus; enfin quinze jours avant la mort, qui arriva le 14 novembre, il présenta des signes de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva les deux poumons emphysémateux, farcis de granulations grises, demi-transparentes; mais en aucun point il n'y avait de traces de tuberculose ancienne. Les plèvres présentaient de nombreuses adhérences, principalement aux deux sommets. L'intestin était parfaitement sain.

Mais l'examen des organes génito-urinaires fit découvrir des lésions intéressantes, dont les unes, celles des organes génitaux, avaient été diagnostiquées pendant la vie, dont les autres, celles des voies urinaires, avaient passé inaperçues.

Les deux testicules sont déformés, comprimés par les

masses caséeuses des épididymes. Ils présentent de nombreuses granulations tuberculeuses, très-volumineuses, et disposées le long des cloisons du testicule. Une partie du testicule est saine. Les deux épididymes sont entièrement remplis de masses caséeuses, séparées les unes des autres, ramollies en certains points ; on remarque en outre une caverne en voie de formation au niveau de la tête.

La prostate et les vésicules séminales sont converties en une bouillie de matière tuberculeuse ramollie. Les enveloppes de ces organes sont saines extérieurement, mais elles sont très-épaissies. Les reins, les uretères, la muqueuse uréthrale ne présentent aucune altération.

La *muqueuse de la vessie* présente au contraire des lésions très-intéressantes. On trouve au *bas-fond* de la vessie *cinq* ulcérations, dont une de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, arrondies, saillantes, taillées à pic, à base indurée. Le fond est granuleux, grisâtre, la périphérie est rouge et contient de nombreux vaisseaux parfaitement visibles. Le *sommet de la vessie* présente également *quatre* ulcérations plus larges que les précédentes, et offrant le même aspect. On en voit *trois* sur la face postérieure.

L'*examen histologique* fait par M. Cadiat a montré que les lésions vésicales sont de nature tuberculeuse. On voit en effet au niveau des ulcérations, des quantités considérables de noyaux agglomérés en certains points, et présentant l'aspect des ulcérations tuberculeuses en général.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1875. — Présidence de M. L. Le Fort.

M. Duplay lit un rapport sur un cas de *trépanation du crâne* suivi de guérison, présenté par M. Lucas-Championnière. Un homme en tombant, s'était fracturé la voûte du crâne au-dessus de la bosse frontale gauche ; l'os était enfoncé sans plaie cutanée considérable. Deux jours après l'accident, il survient de la paralysie du bras droit avec persistance de la sensibilité.

Le quatrième jour, de véritables accès d'épilepsie se manifestent ; ils deviennent plus intenses le lendemain ; enfin, le sixième jour, les symptômes sont encore plus graves : coma, respiration très-embarrassée. M. Lucas-Championnière se décide à appliquer une couronne de trépan : il tombe sur un épanchement sanguin au-dessous duquel il rencontre une esquille enfoncée dans la dure-mère, il l'extrait et applique un pansement antiseptique. Tous les phénomènes précédents disparurent et le malade ne tarda pas à guérir. C'est un succès de plus à mettre sur le compte du trépan, opération qui reprendra bientôt en France (comme elle l'a déja fait en Amérique et en Angleterre) une place honorable dans la chirurgie. L'auteur croit que le pansement a été pour beaucoup dans la guérison, ce n'est pas l'avis de M. Duplay. La température a présenté ceci de particulier, qu'elle était plus basse le soir que le matin, contrairement à ce qui se montre d'habitude.

M. de Saint-Germain lit un rapport sur une observation de *trachéotomie pratiquée à deux reprises différentes sur le même enfant*, par M. Ch. Périer. — Cette observation a déjà été analysée à cette place. — (Voir le *Progrès médical* 13 fév. 1875).

M. Lucas-Championnière a trouvé, dans une hernie ombilicale étranglée qui contenait 2 mètres d'intestin grêle, deux hernies graisseuses. C'était chez une femme très-obèse. L'auteur croit que ces hernies graisseuses sont le premier stade d'une hernie intestinale.

M. Verneuil lit la troisième partie de son travail sur la *forcipressure*, comme succédané de la ligature des artères. Ce troisième chapitre, très-rempli d'érudition, ne contient que des recherches sur l'origine des instruments employés dans la forcipressure ; on ne saurait donc se contenter d'une analyse succincte. Aussi renvoyons-nous au compte-rendu *in-extenso* les lecteurs que la question intéresse.

M. Guyon présente un malade guéri d'une fracture de la rotule. Les deux bords sont très-rapprochés et semblent réunis par un cal osseux. Pour arriver à ce résultat, il a mis la cuisse et la jambe du malade dans une gouttière et a posé des vésicatoires successifs sur le genou jusqu'à disparition de l'épanchement articulaire. Le rapprochement des deux portions de l'os a pu s'effectuer alors très-facilement.

M. Duplay montre un jeune homme auquel il a reséqué l'acromion et le tiers externe de la clavicule pour une nécrose de ces os, compliquée de fistules. Les mouvements de l'articulation sont presque tous conservés. I. B.

PHARMACOLOGIE.

Pilules au fer et à l'absinthe de Louvard.

Un grand nombre de médications de toutes sortes ont été tour à tour employées, les unes avec succès, les autres sans résultat, contre la *chlorose* et l'*anémie*, ces deux affections si tenaces, si rebelles et malheureusement si communes chez les jeunes femmes et les jeunes filles.

Parmi les plus efficaces et les plus rationnelles, il faut placer au premier rang les *préparations ferrugineuses*. Mais, le plus souvent, elles présentent un grand inconvénient, c'est que l'estomac, déjà débilité et affaibli, ne peut les tolérer ; d'ailleurs, leur effet est lent, et elles n'ont pas toujours l'énergie nécessaire pour ranimer les fonctions digestives dans les cas d'atonie excessive de la muqueuse stomacale.

L'expérience et de nombreuses et sérieuses observations ont démontré que les pilules au *fer* et à l'*absinthe* de Louvard, ne présentent pas les désavantages que nous venons de signaler, mais que, au contraire, elles agissent rapidement et efficacement, même dans les cas où toutes les autres médications ont échoué. Elles ont une action des plus énergiques et rendent promptement faciles et normales les digestions les plus pénibles et les plus laborieuses. Aussi, grâce aux propriétés toniques et *amères* de l'*absinthe* les malades se nourrissent bien et le *fer*, alors facilement absorbé, passe dans le sang appauvri, et lui rend sa plasticité ; en outre, il diminue la congestion sanguine des glandes et modère les sécrétions.

Pour donner une idée de la rapidité d'action et de l'efficacité des pilules de Louvard, nous résumons, parmi plusieurs cas rapportés par le Dr Mareilh dans la *Gazette des hôpitaux* (1874), le fait suivant :

Mlle X...; âgée de 26 ans, très-anémique, a été pendant 2 ans inutilement traitée par diverses préparations au fer et au quinquina. Les désordres de l'estomac sont tels que la malade ne peut supporter qu'un peu de bouillon et de Malaga. Lèvres et ongles décolorés, bruit de souffle dans les vaisseaux du cou, œdème au bas des jambes; au moindre exercice, au moindre bruit, palpitations, faiblesse extrême, sommeil presque impossible, syncopes fréquentes. Le 14 septembre, ou ordonne 6 pilules de Louvard à prendre dans la journée en 3 fois, une heure avant les repas.

Le 17, les pilules étant bien supportées, on porte la dose à 9 par jour. — Le 21, la malade prend des potages. — Le 27, un peu de viande qui est bien digérée. On cesse les pilules pendant six jours. Dans l'intervalle, la malade continue à manger de la viande ; les palpitations sont moins violentes, les lèvres se colorent, les forces reviennent.

Le 2 octobre, on ordonne de nouveau 9 pilules. Le 18, le traitement est de nouveau interrompu. Forces revenues, grand appétit et bonnes digestions. Plus de palpitations ni de souffle. Toujours un peu d'œdème autour des malléoles. — Après quelques jours de repos, le traitement est encore repris pendaut une quinzaiue ; après ce temps, la guérison est absolue, radicale.

Ce fait intéressant nous parait devoir encourager les praticiens à expérimenter cette association du fer et de l'absinthe. Voici le mode d'administration qui paraît le plus convenable : Pour les jeunes filles de 12 à 16 ans, il faut, au début, ordonner 4 pilules par jour et augmenter progressivement selon les indications. Pendant le traitement, les malades doivent s'abstenir, autant que possible, d'aliments crus ou acides.

15. Hémorrhagies pulmonaires graves.

P. Brome............ 6 gouttes.
Eau distillée......... 15 grammes, dans un flacou à l'émeri.

Porter le liquide sur une compresse et pratiquer des inhalations très-répétées. Administrer en même temps une solution de 20 gouttes de perchlorure de fer à 30° B, dans un verre d'eau sucrée dont on aspire tous les quarts d'heure une gorgée à l'aide d'un tube de verre. (*Revue méd. de l'Est.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. *Leçons cliniques* mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Jean (H.) : 5, bronchite, pneumonie; 7, phthisie laryngée, œdème glottique; 18, cirrhose du foie; 19, cancer du rectum, anasarque; 21, rhumatisme subaigu, rétrécissement et insuffisance aor-

tique. — Salle Saint-Philippe (F.) : 10, pyohémie puerpérale; 13; érysipèle de la face, puerpéral; 16, laryngite syphilitique, œdème de la glotte: 17, tumeur utérine (sarcome?); 22, gangrène pulmonaire. — Salle Sainte-Marie (F.): 9, pyohémie puerpérale (guérison probable).

Chirurgie. Service de M. Desprès. Baraque II : 23 bis, purpura simple; 26, fausse orchite chronique; 33, kyste synovial du médius. — Salle Cochin; 9, adénite axillaire; 18, orchite tuberculeuse; 19, fracture double de jambe. — Baraque III : 13, abcès de la marge de l'anus; 7, abcès périlymphatique. — Salle Saint-Jacques (F.) : 7, tumeur abdominale (cancer épiploïque).

Hôpital de la Charité. — Service de M. Trélat. Salle Saint-Jean (H.): 1, iri dectomie; 3, rétréciss. de l'urèthre; 4, fracture de phalange; 7, abcès périarticulaire du coude; 8, paralysie du moteur oculaire commun; 12, érisypèle gangréneux des paupières; 15, phlegmon de la cuisse; 20, phlegmon de la main; 21, contusion de l'œil, hypoma. — Salle Sainte-Rose (F.) : 2, fistule recto-vaginale; 3, fibrome du sein; 9, entorse du pied; 11, 20, 21, métrite; 13, rétrécissement du canal lacrymal; 14, varices profondes, œdème chronique de la jambe; 15, fistule recto-vaginale.

Service de M. Gosselin. Salle Sainte-Vierge (H.) : 4, scrofule et syphilis; 12, conjonctivite granuleuse; 11, fracture de la clavicule; 19, cancer de la parotide; 26, fracture de la malléole inférieure; 27, sarcocèle syphilitique; 50, fracture de la rotule.

Service de M. Empis. Salle Saint-Michel (H.) : 1, pneumonie; 4, ramollissement cérébral aigu; 11, ataxie locomotrice; 15, ictère chronique, hypertrophie du foie; 27, anévrysme de la crosse de l'aorte; 5, tœnia. — Salle Sainte-Marthe (F.) : rhumatisme noueux; 14, anévrysme de l'aorte abdominale; 16, emphysème pulmonaire avec emphysème cervical; 21, hématémèses supplémentaires; 23, hématocèle rétro-utérine; 27, psoïtis, 29, rhumatisme, congestion rénale.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* Service de M. Hardy. Consultations les jeudis. Examen clinique les veudredis. — Salle Saiut-Jean (F.) : 2. pellagre; 6, psoriasis circiné; 10, eczéma des avant-bras; 53, pemphigus folliacé; 58, molluscum généralisé, face, cuir chevelu, dos, bras; 70, syphilide vésiculeuse. — Salle Saint-Jean (H.) : 21, ecthyma; 29, pemphigus bulleux; 30, syphilis tertiaire; 32, eczéma des bourses; 40, syphilide acuéique; 45, mélitagre.

Service de M. Vidal. Consultations les samedis. Examen clinique les dimanches. — Salle Saint-Thomas (F.) : 8, syphilis tertiaire; 20, syphilis et scrofule; 30, mélitagre; 33, hématocèle rétro-utérine; 37, érythème rhumatismal; 39, eczema et lichen. — Salle Saint-Louis (H.) : 23, psoriasis de la langue; 46, psoriasis lingual syphilitique; 49, angine gangréuense primitive bénigne.

Chirurgie. Service de M. Cruveilhier. Consultatious les mardis, jeudis et samedis. Opérations le vendredi. — Salle Sainte-Marthe (F.): 32, tumeur du sein droit; 41, tumeur du foie; 48, sarcome ganglionuaire de l'aine; 53, hernie irréductible par adhérences. — Salle Saint-Augustin (H.) : 2, 5, ongles incarnés; 10, résection du poignet; 20, abcès confluent du creux sous-claviculaire; 75, calcul de la prostate; 76, arthrite tarsienne chez un adolescent.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Gombault. Salle Saint-Benjamin : 6, polypes du larynx, fistule trachéale en voie de cicatrisation; 11, dilatation des bronches, cœur à droite. — Salle Saint-Eugénie : 4, contracture et paralysie hystériques; 11, rhumatisme chronique, corps étraugers, péri-articulaires; 19, paraplégie hystérique; 18, tumeur abdominale; 14, tumeur abdominale, cirrhose hypertrophique; 22, tuberculose, tumeur fibreuse, érysipèle de la face; 33, goître exophthalmique; 36, anasarque généralisé, carie.

Service de M. Labbé. Salle Saint-Gabriel : 1, amputatiou de jambe, pansement de Lister; 2, épithélioma de la paroi thoracique; 3, tubercule des testicules, phéblite; 4, luxation de l'atlas, polyurie; 10, chancre mou chez un vieillard de 72 ans, bubon; 14, fractura du radius par cause directe; 15, fracture comminutive de la jambe droite au-dessous du tibia, réduction, appareil plâtré; 24, calcul vésical.

Service de M. Vulpian. Salle Sainte-Claire : 4, caucer de l'estomac; 8, pleurésie gauche; 10, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 23, érythème noueux; 28, hémichorée et hémianesthésie symptomatiques. — Salle Saint-Raphaël : 2, pleuro-pneumonie; 12, pleurésie gauche: 37, maladie de Bright; 45, épilepsie, angine de poitrine.

Enseignement médical libre.

Médecine opératoire. — M. Laskowski, commencera son cours le jeudi 1er avril (pavillon n° 7 de l'Ecole pratique) et le continuera tous les jours. On s'inscrit rue des Sts-Pères, 78, ou à l'Ecole pratique.

Cours particulier de technique microscopique. M. le Dr Latteux, sous-chef du laboratoire de cliniques, a commencé ce cours le 16 mars 1875, à 4 heures. Le nombre des élèves, pour chaque série, sera de six. Les leçons auront lieu trois fois par semaine, de 4 à 6 heures. Durée. 6 semaines. On s'inscrit chez M. Latteux, 9, rue de la Poterie-des-Halles, de 1 à 2 heures.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 12 mars 1875, on a constaté 1,027 décès, savoir : variole, 2; — rougeole, 11; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 71; — pneumonie, 122; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 1; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 10; — croup, 17; — affections puerpérales, 5; — autres affections aiguës, 269; — affections chroniques, 461, dont 161 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 30; — causes accidentelles, 9.

Londres. — Population 3,445,160 hahitants. Décès du 28 fév. au 6 mars, 1,880, savoir : variole, 2; — rougeole, 12; — scarlatine, 36; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 11; — bronchite, 410 ; — pneumonie, 117 ; — dyssenterie, »; — diarrhée, 18; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 13; — croup, 28, — coqueluche, 58.

Concours d'agrégation (*Médecine*). — Voici l'ordre des dernières séances de l'argumentation des thèses : 5e Séance. Rathery (*Des accidents de la convalescence*), arg. par Ducastel et Grancher. Audhoui (*De l'influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux*), arg. par Liouville et Legroux. — 6e Séance. Jeoffroy (*De la médication par l'alcool*), arg. par Desplats et Dieulafoy. — Rendu (*Des anesthésies spontanées*), arg. par Hallopeau et Balestre. — 7e Séance. Debove (*L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique?*) arg. par Straus et Grasset. — Renaut (*De l'intoxication saturnine chronique*), arg. par Lépine et Rathery. — 8e Séance. Ducastel (*Des températures élevées dans les maladies*), arg. par Grancher et Audhoui. — Liouville (*De l'abus en thérapeutique*). arg. par Legroux et Joffroy. — 9e Séance. Desplats (*Des paralysies périphériques*), arg. par Dieulafoy et Rendu.

Faculté de médecine de paris. — MM. Duval, chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire d'histologie ; Gautier, chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de chimie biologique ; Danlos, chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de chimie biologique, sont nommés à ces emplois à titre définitif.

Pathologie interne. M. Hardy a commencé son cours jeudi dernier à 3 beures. Mardi, jeudi, samedi. Maladies de l'appareil circulatoire.

Pathologie externe. M. Trélat : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Ministère de l'instruction publique. — Par décret en date du 10 mars, M. Wallon a été nommé Ministre de l'Instructiou publique. — Par décret en date du 15 mars, M. Ch. Jourdain, inspecteur-géuéral de l'Iustruction publique, membre de l'Iustitut, est nommé secrétaire-général du Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts.

Un exemple a suivre. — Témoignage d'une bonne confraternité. — Il y a quelques semaines succombait au Havre, à la suite d'un cancer de l'estomac, le Dr Bellevue, ancien médecin du bureau de bienfaisance, médecin en chef du dispensaire, des docks-entrepôts, des pilotes, etc., ancien médecin de l'hôpital. M. le Dr Bellevue mourut comme beaucoup de nos confrères, pauvre, après avoir eu une des plus belles clientèles et le plus grand renom. Par un sentiment qui les honore, ses confrères du Havre ont voulu seuls subvenir aux frais de ses funérailles.

Dans une des dernières séances du Conseil municipal, les membres du Conseil du Havre ont voté à l'unanimité, à sa veuve, une rente de *1,000 francs*. Ces faits n'ont pas besoin de commentaires, ils montrent qu'il existe encore en France des villes assez libérales pour récompenser et aider les veuves de ceux qui ont su, comme le Dr Bellevue, rendre tant de services dans les épidémies et prodiguer leurs soins souvent avec plus que du désintéressement. Ils nous montrent aussi la bonne confraternité qui existe entre nos confrères de la ville du Havre. Puisse cet exemple être suivi dans d'autres villes!

Société française de tempérance. — Association contre l'abus des boissons alcooliques. — Cette société tiendra sa séance annuelle sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Iustitut, le dimanche 21 mars, à 4 heures précises du soir, dans l'une des salles de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44. *Ordre du jour* : 1° Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier; — 2° Rapport sur les prix à décerner en 1874, par M. de Ranse; — 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1874, par M. le Dr Decaisne.

Oiseau monstrueux. — Le musée d'histoire naturelle de Valence (Espagne), vient de recevoir un monstre très-extraordinaire. C'est un oiseau avec deux têtes et deux cous. Les deux têtes ne sont pas tout-à-fait pareilles; l'une est plus grande, et la couleur n'est pas non plus la même. Cet oiseau est complètement développé et on suppose qu'il a deux ans. (*El Genio medico-quirurgico*, Madrid, 15 février 1875).

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas d'exostoses ostéogéniques,

Par **Paul RECLUS**, aide d'anatomie à la Faculté.

Les exostoses multiples et symétriques sont signalées depuis fort longtemps : on en trouve de belles observations dans nos recueils et de nombreux spécimens dans les musées anatomiques. Mais leur histoire était toute à faire ; on n'avait pas su les séparer des autres variétés d'exostoses et leur multiplicité, leur siége, le moment de leur apparition restèrent inexpliqués jusqu'au jour où les travaux de Flourens, d'Ollier et de Broca rappelèrent de nouveau l'attention sur le mode de développement des os. Cette époque remonte à 1840 ; cependant, malgré ce qui s'accumule de faits expérimentaux et de recherches cliniques, il nous faut aller jusqu'en 1864 pour rencontrer un tableau d'ensemble où cette question soit traitée d'une manière complète.

Certainement Roux, dans son mémoire sur les exostoses, publié en 1847, et M. Chassaignac, quelques années plus tard, avaient bien vu leur symétrie et leur naissance sur les jeunes os. Le premier de ces auteurs a même insisté longuement sur ces points ; mais ils n'avaient pas reconnu la fixité de leur siége et le rapport qui les unit au cartilage de conjugaison. C'est à M. Broca qu'on doit cette notion et dans la thèse importante qu'il inspira à M. Soulier, ce fait est vivement mis en lumière. M. Soulier, dans sa thèse intitulée : *Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses*, donne aux tumeurs qui nous occupent le nom d'*exostoses ostéogéniques* ou *de développement*, et trace l[illegible] sur un ensemble d'environ vingt observations.

Depuis lors, MM. Cornillon et Valtat ont publié un cas très-intéressant recueilli à la Salpétrière, dans le service de M. Charcot. Les humérus, les tibias et les péronés à leur extrémité supérieure, les radius, les cubitus et les fémurs à leur extrémité inférieure, étaient le siége d'exostoses de dimensions variables (1).

Un remarquable exemple de ces exostoses vient de se présenter dans le service de notre maître, M. le professeur Trélat. Nous croyons devoir le publier, non-seulement en raison de sa netteté, du volume et du nombre des tumeurs osseuses, mais encore à cause d'une intéressante complication qui, du reste, a été déjà signalée quelquefois, nous voulons parler d'un hygroma survenu dans une bourse séreuse accidentelle, développée sur une exostose. — Nous ajouterons que, plus tard, sur une pièce recueillie à l'Ecole pratique, nous avons pu étudier la structure d'une de ces exostoses. Nous allons joindre sa description à l'observation présente.

OBSERVATION. *Exostoses ostéogéniques symétriques. — Synovite d'une bourse séreuse accidentelle developpée sur l'une de ces exostoses.*

Le 3 novembre est entré, dans le service de M. Trélat, Vié, Charles, typographe. Il est âgé de 15 ans, petit, de chétive apparence. — Il nous raconte que, vers 3 ans, il fut atteint d'une maladie grave qui l'aurait retenu couché plus de un an et demi. Mais, depuis cette époque, sa santé est assez bonne. — Il a eu, cependant, 3 abcès dont il porte les cicatrices : le premier, vers 6 ans, près de la 6e ou de la 7e côte gauche ; le deuxième, vers 9 ans, dans le triangle de Scarpa et le troisième vers 11 ans, à la partie externe de l'extrémité inférieure de la cuisse droite. Ce dernier donna lieu à un long écoulement de pus ; il s'est plusieurs fois fermé et rouvert et la cicatrice qu'il a laissée est déprimée, profonde et adhérente à l'os.

Presque tous les os longs présentent, mais au niveau de leurs épiphyses seulement, des exostoses symétriques et d'une ressemblance telle, comme forme et comme siége, que celles d'un côté reproduisent celles de l'autre à peu près exactement. Elles sont assez saillantes pour déterminer une véritable déformation, remarquable surtout aux membres inférieurs. Le tibia et le péroné sont atteints et ceci des deux côtés et à leurs deux extrémités. Les malléoles externes sont volumineuses, irrégulières et mamelonnées. Les internes se correspondent, au contraire, par une surface plane et offrent comme un plateau élargi qui soulève les téguments. Malgré cette forme aplatie de l'extrémité malléolaire du tibia, le diamètre transversal de l'extrémité inférieure de la jambe est notablement agrandi. — Il en est de même à l'extrémité supérieure : Exostoses de la tête des deux péronés ; exostose de deux condyles internes du tibia. Ces dernières pointent sous la peau : d'abord perpendiculaires à la surface de l'os, elles lui deviennent parallèles et se recourbent comme un crochet, comme une apophyse coracoïde dont le bec se dirige en bas. La saillie des quatre exostoses internes du tibia est telle que lorsque l'enfant rapproche les jambes, les tumeurs se mettant en contact par leur sommet, circonscrivent un espace presque rectangulaire.

Rien à l'extrémité supérieure du fémur. L'inférieure présente, sur les deux condyles internes, une exostose en crochet, de même forme que celle du tibia, mais plus volumineuse et plus saillante encore ; la pointe en est dirigée en haut. Sur le condyle externe nouvelle exostose, mais seulement à la cuisse droite ; à la gauche on constate, au contraire, une dépression profonde [illegible] gnale dans les antécédents. Quoi qu'il en soit, pour l'ensemble du membre abdominal nous trouvons un total de 11 exostoses.

Le membre thoracique en possède un nombre plus considérable encore, mais elles sont moins volumineuses. A la main les doigts sont déviés par les saillies qu'elles forment sur les phalangettes et les phalanges. L'extrémité carpienne du radius et du cubitus, aussi bien à droite qu'à gauche, offre des stalactites ou des aiguilles osseuses développées à la partie interne et postérieure des deux os. On les sent lorsqu'on déprime les tissus en avant et surtout en arrière. — Les extrémités qui concourent à l'articulation du coude sont indemnes. Mais, vers la tête de l'humérus droit, sur le bord interne du deltoïde, il existe une exostose volumineuse, en tous points semblable à celles du fémur et du tibia ; le bec est dirigé en bas. Sur le bras gauche, à la région correspondante, se trouve une petite saillie peu appréciable. Enfin, et pour terminer, exostose à l'extrémité sternale de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-cléïdo-mastoïdien. Sur l'autre clavicule, une épine osseuse à peine saillante lui est symétrique.

C'est de l'âge de deux ans, nous dit la mère du malade, que date l'apparition de ces tumeurs. Elles se sont développées lentement, progressivement et sans cause appréciable. Pas d'antécédents de famille, pas de coups, pas de violences extérieures ; à peine l'enfant signale-t-il une chute sur la face dorsale de la main pour expliquer la formation des exostoses phalangiennes. Du reste, elles sont complétement indolores et ce n'est point pour elles que le malade entre à l'hôpital.

Il porte, sur la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, une tumeur apparue depuis huit jours environ : elle s'est développée sans rougeur et sans chaleur ; elle est allongée, fluctuante, et l'on sent, à la palpation, lorsqu'on refoule le liquide, une sorte de crépitation ou de frottement profond. — L'apparence chétive du malade, ses antécédents, la présence des cicatrices laissées par les anciennes collections pu-

(1) *Revue photogr. des hôpitaux de Paris*, 1871, p. 97, Pl. XII et XIII.

rulentes, faisaient penser à un abcès froid. Une ponctiou exploratrice est pratiquée; mais il n'y eut pas issue de liquide. C'est alors que M. Trélat coustata, en déprimant la tumeur, une exostose sous-jacente. L'existence de cette exostose, le mode de développemeut de la tumeur, sa fluctuatiou et la crépitation que l'on sent, modifient son opiuiou première et il diagnostique une syuovite d'une bourse séreuse accideutelle, développée sur une exostose. — La marche de la maladie a confirmé ce diagnostic: après un repos de quelques jours et une compression légère, l'hygroma a disparu.

Cette observation, dans ses parties essentielles, ne fait que reproduire les vingt observations recueillies par M. Soulier; dans les siennes comme dans la nôtre, c'est toujours aux extrémités de l'os long que se développent les exostoses; dans la nôtre comme dans les siennes, les mêmes extrémités sont atteintes. — Aux membres inférieurs, celles qui concourent à l'articulation du genou; aux membres supérieurs. celles qui s'éloignent du coude. Cette double remarque avait frappé M. Broca qui en donna, le premier, une explication rationnelle.

On sait que les os longs croissent en épaisseur, grâce aux couches nouvelles que fournit le périoste, qu'ils s'allongent par l'hypergénèse incessante du cartilage interposé à l'épiphyse et à la diaphyse. Ces faits, prouvés par Duhamel, sont de connaissance vulgaire depuis les expériences de Flourens et d'Ollier. Mais les os longs ont deux épiphyses, deux extrémités diaphysaires, par conséquent deux cartilages. Or, ces cartilages ne prennent pas une part égale à l'accroissement de l'os en longueur. Ollier, en plantant un clou au milieu des os, Broca en observant la situation relative du trou nourricier aux âges différents, ont pu constater combien variait l'allongement produit par les divers cartilages de conjugaison. Ollier a démontré, par ses expériences sur les animaux, que, dans le même temps, le cartilage *supérieur* de l'humérus produit sept fois plus d'os que l'inférieur; l'*inférieur* du fémur trois fois plus que le supérieur; l'*inférieur* du radius et du cubitus trois et quatre fois plus que le supérieur; le *supérieur* du tibia deux fois plus que l'inférieur. Rien de précis pour le péroné.

Il est maintenant facile de comprendre pourquoi les exostoses naissent sur les extrémités osseuses, en général, et sur certaines extrémités en particulier. L'exostose est une hypergenèse osseuse; elle apparaît là où l'ossification est la plus active, c'est-à-dire au niveau du cartilage de conjugaison, et comme les deux cartilages ne sont pas également productifs. c'est vers l'épiphyse, que nous pourrions appeler *fertile*, que se fera la néoplasie.

Il ne faudrait pas cependant devenir exclusif, car les faits donneraient un démenti rapide. Les épiphyses moins actives peuvent porter des exostoses et l'extrémité inférieure du tibia, par exemple, en est souvent le siége, notre observation en fait foi. Mais la fréquence est bien complétement décroissante, et nous voyons, en consultant le tableau d'Ollier, que l'observation et les faits expérimentaux concordent absolument pour déterminer les épiphyses les plus souvent atteintes.

Le processus, indiqué par M. Broca, nous explique du même coup l'apparition des exostoses dans le jeune âge, leur accroissement parallèle à celui de l'os, leur état stationnaire après la soudure des épiphyses et les positions différentes qu'elles paraissent occuper d'année en année; implantées sur des couches cartilagineuses rapidement ossifiées et devenues partie intégrante de la diaphyse les tumeurs osseuses sont éloignées de plus en plus de l'interligne articulaire par le constant apport de couches nouvelles entre elles et l'épiphyse, et cela jusqu'à l'époque de la soudure. Il n'est rien, dans tout ce qui précède, qui ne soit en parfait accord avec la théorie. La production d'exostoses sur la diaphyse elle-même n'est nullement en contradiction. Les exostoses ostéogéniques proviennent à la fois d'une déviation et d'une exagération de l'ossification normale: elles pourront donc apparaître sur tous les points où se fait cette ossification; or, nous savons que la diaphyse est le siége d'un travail d'accroissement en épaisseur dû à la couche profonde du périoste. Ce travail, il est vrai, est lent, peu actif, quoique continu. Aussi — et nous retombons dans la loi générale — les exostoses diaphysaires sont-elles une exception.

C'est donc à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse qu'on les rencontre, mais non pas indifféremment en tous les points du pourtour du cartilage de conjugaison. Il nous a paru, en lisant les observations rassemblées par M. Soulier, qu'elles avaient, pour la plupart, comme un lieu d'élection nettement déterminé. Elles existent rarement en avant et en arrière; c'est en dehors et surtout en dedans des os qu'on les trouve. Nous n'avons qu'à citer les quatre exostoses si fréquentes en dedans des deux extrémités articulaires du genou. C'est une semblable exostose que nous avons trouvée sur un sujet de l'Ecole pratique. Nous allons maintenant la décrire.

Le cas dont il s'agit est celui d'une femme de 43 ans qui portait une exostose de développemeut au côté externe de l'épiphyse inférieure du fémur. Cette exostose, en forme de fer de lance, s'insère, par une base élargie, de 1 centimètre euviron, à l'union de la face interne et de la face antérieure du fémur, à 6 ceutimètres de l'interligne articulaire. Elle se dirige en haut et en dehors et limite, avec le corps de l'os, un angle très-aigu; elle préseute une partie rétrécie, espèce de col que surmonte une tête irrégulière et mamelonée. Sa largeur, mesurée vers la partie moyenne de la base d'implantation, est de 4 centimètres; son épaisseur au point le plus large, est de 1 centimètre et demi.

Après avoir pratiqué une section transversale de l'os de façon à diviser l'exostose en deux parties égales et symétriques, on peut constater qu'elle est constituée par du tissu spongieux, à larges aréoles remplies de moelle jaune. Ces aréoles sont beaucoup plus volumiueuses que celles du corps de l'os; ce sout des mailles allongées, limitées par de minces trabécules, formant un système de cloisons concentriques et convexes en dehors; elles sont, dans leur ensemble, à peu près parallèlles à l'axe du fémur. Vers la base de l'exostose, ces travées parallèles se rapprochent, s'épaississent et paraissent se contiuuer avec le tissu compacte de l'os, isolant ainsi, du moins en partie, le tissu spongieux de l'exostose du tissu spongieux du fémur. Cette disposition, d'ailleurs, n'existe qu'à la base de l'exostose, car, à son extrémité supérieure les mailles sont irrégulières et le tissu spongieux y est creusé de véritables lacunes pleines de moelle. Le tissu compacte qui enveloppe l'exostose est excessivement mince et l'est d'autant plus que l'on s'avance de la base vers le sommet. Par dégradatiou insensible, il descend de un demi millimètre à un sixième de millimètre tout au plus. Cette couche compacte est, du reste, tapissée par une couche de cartilage, très-mince, elle aussi, qui la sépare du périoste.

Plusieurs auteurs, et Ruysch en particulier, prétendent que les exostoses naissent au niveau des fortes insertions musculaires. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi, et l'examen attentif de notre malade nous semble prouver, au contraire, que les exostoses apparaissent dans les points où leur développement ne rencontrera que le minimum de résistance. Il n'y a pas de muscles ou d'insertions musculaires sur les deux malléoles; il n'y en a pas non plus à la partie postérieure et interne de l'extrémité inférieure du radius; l'exostose de l'humérus s'implantait sur l'espace libre limité par le bord interne du deltoïde et l'insertion supérieure du brachial antérieur; celle de la clavicule entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, — et si l'extrémité inférieure du fémur est recouverte par le triceps, il faut reconnaître que ce muscle glisse et ne s'insère pas sur l'os.

Nous avons signalé, dans notre observation, la forme en crochet qu'affectent la plupart de ces exostoses. M. Trélat a insisté sur ce point dans son cours de pathologie externe et l'explique par la texture de la tumeur: l'exostose est

d'abord cartilagineuse, le fait a été constaté plusieurs fois depuis A. Cooper, et M. Richet en cite un bel exemple. Le cartilage est flexible ; il se modèle plus facilement que l'os ; aussi, à mesure qu'elle se développe en longueur, la nouvelle apophyse cède à la pression des muscles et s'incline dans le sens de leur mouvement. Cette explication ne nous paraît vraie qu'en partie, et, — pour ne lui opposer qu'un exemple, — comment l'appliquer aux exostoses supérieures du tibia ? En premier lieu, il n'y a pas de muscles en ce point, et, si l'on veut faire jouer un rôle aux tendons de la patte d'oie, ce n'est pas en bas, mais en haut, vers le droit interne ou le couturier que devrait être tourné le bec de l'exostose. Or, cette direction est tout-à-fait exceptionnelle, et nous ne la trouvons signalée que dans un cas observé par Nélaton.

Aussi, proposerions-nous une autre explication. Les aponévroses d'enveloppe des membres viennent, au niveau des articulations, s'appliquer sur les os pour s'insérer aux saillies et aux tubérosités qu'ils présentent. Elles forment ainsi, avec la surface de l'os, un angle dont le sommet est tourné vers l'articulation et correspond au point d'insertion de l'aponévrose sur l'os. Ce n'est pas vers ce sommet que se développera l'exostose: il n'y aurait pas de place ; mais l'extrémité cartilagineuse de la tumeur rencontrant l'aponévrose, se courbera sur elle et se dirigera vers l'ouverture de l'angle, c'est-à-dire dans le sens de la moins grande résistance et du plus large espace. Voilà pourquoi, sur un même os, les exostoses des deux extrémités se répondent par leur pointe, tandis que, autour d'une articulation, au genou, par exemple, leur crochet présente une direction inverse : celles du tibia s'inclinant vers le pied et celles du fémur vers la racine de la cuisse.

Telle est notre observation et — sans tenir compte des réflexions qui l'accompagnent — nous désirions d'autant plus la publier que le malade est jeune et très-paresseux : il ne redoute guère d'entrer à l'hôpital où certainement il reviendra. Il sera donc étudié de nouveau et notre observation pourra servir de point de départ.

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1).

I. Sulfate de cuivre ammoniacal. Présence d'une quantité considérable de cuivre dans le foie.

Avant de rapporter l'analyse de M. Alb. Robin, nous croyons devoir donner quelques explications. Le foie, à l'autopsie, c'est-à-dire frais, pesait 1932 grammes. Nous en avons retranché 525 grammes qui ont permis, dès ce moment, de constater la présence du cuivre dont la quantité n'a pas été dosée. Les 1407 grammes qui restaient, placés dans l'alcool, se sont réduits à 1125 grammes, cédant de l'eau, du cuivre, etc., au liquide conservateur. De telle sorte que si le foie entier (1932 gr.) avait été mis dans l'alcool, il se serait réduit proportionnellement à 1474 grammes. Voici maintenant l'analyse de M. Alb. Robin.

Le procédé que nous avons suivi dans cette recherche, est en graude partie celui de Lhôte : toutefois nous l'avons modifié dans quelques-unes de ses opérations. Ainsi, au lieu de peser le cuivre à l'état de sulfure, il nous a paru plus simple encore de le doser à l'état d'oxyde. Dans cette recherche du cuivre, il faut que le chimiste se mette à l'abri de causes d'erreurs multiples, qu'il n'est pas inutile, croyons-nous, de rappeler brièvement ici, afin de prévenir, par avauce, quelques-unes des objections qui pourraient nous être faites. En outre, quelque banales qu'elles paraissent être, ces causes d'erreur doiveut être fréquemment rappelées.

(1) Voir les n° 32, 33, 3[illegible], 3[illegible] et [illegible] du Progrès Médical [illegible] n 12. 187[illegible].

1° Se servir de réactifs peu nombreux, absolument purifiés : moins on emploiera de réactifs, moins on aura de chances d'introduire le cuivre daus le tissu qu'on analyse.

2° Opérer dans des vases de porcelaine et de verre ; éviter les métaux avec le plus grand soin ; ne pas se servir, comme appareils de chauffage, de lampes de cuivre, de fourneaux de fonte à ajutage de cuivre, etc.

3° Comme les pesées doivent être faites daus des creusets de porcelaine, ne pas oublier que ces creusets contiennent une certaine quantité d'humidité dont on ne peut les débarrasser qu'en les chauffant au rouge et qu'ils reprennent, avec une grande facilité, même daus la cage dessèchée d'une balance de précision ; de telle sorte qu'avant de se servir d'un creuset, il est indispensable de le peser, de le chauffer au rouge et de constater par des pesées successives, le moment où il reprend son degré d'humidité, pour ainsi dire constitutionnelle. Sans cette précaution, on commet des erreurs de pesée qui peuvent s'élever de 0,003 à 0,006, ce qui est énorme, quand on opère sur des quantités infinitésimales, et surtout quand, n'ayaut employé qu'une partie du viscère à analyser, on est obligé de multiplier le résultat obtenu, ce qui augmente d'autant l'erreur commise.

Ces préliminaires posés, nous arrivons au détail du procédé : le foie, coupé en lanières minces, est introduit dans une grande capsule de porcelaine, chauffée à feu nu sur un bon fourneau Wiesnegg. Au bout de quelques instants, le foie « *rend son eau*, » et le liquide ainsi formé, commence à mousser abondamment. Il faut alors baisser un peu le feu et maintenir à une douce ébullition, jusqu'à ce que la plus grande partie du liquide ait disparu. On augmente alors le feu, les graisses du foie fondent et se brûlent avec une odeur profondément nauséeuse. Quand le résidu commeuce à durcir et à charbonner, on pousse encore le feu jusqu'à carbonisation complète.

Comme M. Lhôte l'avait indiqué daus son mémoire et pour les mêmes raisous, nous avons repoussé l'emploi des acides dans cette première partie de l'opération. Le résidu charbonneux est alors incinéré à la mouffle (fourneau à coupelle au charbon) dans des creusets de porcelaine. Ici, il faut prendre garde de ne point avoir un feu trop vif, sans cela les sels fusibles du résidu, fondent et, subissant une sorte de vitrification, englobent une certaine quantité de charbon qui se consume alors plus difficilement ou même ne brûle pas du tout. La température de la mouffle doit donc être parfaitement réglée et l'incinération très-surveillée. Certes, si la combustion du charbon n'était pas complète, l'opération ne serait pas manquée pour cela, mais elle serait rendue plus pénible, car d'une part, l'attaque par les acides des sels charbonneux fondus est plus difficile, et d'autre part, on sait quelle affinité les charbons organiques possèdent pour les sels métalliques. Cette affinité est telle, qu'il faut faire des lavages prolongés pour dissoudre ces sels en entier. Il y a donc encore là une cause d'erreur qu'il sera facile d'éviter.

Le résidu de l'incinération sera traité par un excès d'acide azotique pur et préalablement essayé. Cette dernière opération doit se faire dans une capsule de porcelaine au bain-marie, à la température de 80°-90°. Quand l'attaque sera terminée, que les vapeurs nitreuses auront pris fin, les cendres seront reprises et épuisées par une très grande quantité d'eau, à la température de l'ébullition, s'il reste des particules de charbon non brûlées, l'épuisement doit être encore plus complet. Ce point est très-important : on pourrait presque dire qu'on n'épuise jamais trop complétement.

Liquides et résidu seront jetés sur un filtre en papier Berzélius qu'on lavera encore à l'eau bouillante. Tous les liquides seront alors réunis et traités par un excès d'ammoniaque pure. Dans notre recherche les liqueurs ont pris, à ce moment, une belle couleur bleue pâle, indice du cuivre. Après une heure de repos, on filtre pour séparer le précipité formé, et les liquides filtrés seront concentrés au dixième de leur volume ; ici encore, on usera du bain-marie. Vers la fin de la concentration, on voit apparaître dans la capsule un précipité floconneux bleuâtre, qui vient encore confirmer la présence du cuivre. Quand la coucentration est arrivée à son terme, on

acidifie la liqueur avec de l'acide azotique pur qui redissout le précipité, on filtre et ou fait passer dans le produit de la filtration un courant de gaz hydrogène sulfuré. Le précipité qui se forme est constitué par du sulfure de cuivre et du soufre. On recueille ce précipité sur un filtre, on le lave avec une solution d'hydrogène sulfuré, puis on le traite à chaud, par une petite quantité d'acide azotique et l'on évapore à siccité. Le résidu est repris par l'eau bouillante qui dissout l'azotate de cuivre. Cette solution est evaporée dans un petit creuset de porcelaine, taré exactement, qu'on chauffe ensuite à la moufle, au rouge ordinaire, puis au rouge vif, en ayant soin d'éviter les pertes par projection. On obtient ainsi à l'état de bioxyde tout le cuivre contenu dans le viscère en expérience.

Telle est la méthode que nous avons suivie. Le foie de la malade pesait 1 932 grammes; une portion de 1,407 grammes avait été placée dans un bocal plein d'alcool. Cette partie s'était réduite à 1,125 grammes; l'alcool avait donc dissout 282 grammes d'eau, de matières extractives, etc. Nous avons dosé séparément le cuivre dans le foie et dans l'alcool de macération; en opérant sur 500 grammes de foie et sur 250 grammes de cet alcool, voici les résultats obtenus:

Le foie entier (1,932 gr. contenait 0 gr. 138 milligr. de cuivre, exprimé en cuivre métallique, ce qui correspond à 0 gr. 539 de sulfate de cuivre à cinq équivalents d'eau. Ces 0 gr. 138 se répartissaient ainsi: le foie en renfermait 0 gr. 0865, tandis que l'alcool en avait dissout 0 gr. 0515.

Cette analyse nous suggère les réflexions suivantes:

1° Le cuivre donné à titre médicamenteux, s'accumule dans le foie et peut y demeurer pendant un temps assez long.

2° Le cuivre serait contenu dans le foie sous deux états: dans le premier, il entre *probablement*, dans la constitution de la cellule hépatique elle-même et par conséquent dans la constitution des matières albuminoïdes qui la composent; dans le second, le cuivre ne serait plus combiné à ces matières, puisque l'alcool peut le dissoudre et l'entraîner; il se trouverait placé dans les conditions d'un produit de désassimilation, sur la même ligue que les matières extractives solubles aussi dans l'alcool, matières qui proviennent de la dénutrition des cellules hépatiques. Le cuivre, après s'être accumulé dans le foie sous la forme d'une combinaison avec les albuminoïdes des cellules, s'en éliminerait donc, au fur et à mesure de la rénovation moléculaire incessante de celles-ci: Si cette hypothèse était prouvée (car il est inutile d'ajouter que la théorie ci-dessus est encore assez hypothétique,) la grande proportion de cuivre contenue dans l'alcool de macération, nous montrerait: ou bien que le travail organique de désintégration cellulaire s'est continué dans l'alcool et que les cellules ont peu à peu abandonné une partie de leur cuivre, ou bien que les produits de leur désassimilation n'avaient pas été repris immédiatement par le sang; la première théorie nous parait la plus vraisemblable; la chimie peut d'ailleurs plus facilement l'expliquer. En tous cas, notre analyse et l'hypothèse qu'elle nous a permis de faire, viennent à l'appui de cette opinion de notre savant maitre, M. le professeur Gubler, à savoir que les métaux, introduits dans l'organisme, n'agissent réellement qu'en se combinant aux matières albuminoïdes du sang et surtout des tissus, soit que cette combinaison soit directe, soit que ces métaux, au contraire, pénètrent dans la constitution de ces matières par un phénomène de substitution moléculaire.

En comparant cette analyse à celle de M. Yvon, on voit qu'il existe une différence assez notable. M. Yvon a, en effet, obtenu 225 milligr. tandis que M. Alb. Robin n'a trouvé que 138 milligr., bien qu'il ait recherché le cuivre non-seulement dans le foie, mais aussi dans l'alcool. Cette divergence nous a paru très-sérieuse et nous avons cru devoir faire procéder à une nouvelle analyse. M. le docteur Rabuteau a consenti à se charger de ce soin et, dans un prochain numéro nous reproduirons sa note, qui, comme les précédentes, a été communiquée à la *Société de biologie*.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La génération spontanée à l'Académie de Médecine.

Dans sa séance du 7 février, l'Institut recevait une note de M. Albert Bergeron présentée par M. Gosselin. L'auteur de cette note affirmait que dans le pus des abcès, et dans des conditions qu'il détermina, il existait des vibrions aussitôt après l'ouverture de la collection purulente, et les précautions pour se mettre à l'abri de toute erreur étant prises.

Voici, du reste, les conclusions de M. Bergeron : 1° Les vibrions se rencontrent dans le pus des abcès sans qu'on puisse invoquer le contact avec l'air extérieur; 2° On ne saurait admettre non plus que, dans ces cas, les vibrions puissent pénétrer dans le foyer de l'abcès par le système lymphatique ou le système circulatoire sanguin, tous deux absolument intacts.

Cette note causa un véritable émoi, il ne s'agissait de rien moins, en effet, que de la solution de la question fameuse de la génération spontanée; puisque du pus, pris dans un abcès qui vient d'être ouvert, contient des vibrions, ceux-ci y préexistent et s'y sont développés et de toute pièce.

Et ainsi, une simple note, à allure bien discrète, venait de remettre en discussion la question la plus controversée de notre temps ! Déjà les partisans de la génération spontanée triomphaient, mais l'adversaire, toujours debout, vint bientôt prendre à partie la petite note.

La discussion eut lieu à l'Académie de médecine; M. Pasteur choisit la savante assemblée comme juge du débat. MM. Gosselin, Poggiale, Colin, Bouillaud, furent succesivement amenés à la tribune; ce fut l'occasion, pour M. Pasteur, d'élargir le cercle du débat qui, du reste, se poursuit aujourd'hui, et probablement occupera encore quelques séances.

Depuis, MM. Mialhe, Onimus, etc., sont intervenus; nous allons passer rapidement en revue les allégations produites, nous réservant lorsque la discussion sera close, de la résumer complétement.

Le 16 février, M. Pasteur signalant à l'Académie la communication de M. Bergeron, demanda la nomination d'une commission chargée d'examiner et de vérifier les faits, parce que, disait-il, il est surprenant que l'on traite avec légèreté une question aussi aride et aussi difficile que celle de la génération spontanée et il cita comme preuve à l'appui de ce qu'il avançait, les recherches de MM. Legros et Onimus, sur la levûre de bière; celles de M. Béchamps sur les microzymas; les expériences de M. Duval, de Versailles, relativement à la transformation de la levûre alcoolique en levûre lactique; de M. Trécul, sur la transformation du *penicillum glaucum* en levûre de bière; de M. Frémy sur la génération spontanée de la levûre de bière par la transformation des matériaux du jus de raisin, etc.; et ainsi de tous les auteurs qui ont écrit en faveur de la génération spontanée.

Dans la séance suivante, intervint d'abord M. Bouillaud, dont le discours se trouve résumé dans les conclusions suivantes: « Puisque les ferments sont, soit des matières semi-organisées, soit des êtres organisés vivants, ces ferments vivants périront un jour, et devront subir, pour leur propre compte, la décomposition putride. Quels seront

les ferments qui présideront à l'acte de décomposition putride de ces ferments organisés eux-mêmes ?»

Puis, vient M. Gosselin qui affirme, sous sa responsabilité, que ce que M. Bergeron a dit, il l'a vu, et ce qu'il a vu ce sont des bactéries et des vibrions dans le pus des abcès chauds qu'on venait d'ouvrir; « nous avons eu en vue, ajoute-t-il, une question de physiologie pathologique et de clinique et non pas une question de doctrine. »

Après une réflexion de M. Colin qui, nécessairement, devait prendre la parole, M. Chauffard ajoute : « Qu'il y ait des vibrions ou non dans les abcès en question, cela ne prouve rien au point de vue de la génération spontanée. Les vibrions peuvent parfaitement exister dans le sang dans une foule d'affections diverses, comme l'ont montré MM. Coze et Feltz. » Dès lors, la théorie de la diapédèse rend suffisamment compte de la présence des vibrions dans les abcès.

Le 2 mars, M. Colin prononce son discours, et contrairement aux assertions de M. Pasteur, appuyées sur les expériences de M. Gayon, poursuivies depuis trois ans, il conclut que : 1° Tous les œufs se putréfient ; 2° que les œufs putréfiés ne renferment pas d'organismes inférieurs ; 3° la putréfaction n'est pas due à l'intervention de germes du dehors ; 4° ce qu'on a pris pour de véritables êtres vivants sont de simples corpuscules albumineux (tout le monde sait que M. Colin s'occupe surtout des gros êtres organisés.)

M. Poggiale commence par déclarer qu'il n'a pas d'opinions sur la génération spontanée, et pour lui la question est insoluble. Les travaux de M. Gayon n'ont pas prouvé, à son avis, que les germes des organismes qu'ils trouvent dans les œufs viennent de l'air extérieur, et qu'ils s'introduisent par l'oviducte ; de plus, la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque n'est probablement qu'une action chimique ; enfin, MM. Lechartier et Bellamy ont publié des recherches sur la fermentation des fruits qui ne s'expliquent pas par la théorie des ferments, car il n'y avait pas de ferments, et cependant il y a eu fermentation du sucre, production d'alcool et d'acide carbonique.

M. Pasteur répondit dans cette séance en apportant une expérience toute faite : il avait préparé un milieu nutritif, parfaitement privé d'air et à l'abri du contact de ce fluide, dans lequel des vibrions furent semés, jamais le liquide n'a été découvert, et cependant les vibrions semés se sont multipliés à l'infini. Voilà donc la vie sans le moindre concours de l'air ou du gaz oxygène libre ! Deux choses ont marché de front : la vie sans air et la fermentation.

Dans la séance du 9 mars, M. Pasteur vint de nouveau, dans un discours très-étudié, répondre à ses adversaires. Il commença par réfuter le travail de M. Colin, et il montra.... qu'il n'en restait rien... que des conjectures ! M. Poggiale ne fut pas plus heureux.

« Attaquez-vous donc à mes expériences, disait M. Pasteur. Prouvez qu'elles sont inexactes au lieu d'en faire constamment de nouvelles qui ne sont que des variantes des miennes, mais où vous introduisez des erreurs qu'il faut ensuite vous montrer du doigt. » Je vous fais voir : « Que la fermentation est liée à la vie sans air ; qu'elle est le résultat d'un travail propre à des cellules qui utilisent la chaleur de décomposition de la matière fermentante ; toute vie ou toute mutation dans les tissus, lors des combustions dues au gaz oxygène libre, engendre la fermentation. » M. Gayon, préparateur de M. Pasteur, paraît bien avoir prouvé que tous les œufs ne se putréfient pas, et que tous ceux qui se putréfient le font par l'intermédiaire des vibrions introduits dans le cloaque, qui, comme on le sait, communique avec l'air extérieur.

M. Pasteur arrive ensuite à la question de M. Bouillaud. Quels sont les ferments des ferments ? C'est en suivant pas à pas le mode de destruction du raisin dans son entier que M. Pasteur indique les résultats de cette expérience. Que reste-t-il, en effet ? 1° Des cendres, suite de combustions lentes, progressives, absolument comme l'effet du feu ; 2° « les derniers germes des derniers êtres qui ont vécu sur les débris de leurs semblables ; la matière minérale est prête pour retourner au sol ; la matière organique a passé dans l'atmosphère, et lorsque tout sera desséché, *les spores des moisissures et les kystes des infusoires seront emportés sur les ailes du vent pour aller recommencer ailleurs leur œuvre de vie et de destruction de la vie.* »

Ce qui veut dire, comme le fait remarquer M. Poggiale, que la vie n'est qu'une fermentation universelle. — Peut-être bien, répond M. Pasteur.

Depuis ce discours, bien d'autres ont été prononcés, et bien d'autres encore le seront ; nous verrons de combien la question en sera avancée. R. F.

Les certificats médicaux.

A propos d'une demande de crédit pour des pensions qui, suivant l'expression de M. Parent, seraient un outrage à la détresse publique, l'Assemblée nationale a touché une question intéressant directement la dignité du corps médical. Il s'agit de la valeur des certificats médicaux constatant la réalité d'infirmités contractées dans l'exercice de fonctions publiques civiles et rendant impossible la continuation de ces mêmes fonctions. — Dans l'espèce, et même d'une façon générale, M. Testelin a nié la sincérité de ces certificats qu'il a qualifiés de certificats de complaisance, n'ayant nulle valeur.

Avant d'examiner si, au fond, M. Testelin a tort ou raison, nous dirons quelques mots d'une singulière doctrine qui s'est produite au sujet de sa conduite dans l'*Union médicale* (1). Notre confrère se scandalise de voir un médecin signaler et blâmer à la tribune des actes qu'il croit mauvais, et dont l'*Union* elle-même ne conteste ni l'existence ni la qualité. D'abord, M. Testelin, à l'Assemblée, est député avant tout, et il n'y a pas été envoyé pour glorifier les médecins aux dépens du pays. Mais nous allons plus loin et nous disons que son titre de médecin, loin de créer une contradiction entre son devoir de législateur et le sentiment de la dignité confraternelle, lui imposait doublement de parler comme il l'a fait, étant admise son opinion sur les certificats. L'*Union médicale* semble croire que les médecins doivent, au nom de la solidarité et de la dignité professionnelle, sinon approuver toujours tous les actes de leurs confrères, au moins les couvrir, quand ils sont blâmables, d'un indulgent silence protecteur. Nous tenons, au contraire, que le meilleur moyen, pour toute corporation, de se maintenir et de se relever dans l'estime publique, c'est d'être la première à signaler et à condamner les actions blâmables de ses membres ; c'est de se séparer nettement

(1) Numéro du 13 mars.

des indignes. *Foras canes*, telle doit être sa devise. En cachant les fautes commises, en les niant, en prenant toujours fait et cause pour ses membres, le corps médical perdrait bientôt la considération méritée dont il jouit.

Ceci dit, est-il vrai que le plus souvent les certificats exigés par la loi pour l'obtention des pensions civiles en question, se délivrent par complaisance? Avec M. Testelin, avec la *Gazette médicale*, mais sans rien affirmer pour les cas particuliers soumis à l'Assemblée, nous répondons franchement par l'affirmative. Est-ce à dire pour cela que les médecins qui délivrent ces certificats soient de bien grands coupables, et qu'il faille crier haro! sur eux. Non, la faute en est à la loi encore plus qu'à eux. Elle exige deux certificats l'un du médecin traitant, l'autre d'un médecin assermenté, certificat constatant l'existence d'infirmités causées par les fonctions de l'impétrant. Mais elle a négligé de définir, pour les pensions civiles comme elle l'a fait pour les pensions militaires, quelles sont les infirmités donnant droit à pension. En sorte que toujours les infirmités invoquées sont purement subjectives, c'est-à-dire ne peuvent être constatées que... par le malade. Dans ces conditions, que peut répondre un médecin à son client affirmant, par exemple, que le travail intellectuel lui est impossible, et en demandant certificat? Il n'a qu'à s'incliner. Quant aux causes, qui doivent ressortir des fonctions elles-mêmes, il lui est bien permis d'avoir un scepticisme plus marqué encore que pour les effets; mais quoi! l'étiologie des maladies est encore si obscure; les névralgies, les encéphalopathies, les myélopathies d'un préfet peuvent avoir tant de causes occultes, qu'il n'y a rien d'absolument impossible, à ce que ses fonctions en soient la cause. Le médecin traitant, qui n'est peut-être traitant que pour l'occasion, signe donc le certificat, sur l'assurance d'ailleurs que ce n'est qu'une formalité. A son tour le médecin assermenté en présence d'une personne alléguant des souffrances qui peuvent être réelles, et dont un confrère certifie l'existence, serait fort embarrassé de refuser sa signature. Il doutera peut-être aussi, mais il signera.... Le Trésor est volé.

La loi aurait été combinée pour atteindre ce résultat qu'elle n'y réussirait pas mieux. Etant donnée la nature des infirmités à établir, le seul certificat pouvant avoir une valeur sérieuse serait celui du médecin *véritablement* traitant, et ce médecin n'est point assermenté, n'a pas de responsabilité même morale, vis-à-vis de l'Etat. Au contraire, il encourt, s'il refuse, l'animadversion de gens parfois à redouter, il s'expose à des rancunes d'autant plus graves que souvent on attribuera son refus à un pur mauvais vouloir et non au sentiment du devoir. D'une part, il n'est pas libre d'énoncer la vérité, s'il la voit, et le plus souvent il ne peut la constater matériellement; mille considérations l'entraînent à faire ce qu'on lui demande comme un service; et d'autre part, pour résister il ne peut pas même s'appuyer sur la responsabilité qu'il encourrait, sur le serment qu'il aurait prêté. C'est plus qu'il n'en faut, sinon pour l'absoudre, au moins pour expliquer sa conduite et pour l'excuser en partie.

Il n'y avait donc aucune garantie sérieuse de sincérité dans le système de vérification établi par la loi. En sera-t-il autrement maintenant que l'Assemblée nationale a voté l'article suivant: « A l'avenir, aucune pension civile ne pourra être accordée, en dehors des conditions d'âge et de service, qu'après vérification, par trois médecins nommés par le ministre compétent et assermentés, des infirmités sur lesquelles se fonderont les réclamants et des causes qu'ils leur attribueront. »

C'est ce qu'avait proposé la *Gazette médicale*. Il y a là sans doute plus de garanties d'indépendance pour les médecins appelés à donner leur avis, surtout s'ils examinent simultanément l'infirme prétendant à pension. Cependant nous estimons qu'ils se trouveront souvent encore embarrassés tant que la loi n'aura pas déterminé catégoriquement la nature des infirmités ouvrant un droit à la pension, et même quand elle l'aura fait. Il leur restera alors, en effet, à décider la question étiologique qui n'est pas la moins ardue, en raison de son obscurité actuelle. Parmi toutes les monographies relatives aux affections spéciales aux diverses professions, on n'en trouve pas une sur les maladies résultant de l'exercice des fonctions de préfet, sous-préfet ou conseiller d'Etat, et l'on chercherait vainement un chapitre sur ce sujet dans tous les traités de médecine légale. Espérons que les observations des futurs vérificateurs permettront de combler cette lacune. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

M. MALASSEZ continue la série de ses communications sur la quantité relative des globules contenus, dans le sang de la rate avant et après sa paralysie. Il a reconnu que la *capacité globulaire* dans le tissu de la rate est plus grande du côté paralysé que de l'autre côté, non paralysé. Maintenant, si l'on compare la capacité globulaire des tissus paralysés et non paralysés à la capacité globulaire du sang artériel, on trouve que la capacité artérielle est plus grande que celle du tissu splénique du côté non paralysé, mais plus petite que celle du tissu du côté paralysé. Il existe donc un tissu, dans l'organisme, qui peut, à un moment donné, contenir plus de globules que le sang artériel lui-même.

M. CALMETTE. — Lorsque le bras est placé dans la position verticale, le tracé sphygmographique tend à prendre les mêmes caractères que dans l'insuffisance aortique: la ligne d'ascension devient plus brusque, plus verticale et plus haute, il se produit un crochet plus ou moins appréciable et la ligne de descente présente en général une chute plus rapide. En effet, les artères du membre, ainsi placé, se trouvent dans des conditions analogues à celles de l'insuffisance aortique, l'accès du sang y est gêné, le reflux, par contre, rendu plus facile et la tension artérielle diminuée. S'il y a état fébrile, ces modifications s'accentuent encore. C'est ainsi qu'une dothiénentérie et une pleurésie fébrile m'ont fourni les deux tracés les plus caractéristiques. Si dans quelques cas, on n'obtient rien, c'est que probablement la tension artérielle reste considérable malgré la position du bras. Dans un cas d'insuffisance aortique pure, on obtint le tracé caractéristique sur le bras vertical: la position horizontale n'avait rien donné. Pour être sûr que le sphygmographe est convenablement placé, il faut avoir soin de prendre d'abord le tracé horizontal.

M. TARCHANOFF reprenant des expériences déjà fort connues sur l'arrêt du cœur à la suite de percussion sur les parois abdominales a obtenu cet arrêt par le simple contact, la simple apposition du doigt sur l'intestin mis à l'air et préalablement enflammé. Il insiste sur l'importance que ce fait peut avoir en clinique, et les explications de syncopes et de mort subite qui peuvent en découler.

MM. CORNIL, HENOCQUE, OLLIVIER et RANVIER insistent sur l'importance de cette expérience. Ne serait-ce pas par un mécanisme semblable que l'on peut expliquer la mort subite dans la fièvre typhoïde?

M. ONIMUS donne le résumé de deux observations de crampes des écrivains survenues chez des employés du télégraphe où, paraît-il, elles seraient assez fréquentes.

M. CARVILLE dépose une note sur le travail MM. Alison (de Baccarat), relative à l'étude de la température dans les empoisonnements par la muscarine.

M. MOREAU fait une très-intéressante communication sur la vessie natatoire des poissons et sur la plus ou moins grande quantité d'air dissoute dans la mer à de grandes profondeurs. P. RECLUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *mars* 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. LE ROY DE MÉRICOURT lit, en réponse aux critiques formulées par M. Chauffard contre les quarantaines maritimes, et le lazaret de Marseille, deux protestations. L'une de M. Sirus-Pirondi, membre correspondant de l'Académie et médecin sanitaire à Marseille; l'autre de M. Magne, médecin du lazaret de la même ville. De ces documents, il résulte que nulle part les prescriptions quarantenaires ne sont mieux observées, que le lazaret, placé dans des conditions excellentes, peut contenir un grand nombre de débarqués qui y sont parfaitement soignés. D'après M. Chauffard, il faudrait laisser libre accès dans nos ports, à la fièvre jaune, à la peste et au choléra.

M. CHAUFFARD ne croit pas devoir répondre au panégyrique des médecins sanitaires de Marseille fait par eux-mêmes. Rien n'est à l'abri d'une critique éclairée et la sienne était parfaitement fondée.

M. FAUVEL dit que M. Sirus-Pirondi a été attaqué sans raison aucune et d'une manière très-acerbe par M. Chauffard, il fait bien de se défendre.

M. PASTEUR. — J'ai été désigné, avec MM. Colin et Davaine, pour faire partie d'une commission chargée de vérifier les expériences rapportées par M. Onimus dans la dernière séance. Je déclare que je ne puis accepter. Depuis 1866, M. Onimus a annoncé trois fois déjà qu'il avait trouvé la génération spontanée. J'ai montré que ses expériences étaient erronées. Rien ne me prouve que les dernières soient mieux faites et plus concluantes. Je refuse de les examiner si M. Onimus ne vient pas lui-même déclarer que les précédentes sont fausses.

M. MIALHE. — Récemment dans une objection faite à M. Pasteur, M. Poggiale disait : « Tout est donc fermentation dans la vie ? » Cette manière de voir est depuis longtemps celle de l'orateur, en cela il est d'accord avec Claude Bernard et Blondlot. A un autre point de vue, M. Mialhe ne croit pas que les ferments naissent, se développent ou meurent spontanément selon que l'on a ou pas besoin d'eux. Il ne croit pas non plus que tous aient la même essence.

M. Pasteur interrompit M. Poggiale pour dire que peut-être, en effet, tout est fermentation, mais ce n'est là qu'un doute probable. Quand une cellule se développe ou continue à vivre sans oxygène, elle devient ferment, mais elle a pris à l'oxygène un état de vie, de jeunesse, si on peut s'exprimer ainsi, qui lui permet de vivre encore sans ce gaz. Peut-être en est-il ainsi dans l'économie animale ?

M. MIALHE a admis autrefois la cessation de la vie par la cessation de l'oxygène. C'est à la neutralisation absolue et rapide de l'oxygène par l'acide cyauhydrique que sont dus les effets foudroyants de cet acide.

M. BOUILLAUD trouve que loin de s'éclaircir la question devient de plus en plus obscure. Il est certain que M. Pasteur a fait table rase des théories jusqu'alors admises sur les fermentations, mais qu'a-t-il mis à la place? Il n'a pas non plus répondu à la question : Quels sont les ferments des ferments ? Tout à l'heure il vient de dire que la fermentation était une vie sans air. Il y a donc deux sortes de vie? Vie sans air et vie avec air. En tous cas il faut des germes, des œufs, pour produire non les parties qui constituent un être, mais l'être organisé lui-même. Dans la génération spontanée, dans le sens propre du mot, ce n'est pas un fantôme, une chimère, c'est une absurdité.

M. PASTEUR. — La génération spontanée n'a pas encore été démontrée, mais elle est possible, ce n'est donc pas une absurdité, ce qui est absurde, c'est d'y croire parce qu'elle est possible. A propos de la question : quels sont les ferments des ferments? l'orateur prend pour exemple la levûre de bière montre comment les ferments se succèdent les uns aux autres et enfin se détruisent. Pour la levûre, cette distinction peut se faire de deux sortes : par des ferments aérobies (moisissures), ou par des ferments anaérobies (vibrions).

A 5 heures comité secret. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 *décembre* 1874. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Polype de l'utérus ; par M. HEYDENREICH, interne des hôpitaux.

Boux, Hortense, mariée, âgée de 49 ans, entra le 16 septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. RICHET. Elle était atteinte d'une métrorrhagie, qu'elle attribuait à une violente émotion, et qui d'ailleurs ne tarda pas à disparaître. Pendant un séjour de deux mois à l'hôpital, elle ne présente plus, à partir de ce moment, que les symptômes d'une métrite avec mouvement fébrile. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum font constater que le col de l'utérus est rouge et volumineux ; le 6 *novembre*, le col est cautérisé au fer rouge. L'écoulement menstruel, qui était survenu sans accident vers le milieu du mois d'octobre, reparait le 14 *novembre*, sans que son apparition soit signalée par aucun phénomème morbide.

Mais subitement le 17 *novembre*, dans la journée, la malade est prise de péritonite; et elle succombe le lendemain 18 *novembre*, à 7 heures du soir.

A L'AUTOPSIE, nous trouvons les lésions d'une péritonite suppurée de la moitié inférieure de l'abdomen. Les trompes de Fallope sont remplies de pus, et celui-ci reflue par la pression dans la cavité utérine. A l'extrémité externe de la trompe droite, siége un kyste rempli de pus et communiquant avec la trompe. L'ovaire gauche est petit, atrophié ; l'ovaire droit, au contraire, présente tous les signes d'une fonte récente. Quant à l'utérus, il porte, à l'angle supérieur du côté droit, un petit corps fibreux du volume d'une noisette, faisant saillie à l'extérieur. Les parois de la matrice ont leur épaisseur normale; la muqueuse est rouge et recouverte d'un enduit muco-purulent. Enfin, du fond de la cavité utérine, se détache, à droite, un polype, qui descend jusqu'à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur du col ; ce polype, de forme allongée, de couleur noirâtre, de consistance molle, et éminemment vasculaire, est un polype muqueux, de la variété cellulo-vasculaire.

M. ORY. Avait-on appliqué l'hystéromètre ?

M. HEYDENREICH. Jamais ; on avait seulement pratiqué le toucher à plusieurs reprises, et une fois l'examen au spéculum. Il y avait eu, en outre, 20 jours avant le développement de la péritonite, une cautérisation du col au fer rouge.

24. Lymphangite pulmonaire et péritonite dans l'érysipèle ; par M. CADIAT, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'un sujet mort d'érysipèle. Il n'est resté que deux jours dans nos salles (service de M. PROUST), à l'hôpital Saint-Antoine, et pendant ce temps voici ce que nous avons observé :

L'érysipèle, d'après les quelques renseignements que nous avons pu obtenir, avait primitivement envahi la tête ; on voyait encore à ce moment, sur toute la face et sur le cou, une desquamation épidermique abondante et un peu de rougeur. Néanmoins nous avons trouvé sur le bras gauche une plaie de vésicatoire qui aurait bien pu être le point de départ de la maladie. Tout le dos, la partie inférieure du cou, les épaules, les bras, jusqu'à leur partie moyenne, la région lombaire, avaient la teinte rouge vif de l'érysipèle, qui s'arrêtait sur les parties latérales de l'abdomen. Le lendemain, la peau de cette région fut elle-même envahie.

Le malade éprouvait une dyspnée assez forte, et l'examen de la poitrine nous montra une matité très-accusée à la base

du poumon droit, accompagnée de souffle et de quelques râles fins. A ces symptômes, se joignait une fièvre vive et un peu de délire ; la langue était sèche, fuligineuse : tels furent les seuls phénomènes observés ; mais à aucun moment, le malade ne se plaignit de l'abdomen, rien ne récélait l'existence d'une péritonite. Les seules complications viscérales auxquelles on pouvait s'attendre étaient du côté du poumon.

Voici par contre les résultats de l'AUTOPSIE : 1° Il existe une péritonite généralisée des plus intenses. Les circonvolutions intestinales sont couvertes de fausses-membranes fibrineuses, molles, jaunâtres, imbibées de liquide, qui réunissent entre eux tous les organes de l'abdomen. Le petit bassin est rempli d'un liquide blanc, tout-à-fait semblable à du pus.

2° Les poumons sont fortement congestionnés, surtout au niveau des lobes inférieurs ; celui de droite est le siége d'une véritable pneumonie, mais d'une pneumonie comme celle qui est si commune chez les enfants, c'est de la carnification du poumon ; tout le lobe inférieur est envahi par cette altération.

On remarque en outre, sous la plèvre, une lésion des plus intéressantes et que j'ai cherché à reproduire dans un dessin. C'est une *lymphangite* suppurée, s'étendant à tout ce lobe, mais limité jusqu'ici aux vaisseaux de la surface. Ces vaisseaux, injectés de pus, apparaissent sous la forme de cordons blancs, larges de 2 à 3 millim. et recouverts d'arborisations rouges. Le liquide qu'ils renferment est du pus crémeux. Dans la profondeur du poumon, on ne rencontre çà et là que quelques points ayant le même aspect et indiquant aussi une lymphangite profonde, mais beaucoup moins étendue.

Nous avons examiné les ganglions du médiastin postérieur, le canal thoracique, et de ce côté, nous n'avons rencontré aucune suppuration indiquant le chemin que l'inflammation aurait pu suivre, pour venir atteindre les lymphatiques du poumon. La même recherche a été faite en différents points de l'abdomen. Il y a lieu de supposer qu'une lymphangite avait accompagné la péritonite, mais au milieu de cette masse de pus, de fausses membranes, la recherche des lymphatiques étant encore rendue plus difficile par la présence d'une graisse abondante, nous n'avons rien trouvé de semblable.

M. TROISIER. Je demanderai à M. Cadiat si la plèvre pariétale était couverte d'un exsudat, et quelle relation il croit pouvoir établir entre la lésion pulmonaire et pleurale, et l'érysipèle.

M. CADIAT. Il existait sur la plèvre pariétale un très-léger exsudat. A la seconde question de M. Troisier, je répondrai que, pour moi, la lymphangite pulmonaire n'est pas une simple coïncidence de hasard. Bien que je n'aie pu constater ici la relation anatomique entre l'érysipèle du tronc et la lymphangite pulmonaire, je crois que cette relation existe ; les phénomènes me semblent pouvoir être comparés à ce qui a lieu dans l'érysipèle des membres, où j'ai plus d'une fois constaté une suppuration des lymphatiques profonds.

M. DESPRÉS. Je ne puis partager l'avis de M. Cadiat, tant qu'il n'aura pas montré les voies par lesquelles a passé le pus. Lorsque les malades atteints d'érysipèle viennent à succomber, et le fait est rare, quoi qu'on dise généralement le contraire, la mort résulte d'une infection purulente ou bien de suppuration des lymphatiques profonds, ou même du canal thoracique. J'ai observé ce fait chez une femme qui avait présenté, dans le cours d'un érysipèle, des symptômes graves et en particulier une suppuration de l'œil ; elle succomba quelque temps après, avec des phénomènes d'hecticité, et l'on ne trouva rien autre chose qu'une trainée blanchâtre sur le trajet du canal thoracique ; ce canal était gros comme une plume de corbeau et rempli de pus. Des faits analogues à celui-ci montrent donc que le pus peut être transporté jusqu'au canal thoracique, parfois même sans passer par les ganglions, et probablement par des canaux de dérivation. Lorsque les enfants succombent dans le cours d'un érysipèle consécutif à la chute du cordon, on trouve généralement une péritonite, et l'on conçoit facilement comment elle s'est développée. Il existe, en effet, au voisinage de l'ombilic, de gros lymphatiques, parfois variqueux, ainsi que j'en ai présenté un cas à l'Académie de médecine. Ces lymphatiques, très-manifestes chez l'enfant, ne se voient guère chez l'adulte ; quelquefois cependant on les retrouve encore. Mais dans le cas rapporté par M. Cadiat, on ne s'explique pas quelle voie a pu suivre le pus. Il me paraît bien plus rationnel d'admettre que le malade a eu, dans le cours de son érysipèle, une pneumonie, et que c'est à cette pneumonie que l'on doit rapporter la lymphangite, au lieu de la rattacher à l'érysipèle.

M. CADIAT. La lésion du poumon était peu marquée, et tout à fait accessoire. C'était moins une pneumonie véritable qu'une congestion pulmonaire. Du reste, j'ai rappelé à propos de ce fait, des cas de lymphangites profondes consécutives l'érysipèle des membres ; or, dans ces cas non plus, je n'ai pas toujours trouvé la relation anatomique ; je l'ai constatée très souvent, mais d'autres fois mes recherches ont été infructueuses malgré cela, il me semble qu'on peut l'admettre d'une façon générale.

M. CHARCOT. Chez les animaux on a constaté, de la façon la plus nette, une communication entre la cavité abdominale et la plèvre. On conçoit donc parfaitement que, consécutivement à une affection du péritoine, il se développe une lésion analogue sur la plèvre, puis dans les lymphatiques du poumon. Le fait a d'ailleurs été observé plus d'une fois.

M. DESPRÉS. Je veux bien admettre une péritonite consécutive à l'érysipèle, mais à condition qu'on me montre les lymphatiques par lesquels s'est faite la propagation ; et pour la lymphangite pulmonaire, voici encore une fois comment je l'explique : Engorgement métastatique du poumon, puis pneumonie, et consécutivement lymphangite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1875. — PRÉSIDENCE DE M. L. LE FORT.

M. VERNEUIL donne lecture de trois rapports : 1° Sur deux observations de M. Delens intitulées, la première : *Malformation de l'anus, anus double* ; la seconde : *Résection du coccyx dans un cas d'imperforation de l'anus.* Ces observations ont été analysées à cette place ; 2° Sur un travail de M. Nepveu : *Des lésions vasculaires dans les fractures de jambe.* L'auteur s'est livré à d'importantes recherches sur cette question, et son mémoire offre un véritable intérêt pour le chirurgien ; 3° Sur une note de M. Pozzi ayant pour titre : *Ectasie anévrysmoïde de l'artère radiale à la suite de brûlure.* A la chûte de l'eschare on a trouvé une artère très-dilatée, et la dissection de la tumeur a montré un anévrysme *mixte interne.*

M. POLAILLON communique une observation de grossesse extra-utérine suivie de régression du kyste. Une femme, âgée de 37 ans, enceinte pour la troisième fois et dont la dernière couche a été suivie de péritonite, entre le 30 septembre 1874 dans le service de M. Polaillon. Elle est très-amaigrie : ventre irrégulièrement saillant, col de l'utérus fermé, non augmenté de volume, repoussé en haut et en arrière par une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus. Cette tumeur adhère à l'utérus ; on y entend les battements du cœur de l'enfant à 8 cent. au-dessus du pubis. Incontinenee d'urine, état général mauvais. On a à faire à une grossesse de cinq mois ; mais M. Polaillon ne peut distinguer si elle est ou non extra-utérine. A la fin d'octobre, le fœtus est mort ; trois jours après congestion douloureuse des seins ; écoulement par le col utérin d'une très-petite quantité de liquide. La plus grande attention ne peut faire trouver de membrane caduque. Au milieu de décembre la tumeur a diminué des 3/4. 3 mars : cathétérisme avec l'hystéromètre ; l'utérus est vide. La tumeur, de la grosseur d'une orange, lui adhère ; cette observation est surtout intéressante parce qu'il n'y a pas eu de développement sympathique de la matrice et pas de caduque. Le kyste fœtal s'est transformé en lithopade.

M. DEPAUL ne peut pas admettre qu'il n'y ait pas eu développement sympathique de l'utérus. Le cathétérisme a été fait trop tard, quand la régression n'était déjà opérée. Il ne croit pas non plus si difficile le diagnostic de la grossesse extra-utérine à son début ; il lui est arrivé plusieurs fois de la diagnostiquer à cette période ; et il lui semble que dans le cas de M. Polaillon il y avait assurément des signes très-suffisants pour la reconnaître.

M. PERRIN. — Il y a, pour reconnaître le *sarcome choroïdien* à sa première période, trois signes de valeur inégale : c'est l'œil de chat amaurotique, c'est le décollement de la rétine, c'est l'augmentation de la pression intra-oculaire. M. Brierre, dans un mémoire sur la question, a appelé l'attention sur un autre signe auquel M. Perrin donne une grande importance : c'est l'apparition au fond de l'œil d'un nouveau réseau vasculaire indépendant des réseaux choroïdien et rétinien. Il a pu ainsi reconnaître d'une manière sûre cette affection de l'œil; et il fait passer sous les yeux de la société une pièce où ce réseau accidentel est très-visible. — M. PANAS a observé à l'ophthalmoscope le même phénomène que M. Perrin; et il lui attribue, lui aussi, une très-grande importance.

M. GUYON montre une pièce de cinq francs qu'un jeune homme avait parié d'avaler et qui s'était arrêtée dans l'œsophage. La sonde œsophagienne ne fournit aucun renseignement à M. Guyon; mais l'instrument imaginé par M. Colin, pour l'examen de « l'homme à la fourchette » lui indiqua parfaitement le siége du corps étranger. Il s'était arrêté à l'origine de l'œsophage et put être retiré avec des pinces de forme spéciale. — M. MARC SÉE a vu un enfant qui avait avalé une plume métallique ; un vomitif la lui fit rejeter; mais l'enfant cracha du pus pendant très-longtemps; il s'était formé sans doute un abcès du médiastin. Il parvint à guérir cet enfant par le chloral administré dans une solution au centième. I. B.

REVUE CHIRURGICALE (1)

VII. Des névralgies traumatiques secondaires précoces; par M. le professeur VERNEUIL (*Archives de médecine*, décembre 1874).

VIII. On disease of the mammary areola preceeding cancer of the mammary gland; by sir James PAGET (*Sant-Bartholmew's Hospital Reports*, 1874).

IX. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon; par A.-D. VALETTE. (J.-B. Baillière, 1875).

X. Traité des opérations d'urgence; par Louis THOMAS, professeur-suppléant à l'école de Tours (A. Delahaye, 1875.)

XI. Le mal perforant, sa pathogénie; par Calixte SOULAGES.

XII. Etudé sur les luxations sous-astragaliennes anciennes; par Léon DU BOURG. (J.-B. Baillière, éditeur).

VII. M. le professeur Verneuil désigne sous le nom de *névralgies traumatiques secondaires précoces* des douleurs plus ou moins vives ressenties, dans le foyer traumatique, dans son voisinage et même à une grande distance, survenant dans les premiers jours qui suivent la blessure, affectant le caractère névralgique et le type intermittent, ne pouvant s'expliquer par les causes ordinaires de la souffrance traumatique, résistant aux antiphlogistiques et aux narcotiques et cédant sans peine au sulfate de quinine.

Ces névralgies ne sont pas rares et l'étude qu'en a fait M. Verneuil est non-seulement intéressante au point de vue de la pathologie générale, mais aussi pour le malade dont elles retardent et même compromettent la guérison et qui peut être rapidement soulagé par l'emploi du sulfate de quinine.

La douleur *secondaire* présente cinq variétés principales : 1° douleur locale limitée au foyer traumatique ; 2° douleur locale avec irradiation périphérique ; 3° douleur locale avec indolence périphérique et manifestation à distance ; 4° douleur locale périphérique et distante à la fois ; 5° Indolence locale, douleur uniquement à distance. Pour établir l'existence de ces variétés, M. Verneuil rapporte une série d'observations très-complètes et très-intéressantes à plusieurs points de vue. Il trouve heureusement le moyen, chemin faisant, d'enrichir le lecteur d'une foule de notions très-précieuses, empruntées à sa pratique chirurgicale et à des recherches ingénieuses sur différents points de la pathologie chirurgicale. Ici, c'est le récit d'une ablation laborieuse d'une énorme tumeur parotidienne, ailleurs l'observation d'une large extirpation d'une tumeur de la mamelle, et, en notes, une courte description d'un mode de pansement spécial pour les plaies de la face, du cou et de la mamelle, qui présentent une large surface. Quelle que soit la nature de la lésion traumatique, on voit apparaître chez tous les malades de ces nombreuses observations une névralgie souvent très-intense, avec accès répétés, qui ont cédé au sulfate de quinine.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Verneuil fait l'étude attentive des phénomènes qui accompagnent les névralgies traumatiques secondaires : dans le système musculaire, ce sont des spasmes cloniques de la contracture, une impuissance des membres simulant la paralysie incomplète ; dans le système vasculaire, on voit survenir au moment des accès névralgiques des congestions locales et même des hémorrhagies intermittentes comme la névralgie elle-même ; la plaie prend parfois un aspect diphtéroïde et même, dans certains cas, l'accès névralgique à distance est un phénomène précurseur d'un phlegmon local ou d'un érisypèle. Les phénomènes généraux sont en général peu accusés : la névralgie traumatique secondaire précoce est *apyrétique* par elle-même ; elle peut cependant être précédée, suivie ou accompagnée de fièvre, mais c'est là une simple coïncidence. L'accès névralgique est cependant suivi dans quelque cas de l'apparition de vésicules d'herpès sur les lèvres ou la face. On sait que M. Verneuil a appelé déjà l'attention sur l'apparition de l'*herpès labialis* comme phénomène critique dans les lésions traumatiques (1).

La pathogénie des *névralgies traumatiques secondaires précoces*, leur étiologie, leur diagnostic et leur traitement complètent leur étude. Les rapports de ces accès douloureux avec l'impaludisme, le rhumatisme et les autres affections générales sont exposés avec le soin bien connu de M. Verneuil pour la recherche des relations des traumatismes et des diathèses. Il a depuis longtemps signalé le fait suivant : un traumatisme peut amener la réapparition d'une diathèse qui n'avait pas eu de manifestations depuis un temps plus ou moins éloigné ; il y a, par les traumatismes, un véritable *rappel de diathèses*.

L'étude des névralgies traumatiques secondaires précoces, telle que vient de la faire M. Verneuil, fera la base d'un chapitre futur des pathologies chirurgicales oublié jusqu'alors : *la douleur dans les traumatismes.*

VIII. Une des gloires de la médecine française, M. Bazin, professe depuis longtemps que le cancer du sein est une manifestation éloignée de l'arthritisme. L'analyse suivante d'un travail de sir James Paget semble confirmer cette doctrine.

Les malades observés par le médecin anglais sont des femmes de 40 à 60 ans qui, toutes, avaient vu leur affection débuter par des éruptions du mamelon ou de l'aréole. Dans la plupart des cas, la lésion consistait d'abord dans une efflorescence très-rouge, ou dans une exulcération rugueuse, parsemée de fines granulations, comme si presque toute l'épaisseur de l'épiderme était desquammée : cela ressemblait à la surface d'un eczema très-aigu ou d'une balanite intense. Le fond de cette exulcération sécrétait constamment un liquide abondant, limpide, jaunâtre ou visqueux. Les malades éprouvaient des sensations de cuisson, de démangeaison et de brûlure, mais la santé générale n'en était nullement affectée. On ne voit jamais cette éruption dépasser l'aréole : dans un cas seulement, il y avait eu une ulcération profonde occupant l'épaisseur de la peau de l'aréole. Tantôt, la lésion avait l'aspect d'un eczema chronique et laissait suinter une sérosité visqueuse ; tantôt elle était sèche comme des squammes psoriasiques, et parfois on observait au-delà de l'aréole, sur le sein, des plaques de psoriasis.

Dans plusieurs cas, Paget a vu ces affections cutanées résister à tout traitement local ou général, et, après un an, deux ans au plus, il a constaté l'apparition d'une tumeur squirrheuse dans l'épaisseur de la glande mammaire. Le squirrhe n'a jamais débuté par la lésion cutanée ; celle-ci, au contraire, persistait jusqu'à ce qu'elle fût envahie par la néoformation. Le cancer, dans ces cas, ne présente rien de spécial : il prend tantôt une marche aiguë, tantôt une marche chronique ; il envahit les glandes lymphatiques et ne se distingue en rien des descriptions ordinaires des cancers du sein.

(1) Voir les nos 2 et 6 du *Progrès médical*.

(1) *Société de Biologie*, mai 1873.

— Paget a aussi vu des cancers du pénis, de la lèvre inférieure et même de la langue être précédés de lésions cutanées analogues.

IX. La clinique chirurgicale de M. Valette débute par le panégyrique de l'Ecole lyonnaise : Fonteau, Dussaussoy, Marc-Antoine Petit, Gensoul, Amédée Bonnet, Pravaz, Reybard, tels sont les grands médecins qui comparaissent successivement devant le lecteur.

Le second chapitre consiste dans la parallèle de l'éther et du chloroforme. L'éther est victorieux : M. Valette trouve le chloroforme dangereux. On sait qu'à Lyon cet anesthésique est banni de la pratique journalière. Le traitement local des plaies est l'objet des deux leçons suivantes. Nous passons rapidement sur le traitement de l'érisypèle traumatique par le perchlorure de fer intra et extra, sur les injections intraveineuses de ce même perchlorure dans les varices, pour exposer avec quelques détails la partie vraiment originale de ces leçons de clinique chirurgicale.

M. Valette a dans son livre un chapitre sur la cautérisation en général, envisagée comme méthode thérapeutique. Le savant chirurgien ne veut pas sans doute la substituer au bistouri, qui sera, toujours, dit-il, l'arme favorite du chirurgien. Il n'entre pas d'abord bien profondément dans l'étude de la question : il se contente de quatre ou cinq exemples tirés de sa pratique. Mais dans les chapitres suivants, il nous montre l'application de cette méthode à plusieurs opérations chirurgicales importantes : au traitement des hémorroïdes et de la chute du rectum, à l'extirpation de la matrice, à l'ablation des polypes utérins, au traitement du varicocèle, de l'hématocèle vaginale, au goître cystique, et enfin à l'ouverture des abcès froids, de l'hygroma prérotulien et des kystes de l'ovaire, etc.

Le plus souvent, pour détruire ou enlever des tumeurs que nous venons de signaler, M. Valette se sert d'une pince porte-caustique. Ce sont deux gouttières qui peuvent être rapprochées ou écartées à l'aide d'un pas de vis ; dans la rainure des gouttières, on place un caustique, du chlorure de zinc. C'est la reproduction sur une plus large échelle des pinces porte-caustique qu'employait Amussat pour la destruction des hémorrhoïdes (1). Nous regrettons que le savant chirurgien lyonnais n'ait pas jugé à propos de citer le nom d'Amussat ; cela n'aurait nui uullement à l'excellence de sa méthode : il eu le vrai mérite de généraliser et de rendre pratique l'emploi des pinces porte-caustiques (2).

Qùoi qu'il en soit de cette négligence un peu générale dans l'excellent livre de M. Valette, il faut reconnaître qu'il renferme des exemples très-remarquables de guérisons par l'emploi de la méthode caustique. Ainsi l'opération redoutée de la cure radicale du varicocèle a été pratiquée quarante fois par les chirurgiens lyonnais sans accidents, et l'entreprise a été couronnée de succès presque constamment. M. Valette dans le varicocèle perfore les téguments avec une des branches de la pince caustique pourvue d'une pointe acérée, la fait passer en avant du paquet veineux tandis que la seconde branche est placée en arrière des veines; les deux rainures ayant été au préalable chargées de caustique, sont rapprochées l'une de l'autre à l'aide de deux vis; l'instrument reste en place 48 heures et après une quinzaine de jours la guérison est complète. Dans l'hématocèle vaginale, il traverse la poche sanguine avec un seton enduit de caustique : le lendemain il retire le seton; il survient plus tard une inflammation modérée et progressive qui détermine peu à peu la résorption du sang épanché et modifie les parois du sac.

A l'aide de ses pinces porte-caustique, M. Valette a pu fractionner et obtenir une guérison remarquable d'un goître cystique très-volumineux; dans une autre circonstance il a eulevé avec succès un énorme enchondrome du cou.

Enfin dans les cas d'inversion complète de la matrice, il n'hésite pas à extirper cet orgaue et il a pu par la méthode caustique obtenir une guérison complète à la suite de cette grave opération.

Les chapitres qui suivent sont déjà connus par les articles que M. Valette a publiés dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : les tumeurs blanches, l'entorse, les fractures du fémur, de la rotule, les accidents des hernies étranglées, etc., en sont l'objet. La cure radicale des hernies inguinales assez volumineuses pour rendre la vie intolérable aux malades, a été tentée et réussie dix fois par l'habile chirurgien lyonnais. Son procédé consiste à invaginer, à refouler comme Gerdy, dans l'ouverture qui laisse passer l'intestin, un bouchon tégumentaire assez volumineux pour la remplir complètement. Ce refoulement est obtenu à l'aide d'un petit invaginateur en bois d'ébène, creusé d'un canal, dans lequel peut s'engager uue aiguille caustique. C'est une aiguille pourvue d'une rainure remplie de chlorure de zinc : on l'introduit jusqu'au fond du cul de sac de la peau invaginée, et on la fait sortir à travers la peau de l'abdomen; l'eschare produite soude le fond du cul-de-sac à la face profonde de la peau de l'abdomen, et l'oblitération est ainsi obtenue d'une façon définitive.

Les dernières leçons sont consacrées à quelques considérations sur le traitement des fistules urinaires, de l'infiltration urineuse, sur la grossesse considérée comme contre-médication des grandes opérations, et sur les suites éloignées de l'amputation tibio-tarsienne.

(*A suivre.*) H. Duret.

(1) Amussat. — *Mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de Filhos.* (*Gaz. méd.*, 1846) et *Path. ext.* de Vidal, t. IV, p. 538.

(2) L'étude de la méthode caustique a été l'objet d'une thèse d'agrégation. — Th. Anger: *De la cautérisation en chirurgie*, 1869.

VARIA.

Congrès périodique international des sciences médicales.

4e Session. — Bruxelles 1875.

PROGRAMME. — Première section. *Médecine* (pathologie, anatomie pathologique, thérapeutique). *Première question : Prophylaxie du choléra.* Rapporteur : M. le docteur Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain. *Deuxième question : De l'alcool en thérapeutique.* Rapporteur : M. le docteur Desguin, d'Anvers. *Troisième question : De l'inoculabilité du tubercule.* Rapporteur : M. le Dr Crocq, professeur à l'Université de Bruxelles.

Deuxième section. — *Chirurgie* (y compris la chirurgie des champs de bataille et la syphilographie.) *Première question : De l'anesthésie chirurgicale.* Rapporteur : M. le docteur De neffe, professeur à l'Université de Gand. *Deuxième question : Du pansement des plaies après les opérations.* Rapporteur : M. le docteur De Baisieux, agrégé à l'Université de Louvain.

Troisième section. — *Accouchements* (y compris les maladies des femmes et des enfants). *Question : Les maternités.* Rapporteur : M. le docteur E. Hubert, professeur à l'Université de Louvain.

Quatrième section. — *Sciences biologiques* (anatomie, physiologie, médecine comparée). *Première question : Des nerfs vaso-moteurs et de leur mode d'action.* Rapporteurs : MM. les docteurs Masius et Van Lair, professeurs à l'Université de Liége. *Deuxième question : De la valeur des expériences fondées sur les circulations artificielles.* Rapporteur : M. Heger, professeur à l'Université de Bruxelles.

Cinquième section. — *Médecine publique* (hygiène, médecine légale, statistique médicale). *Première question : Des moyens d'assainissement des ateliers où se manipule le phosphore.* Rapporteur : M. le Dr Crocq, professeur à l'Université de Bruxelles. *Deuxième question : De l'organisation du service de l'hygiène publique.* Rapporteur : M. le docteur L. Martin, président de la Commission médicale de Bruxelles. 3e *question : De la fabrication de la bière.* Rapporteur : M. Depaire, professeur à l'Université de Bruxelles.

Sixième section. — *Ophthalmologie. Question : Des défectuosités de la vision au point de vue du service militaire.* Rapporteur : M. le docteur Duwez de Bruxelles.

Septième section. *Otologie. Première question : Des moyens de mesurer l'ouïe et de l'enregistrer de façon uniforme pour tous les pays* Rapporteur : M. le docteur Delstanche, père, à Bruxelles. *Deuxième question : Des défectuosités de l'organe auditif au point de vue du service militaire.* Rapporteur : M. le docteur Delstanche, fils, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Huitième section. — *Pharmacologie. Deuxième question : Faut-il étendre l'emploi médical des principes immédiats chimiquement définis et en multiplier les préparations dans les pharmacopées ?* Rapporteur : M. Van Bastelaer, membre de la Commission médicale du Hainaut, pharmacien à Charleroi. *Première question : De l'établissement d'une pharmacopée universelle.* Rapporteur : M. Gille, professeur à l'Ecole vétérinaire de Cureghem.

Règlement. — Article 1er. Le Congrès médical international de 1875 s'ouvrira, à Bruxelles, le 19 *septembre*, à midi, sous les auspices du Gouvernement, dans la grande salle des Académies, au Musée.

Art. 2. Ce congrès, exclusivement scientifique, durera une semaine.

ART. 3. Le congrès se composera des membres du corps médical, étrangers et nationaux, qui auront envoyé leur adhésion au Comité. Ils auront seuls droit de prendre part aux discussions. Les membres du Congrès ne seront tenus à aucune rétribution. Ils auront seulement à verser une somme de 12 fr. 50 c., en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du *Compte-rendu des travaux de la session*. Cette somme sera versée : par MM. les adhérents, en même temps qu'ils enverront leur adhésion, par les participants au moment où ils retireront leur carte. Les adhésions seront reçues à partir du 1er juillet prochain. Les inscriptions et la distribution des cartes se feront : le 18 septembre, de *midi à cinq heures*, et le 19, de *neuf heures du matin à midi*, dans les locaux de l'Académie, au Musée.

ART. 4. Les travaux du Congrès se répartiront en huit sections.

ART. 5. Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Un même membre pourra se faire inscrire dans plusieurs sections. Le Comité constituera les bureaux *provisoires* des sections (un président et deux secrétaires). Les sections éliront leurs bureaux *définitifs* (un président, deux vice-présidents, deux secrétaires.)

ART. 6. Le Congrès se réunira deux fois par jour : le matin, pour les travaux des sections, l'après-midi, pour ceux de l'assemblée générale.

ART. 7. Des rapporteurs, désignés d'avance par le Comité, feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera par des conclusions provisoires, que les sections examineront dans l'ordre adopté par les rapports. Ce travail terminé, elles disposeront de leur temps pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme. Les conclusions votées par les sections seront communiquées à l'assemblée générale par des rapporteurs désignés par elles.

ART. 8. Les séances de l'assemblée générale seront consacrées : 1° A des conférences sur des questions d'intérêt médical général ne figurant pas au programme ; 2° A la lecture des rapports des sections, et, le cas échéant, à leur discussion.

ART. 9. Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au Comité, un mois au moins avant l'ouverture du Congrès. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites. Le temps consacré à chaque orateur sera limité à un maximum de 20 minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs.

ART. 10. A la première séance, le Congrès nommera son bureau définitif, qui se composera d'un président, de deux vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de vice-présidents honoraires, d'un secrétaire-général et de deux secrétaires des séances.

ART. 11. Tous les travaux lus au Congrès, soit dans les sections, soit devant l'assemblée générale, seront déposés sur le bureau, le Comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale, ou de la non-insertion de chacun d'eux, dans le compte-rendu.

ART. 12. Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

ART. 13. Le président dirige les séances et les débats, suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

ART. 14. Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais ne pourront être admis à prendre la parole.

Le Comité, *Président* : M. VLEMINCKX ; *Membres :* MM. DEROUBAIX, BELLEFROID, CROCQ ; *Secrétaire-général* : M. WARLOMONT, membre titulaire de l'Académie de médecine (1).

CONSEIL MUNICIPAL. *Logements insalubres.* M. Herold présente un rapport sur la composition de la Commission des logements insalubres. La liste de présentation comprend les noms de MM. Bailly, Bienaimé, Buguet, Devillebichat, du Mesnil, Fouchet, Grandpierre, Perrin, Poggiale et Poulet.

M. Vauthier rappelle que la Commission des logements insalubres a examiné 40,000 affaires en 25 ans. Il y a, à Paris, plus de 600,000 logements. Les travaux de la Commission pendant 25 ans ne s'appliquent donc qu'au 20e. Le nombre des membres de la Commission est insuffisant par rapport à la tâche qui lui incombe. On peut affirmer que plus des deux tiers des logements de Paris auraient besoin d'être assainis; aussi importerait-il beaucoup que la Commission fût autorisée à visiter d'office les logements paraissant se trouver dans des conditions de nature à porter atteinte à la santé des habitants. Tel était le but d'une proposition faite au Conseil par M. Mallet l'an dernier. M. Vauthier voudrait que la Commission des logements insalubres comprît un nombre de membres assez considérable pour pouvoir se subdiviser en sections étudiant les questions par quartier. La clôture de la discussion générale est prononcée.

Ces nominations nous fournissent l'occasion de revenir sur l'obligation, qui s'impose au Conseil municipal, de donner une publicité sérieuse aux vacances qui se produisent dans toutes les fonctions dépendant de l'administration et en particulier dans celles qui relèvent de la médecine. Elle permettrait, en effet, à tous ceux qui se croient aptes à remplir ces fonctions à poser leur candidature. Il en résulterait que le Conseil et le Préfet auraient plus de chances de bien choisir, leur responsabilité serait mieux couverte et la chose publique y gagnerait.

(1) Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire-général (Dr WARLOMONT, à Bruxelles).

PHARMACOLOGIE.

Du protoxyde d'azote.

Nous trouvons dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 26 janvier 1875, la présentation, par M. le professeur G. Sée, d'une brochure du savant professeur de la faculté de Nancy, M. le docteur Ritter, intitulée : *Des modifications des urines sous l'influence de l'eau chargée de protoxyde d'azote ou eau oxyazotique.*

Le dépôt sur le bureau de l'Académie a été accompagné d'observations personnelles du présentateur, qui a expérimenté ce produit d'après les conseils de M. Axenfed, de Paris, et Schutzemberger, de Strasbourg. Il résulte de ces observations que, dans tous les cas de gravelle urique, les cliniciens sont arrivés aux mêmes résultats que le physiologiste, savoir: *augmentation de la quantité des urines; augmentation de la proportion d'urée; expulsion de l'acide urique, et diminution de l'intensité des douleurs d'origine goutteuse.*

Le mode d'administration est le suivant : Deux à trois verres par jour, pendant trois semaines ou un mois. Repos pendant huit jours, après lesquels on recommence un traitement de même durée, si besoin est, et jusqu'à expulsion complète de l'acide urique.

La brochure de M. Ritter (1) et le *Bulletin de l'Académie* seront consultés avec fruit par toutes les personnes que cette question intéresse. Elles y trouveront des détails que nous avons dû abréger forcément. Nous avons voulu signaler un point de thérapeutique curieux et nouveau sur lequel la physiologie et l'observation clinique sont d'accord.

16. Gargarisme contre les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques (P. L. H.).

Sublimé corrosif	0 gr. 15.
Glycérine	15 gr.
Eau	250 gr.

17. Onguent camphré (P. L. H.).

Camphre	1gr.
Glycérine	quelques gouttes.
Axonge	30 gr.

Utile dans l'érythème et dans les affections vésiculeuses et squameuses.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — M. BÉHIER reprendra ses leçons cliniques le lundi 5 avril, et les continuera les lundis, vendredis à 9 h. 1/2 dans le grand amphithéâtre. Tous les mercredis leçons et démonstrations histologiques et chimiques au laboratoire par H. Liouville et E. Hardy.

Service de M. RICHET. Leçons cliniques au grand amphithéâtre les mardis, samedis à 9 h. 1/2. — Service de M. CUSCO, maladies des yeux le jeudi à 10 h. — Service de M. HÉRARD, consultations le jeudi et examen des malades le vendredi par les élèves à 8 h. 1/2.

Service de M. RICHET. Salle Sainte-Marthe (H.) : 9, fracture du radius; 11, contusion du genou et épanchement articulaire ; 12, fracture compliquée de jambe; 15, abcès de l'aisselle et érysipèle ; 26, hypertrophie énorme de la prostate ; 29, orchite traumatique ; 31, cancer du maxillaire ; 37, tumeur du larynx ; 38, fracture de la rotule.

Service de M. BÉHIER. Salle Sainte-Jeanne : 1, tumeur cérébrale ; 5, pleurésie droite; 10, sciatique; 13, néphrite calculeuse; 21, saturnin ; 35, chorée ; 39, épilepsie.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. SIREDEY. Consultations les lundis à 9 h. Examen des malades par les élèves. Spéculum les mardis et les vendredis. Salle Saint-Anne (accouchements). Salle Sainte-Marthe bis (crèche) : 5, scrophule aiguë (mère). — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 4, pelvi-péritonite ancienne ; 5, tumeur cérébrale ; 6, rhumatisme articulaire aigu, endocardite mitrale et aortique ; 12, ictère catarrhal (congestion du foie), grippe ; 17, syphilis (ulcérations du larynx) ; 19, phlegmon du ligament large gauche (ouverture dans la vessie) ; 22, pelvi-péritonite (ouverture par l'ombilic) ; 24, albumiuurie (nouvelle accouchée), gangrène de la vulve, lymphangite de la cuisse correspondante ; 28, syphilis très-grave. Salle Saint-Augustin, bis :

(1) Chez Leclerc, libr., 14, rue de l'école-de-Médecine.

3, pneumonie chronique ; 5, paraplégie chez un syphilitique; 9, affection mitrale, asystolie ; 6, hypochondrie ; 12, tumeur cérébale de nature syphilitique ; 26, pyo-pneumo-thorax ; 28, encéphalopathie saturnine ; 29, congestion de la moelle.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* — Service de M. PETER. — Leçon clinique le samedi. — Salle Saint-Adélaïde (F.) : 3, urémie à forme comateuse ; 11, rhumatisme chez une femme grosse ; 14, colique hépatique ; 18, métro-péritonite puerpérale. — Salle Sainte-Antoine (H.) : 2. péritonite chronique ; 5, insuffisance et rétrécissement mitral ; 10, pleurésie ; 25, ulcère simple de l'estomac.

Service de M. BROUARDEL. Salle St-Augustin (H.) : 7, scarlatine ; 11, gangrène pulmonaire ; 19, fièvre typhoïde ; 26, ulcère simple de l'estomac : 32, colique de plomb. Pavillon III (F) : 2, pachyméningite cervicale hypertrophique : 3, pelvipéritonite ; 11, dilatation bronchique ; 17. érysipèle de la face.

Service de M. DUMONT-PALLIER. Salle Saint-Lazare (H.) : 4, paralysie générale au début ; 12, albuminurie ; urémie ; 15, anémie profonde ; affection organique probable de l'estomac.

Salle Sainte-Geneviève (F.) : pleurésie ; 20, carcinome utérin ; péritonite enkystée ouverte spontanément dans la région hypogastrique ; 21, rétrécissement syphilitique du rectum.

Chirurgie. — Service de M. S. DUPLAY. Leçons cliniques et opérations le mardi. — Salle Saint-Barnabé. 2, ostéite épiphysaire du radius gauche ; 8, ectropion opéré ; 25, épispadias opéré ; premier temps de la restauration du canal ; 35, brûlures étendues du tronc et des membres supérieurs ; 45, fracture de deux rotules ; 62, fracture spontanée du fémur ; ostéo-sarcome. — Salle Sainte-Marthe : 7, fracture du crâne ; 19, ostéo-sarcome du fémur.

Hôpital des Enfants. — *Médecine.* — Service de M. ARCHAMBAULT Salle Saint-Louis : 17, tumeur cérébrale ; 19, albuminurie, broncho-pneumonie ; 20, carcinome pulmonaire. — Salle Sainte-Geneviève : 4, hystérie ; 9, scarlatine ; diphthérie générale ; 19, tétanos.

Service de M. LABRIC. Salle Saint-Jean : 9, pleurésie chronique ; 11, lésion mitrale : hypertrophie cardiaque considérable ; 26, laryngite striduleuse ; 32, hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite ; accidents épileptiformes ; 36, tumeur cérébrale ; 37, pérityphlite.

Service de BOUCHUT. Salle Sainte-Catherine : 2. pneumonie du sommet ; 6, sclérose antéro-latérale ; 5, Rétrécissement aortique ; 19, pleurésie : ponctions capillaires ; 25, hémiplégie ; tubercules pulmonaires.

Chirurgie. — Service de M. de Saint-Germain. Salle Sainte-Pauline : 5, périostite phlegmoneuse diffuse ; arthrite purulente ; 7, séquestre invaginé du tibia ; 10, mal de Pott cervical ; 15, hydarthrose du genou consécutive à une fracture du fémur ; — 24, périostite phlegmoneuse diffuse ; 29 arthrite du genou consécutive à une ostéite du fémur. — Salle Saint-Come : 3, fistules urinaires périnéales ; 7, cystite ; 11, tumeur de l'articulation tibio-tarsienne : 15, fracture des deux os de l'avant-bras.

Le Dr A. Tripier reprendra, au dispensaire du Dr Mallez, 3, rue Christine, ses conférences sur les applications de l'électricité aux appareils génital et urinaire, le lundi 5 avril, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants. Il sera traité, durant ce semestre, *du matériel instrumental et des procédés généraux d'application.* (*Gaz. obstétric.*)

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 19 mars 1875, on a constaté 1,003 décès, savoir : variole, 4 ; — rougeole, 15 ; — scarlatine, 5 ; — fièvre typhoïde, 13 ; — érysipèle, 12 ; — bronchite aiguë, 64 ; — pneumonie, 108 ; — dyssenterie, 2 ; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 3 ; — *choléra nostras*, » ; — angine couenneuse, 14 ; — croup, 19 ; — affections puerpérales, 9 ; — autres affections aigues, 254, — affections chroniques, 425, dont 154 dues à la phthisie pulmonaire, — affections chirurgicales, 27 ; — causes accidentelles, 29.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 7 au 13 mars, 1,847, savoir : variole, 3 ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 38 ; — fièvre typhoïde, 15 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite, 375 ; — pneumonie, 122 ; — dyssenterie, 3 ; — diarrhée, 16 ; — *choléra nostras*, » ; — diphthérie, 16, — croup, 23, — coqueluche, 55.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — L'Ecole est fermée à partir du samedi 27 mars, jour où finira le concours de l'agrégation en médecine, les cours recommenceront le lundi 5 avril. — On nous assure que M. Wurtz, doyen actuel de la Faculté, va être nommé professeur de chimie organique (création nouvelle à la Faculté des sciences. — *On dit* aussi que M. Gosselin serait appelé au décanat.

Par arrêté de M. le doyen de la Faculté, M. Verrier (Eugène), docteur en médecine, auteur du *Manuel pratique de l'art des accouchements*, rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale*, a été nommé préparateur du cours d'accouchements de M. le professeur Pajot, à la Faculté de médecine de Paris.

Inscriptions et consignations. — Le registre pour les inscriptions sera ouvert du 5 au 23 avril. (Lundi, mardi, mercredi et jeudi à 4 h.) MM. les étudiants doivent déposer leur feuille la veille du jour où ils désireut prendre leurs inscriptions. — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le vendredi et le samedi de 1 h. à 4.

Exercices pratiques. — 1° *Médecine opératoire* : les exercices commenceront le 15 avril et auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à 3 h. ; ne seront admis que les étudiants qui ont subi le 3e examen de fin d'année. — 2° *Histologie pathologique* : les exercices commenceront le lundi 12 avril et auront lieu tous les jours sauf le jeudi) de 1 h. à 4. — 3° *Chimie* : les exercices commenceront le 12 avril sous la direction de M. Willm seront admis les étudiants de 1re année qui désirent s'exercer aux préparations de chimie générale et les étudiants désirant suivre les exercices et les analyses de chimie biologique. — MM. les étudiants doivent se faire inscrire pour ces différents exercices le 1er, 2 et 3 avril de 2 h. à 4.

HOPITAUX DE PARIS. La distribution des prix aux élèves internes en pharmacie qui ont concouru en 1875 aura lieu le mercredi, 31 mars, à 1 h. de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'assistance publique. avenue Victoria, 3. Dans cette même séance, seront rendus publiques les nominations des élèves internes admis à la suite des concours de 1875.

VACANCES MÉDICALES. — La commune de Saint-Georges-du-Vièvre, chef-lieu de canton, demande un médecin ; clientèle assurée. — S'adresser pour les renseignements, à la mairie de Saint-Georges-du-Vièvre (Eure) (*Abeille médic.*).

— On demande un jeune docteur pour occuper dans un chef-lieu de canton des Ardennes, une bonne position qui devient vacante par suite d'une maladie du titulaire (clientèle facile, étendue, petit hôpital.) Pour tous renseignements, s'adresser à la salle de garde des internes en médecine de l'hôpital des Enfants-malades, rue de Sèvres.

NOUVEAU JOURNAL. On nous annonce l'apparition, en Italie, d'un recueil paraissant tous les deux mois, à Reggio-Emilia, et intitulé : *Rivista sperimentale di frenatria e di medicina legale*, rapport avec l'anthropologie et les sciences juridiques et sociales, sous la direction du professeur Carlo Livi. — Nous avons reçu également le premier numéro des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, fondées et publiées par MM. Ladreit de la Charrière, Isambert et Krishaber, éditées par M. G. Masson. Ce recueil paraît tous les deux mois. Un an : Paris, 12 fr. ; départements, 14 fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 14 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 AVRIL 1875.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur VULPIAN.

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses.

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Messieurs,

Je ne me propose pas de faire un cours didactique sur les *médicaments* et les *poisons*. Cet enseignement est du domaine de la chaire de thérapeutique et de la chaire de toxicologie. Je veux seulement étudier avec vous un certain nombre de substances toxiques et médicamenteuses, dans le but de déterminer leur action physiologique.

Dans cette première leçon, je vous indiquerai, d'une manière générale, le champ que nous aurons à parcourir, c'est-à-dire ce que l'on doit entendre par action physiologique des poisons et des médicaments, le rôle important de cette connaissance au point de vue de la médecine et de la physiologie, enfin la méthode que nous suivrons dans la recherche de cette action physiologique.

Il n'est guère nécessaire de définir ce qu'on doit entendre par les mots : *médicaments, poisons*. Les médicaments sont des substances qui sont administrées dans le but de ramener à l'état normal des fonctions troublées par la maladie, ou de guérir les lésions dont peuvent être atteints les divers tissus et les différents organes. — Les poisons sont des substances chimiques qui, introduites dans l'organisme peuvent déterminer des lésions ou des troubles fonctionnels graves, menaçants pour la vie.

J'ai à peine besoin de vous rappeler en quoi les *poisons* diffèrent des *virus* et des *venins*. Les virus sont des matières albuminoïdes, prenant naissance dans la substance organisée, soit pendant la vie, soit par suite de la décomposition de cette substance (virus cadavérique), et qui déterminent aussi, lorsqu'elles pénètrent dans la circulation d'un individu vivant, des troubles morbides graves, souvent mortels dans quelques cas, toujours mortels dans d'autres cas (virus rabique, par exemple). Les virus diffèrent des poisons, non-seulement par leur constitution, mais encore par d'autres caractères bien importants. Ainsi, tandis que l'action des poisons est, d'une façon générale, d'une intensité proportionnelle à la quantité de la dose absorbée, il ne paraît pas y avoir un rapport bien exact entre la quantité des virus introduits dans la circulation et la violence des effets produits par ces substances. D'autre part, les virus ne produisent pas, comme les poisons, un effet immédiat; ils n'agissent qu'après une certaine période de temps, dite période d'incubation.

Les venins se rapprochent des poisons, beaucoup plus que les virus. Ils diffèrent des poisons surtout par leur provenance : ce sont, en effet, des produits de sécrétion glandulaire. On n'en a pas extrait de substances chimiques assimilables à celles des poisons, mais ils produisent, comme ceux-ci, des effets immédiats, et proportionnels à la quantité de la substance absorbée. Certains venins causent des effets absolument assimilables à ceux que produisent quelques poisons. Ainsi, le venin du crapaud agit sur le cœur comme la digitale; le venin du triton (salamandre aquatique) agit aussi de la même manière.

Un grand nombre d'agents toxiques sont employés comme médicaments, c'est-à-dire appliqués extérieurement ou administrés intérieurement pour produire un effet curatif. Il n'y a pas de limite tranchée entre un médicament et un poison, un médicament pouvant devenir un poison, s'il est pris à dose élevée, et, réciproquement, un poison pouvant devenir un médicament, quand il est donné à dose peu considérable. Il me suffit de vous citer, au hasard pour ainsi dire, le phosphore, l'arsenic, le mercure, l'opium, la belladone, le sulfate de quinine, etc., qui peuvent, suivant la dose, agir comme médicaments ou comme poisons.

Mon intention est, comme je vous l'ai dit, d'étudier les effets d'un certain nombre de substances toxiques et médicamenteuses, que je prendrai comme types, et de déterminer leur action physiologique.

Nous distinguerons l'action physiologique d'un poison ou d'un médicament, des effets qu'il détermine. Les effets, ce sont les lésions ou les troubles fonctionnels produits par l'influence de ces substances sur l'organisme.

L'action physiologique des substances toxiques et des médicaments, ce sera, pour nous, le mécanisme physiologique par lequel s'opèrent ces effets. Montrons par quelques exemples, la différence qu'on doit établir entre les effets d'une substance toxique et son action physiologique.

Voici trois grenouilles. A l'une on injecte sous la peau d'une patte postérieure, une certaine quantité de *strychnine*, à l'autre on fait absorber de la même manière, du *curare*, à une autre du *chloral*.

Bientôt après, les trois grenouilles sont en résolution complète, elles sont inertes. Pouvons-nous nous baser, pour définir l'action physiologique de chacune des matières employées, sur la résolution musculaire commune aux trois grenouilles empoisonnées?

Pouvons-nous dire que l'action physiologique du curare, du chloral et de la strychnine consiste dans l'abolition du mouvement volontaire? Non. Et ces exemples nous montrent qu'il faut suivre une autre voie pour arriver à connaître l'action physiologique de chacun des trois agents que nous venons d'employer.

L'animal sous la peau duquel on a injecté du curare a une paralysie complète des mouvements volontaires et réflexes. Cet état est l'effet produit par le poison, mais il ne nous indique pas le mécanisme physiologique de l'action du curare. En quoi donc consiste cette action? La paralysie complète de la grenouille curarisée pourrait dépendre d'une abolition de la volonté; mais il y aurait alors persistance des mouvements réflexes. Notre première hypothèse n'est donc pas admissible. L'état paralytique pourrait aussi dépendre de l'abolition des fonctions de la moelle épinière ou des nerfs moteurs; elle peut résulter encore d'une paralysie musculaire. Nous avons donc à chercher lequel de ces trois cas se présente devant nous et, quand nous l'aurons précisé, nous aurons déterminé quelle est

Eh bien! le curare laisse intacte la contractilité musculaire, car si l'on excite les muscles de cette grenouille, on les voit se contracter fortement; il ne touche pas la moelle, il n'agit pas non plus sur les nerfs moteurs. Il a la propriété d'empêcher les nerfs moteurs de transmettre aux muscles les excitations motrices, d'abord les incitations cérébrales et médullaires, puis bientôt même les excitations expérimentales portant directement sur ces nerfs. Je n'insisterai pas davantage sur ce point, le curare étant un des toxiques dont nous étudierons bientôt l'action physiologique.

La grenouille strychnisée a reçu trop de strychnine. Après avoir eu quelques convulsions, elle s'est affaissée, elle est tombée en résolution, puis elle est morte. Sur une autre grenouille, on vient d'injecter une quantité de strychnine moins considérable et dont l'effet se borne, comme vous le voyez, à la production des convulsions tétaniques. Comment ont lieu ces convulsions? Sont-elles le résultat d'une

action excitante de la strychnine sur les muscles, sur les nerfs moteurs ou sur la moelle? Quand on cherche à élucider cette question, on arrive à voir, comme je vous le démontrerai plus tard, que la strychnine agit sur la substance grise de la moelle épinière dont elle exalte les propriétés réflexes.

Procédons de la même manière pour la grenouille chloralisée. A quoi attribuer l'engourdissement, l'espèce de paralysie qui résulte de la chloralisation? Les expériences que je mettrai sous vos yeux vous prouveront que le chloral agit à l'inverse de la strychnine, qu'il produit la résolution musculaire en détruisant d'une manière passagère les propriétés de la substance grise médullaire.

L'action physiologique du curare, de la strychnine et du chloral ne consiste donc pas dans l'abolition du mouvement. Chacun de ces trois agents possède une action qui lui est propre: L'un agit à la périphérie du système nerveux moteur, l'autre agit sur l'axe gris de la moelle pour en exciter les propriétés, le troisième agit sur la même partie de la moelle, mais il en affaiblit et en paralyse au contraire les propriétés.

Je vous citerai encore, comme exemple, l'*oxyde de carbone*. Ce gaz toxique a pour effet, lorsqu'il est respiré par un animal, de le tuer par asphyxie. Mais quel est le mécanisme de cette asphyxie? Quelle est l'action physiologique de l'oxyde de carbone? M. Cl. Bernard nous a révélé cette action physiologique en montrant que ce gaz s'unit à l'hémoglobine des globules rouges du sang et qu'il les rend ainsi absolument impropres à absorber l'oxygène dans les poumons.

Nous appellerons donc action physiologique d'une substance toxique ou médicamenteuse le mécanisme par lequel se produisent les effets déterminés par cette substance, effets qui peuvent être la paralysie, l'anesthésie, les convulsions, la dyspnée, l'asphyxie, l'arrêt du cœur, les vomissements, la diarrhée, etc.

Dans les cas que nous venons de citer, en exceptant l'intoxication par le gaz oxyde de carbone, l'action de la substance toxique consiste en un trouble dû bien certainement à une modification histochimique de tels ou tels éléments anatomiques, mais sans lésions reconnaissables par nos moyens actuels de recherches. Dans d'autres cas, il n'en est pas de même. L'agent toxique laisse sa trace, parfaitement visible. Il produit une lésion, et la connaissance de cette lésion nous donne, jusqu'à un certain point, la clef des phénomènes observés pendant la vie. C'est la production de cette lésion qui constitue, en grande partie du moins, le mécanisme de l'action du poison.

Prenons pour exemple un homme empoisonné par une dose modérée de phosphore. Ce malade s'affaiblit peu à peu au milieu de souffrances plus ou moins vives; il présente différents symptômes: de l'engourdissement progressif, quelquefois des vomissements et de la diarrhée, de la fièvre, de l'ictère, etc., et il meurt au bout de quelques jours. Ce sont là les symptômes de l'empoisonnement par duisent ces effets? L'anatomie pathologique nous l'indique, en nous montrant que le phosphore détermine des lésions graves: stéatose du foie avec un certain degré d'hépatite interstitielle, altérations analogues des reins, stéatose des muscles de la vie animale et du myocarde, altérations graisseuses des épithéliums glandulaires de l'estomac, de l'intestin, des modifications du sang, des petits vaisseaux, etc.

Nous ne devons pas, d'ailleurs, nous illusionner au point de croire que nous connaissons l'action physiologique de toutes les substances toxiques ou médicamenteuses. Il en est, et des plus importantes, dont les effets thérapeutiques sont peut-être les plus remarquables de tous ceux que nous voyons se produire dans la pratique médicale, et qui agissent par un mécanisme dont nous ignorons absolument le secret. Tels sont le mercure et l'iodure de potassium, si puissants contre la syphilis et la scrofule, tel est l'arsenic, si efficace dans les cas de dermatoses chroniques, dans les cas d'intoxication palustre invétérée; tel est encore le quinquina ou la quinine, ce remède véritablement héroïque contre la fièvre intermittente. Qui peut se vanter au moment actuel, à moins d'être dupeur ou dupe, de savoir le mécanisme physiologique de l'action de ces merveilleux médicaments?

La connaissance des propriétés physiologiques des substances toxiques et médicamenteuses, est d'une grande importance en médecine. (*A suivre.*)

MALADIES DU LARYNX.

Hopital Lariboisière. — M. ISAMBERT.

IV[e] Leçon. — Des laryngites catarrhales.

Leçons recueillies par MM. Affre et Moizard, internes du service.

Sommaire: La laryngite catarrhale est le type commun des inflammations laryngées. — Anatomie de la muqueuse laryngée. — Laryngite catarrhale aiguë (lésions, symptômes, diagnostic, traitement). — Laryngite catarrhale chronique, (étiologie, lésions et aspect laryngoscopique). — Y a-t-il des ulcérations catarrhales simples? — Diagnostic d'avec les laryngites diathésiques. — Traitement.

Messieurs,

Nous n'avons pas l'intention de faire un exposé dogmatique des maladies du pharynx et du larynx, ni de remplir colonnes par colonnes tous les cadres de la classification, dont je vous ai tracé le tableau. Nos réunions étant avant tout des *conférences cliniques*, nous ne suivrons pas d'autre ordre que celui dans lequel se présenteront les cas soumis à notre observation. Les plus communs passeront donc les premiers.

Nous n'avons pas à vous parler des angines aiguës. Les pharyngites aiguës phlegmoneuses, les laryngites par irritants directs ont été bien décrites partout, et d'ailleurs l'emploi du laryngoscope serait trop douloureux pour être praticable dans ce genre d'affections.

Il n'y a également rien à dire à notre point de vue sur la pharyngite catarrhale aiguë ou sur l'amygdalite, bien étudiées avec le simple abaisse-langue.

Nous parlerons plus tard des angines catarrhales chroniques qui présentent beaucoup plus d'intérêt.

Mais nous rencontrons tout d'abord en abordant l'étude des laryngites catarrhales, un *type commun* de l'inflammation de la muqueuse de l'organe vocal, dont il importe de bien fixer les traits.

La laryngite catarrhale est certainement la plus fréquente des affections laryngées. Elle est, en effet, l'accompagnement obligé de toutes les autres, le modèle auquel les autres empruntent leur physionomie générale par cela seul qu'elles se développent sur un même tissu anatomique, la muqueuse laryngée. Cette laryngite simple laisse d'ailleurs peu de traces après la mort. Dans les cas où elle existe comme complication d'un autre état morbide, il est très-difficile de distinguer sur le cadavre ce qui est le fait de la laryngite catarrhale elle-même, et ce qui est le fait de l'affection plus grave qui a déterminé la mort; dans les cas où la laryngite existe seule, elle n'entraîne pas la mort. Cela nous montre que les descriptions qu'on en a données jusqu'à l'invention du laryngoscope ont été tracées plutôt d'une manière théorique que d'après nature. Toutefois les connaissances générales que nous possédions sur les inflammations des muqueuses avaient permis d'arriver à des notions à peu près exactes, auxquelles il faut avouer que le laryngoscope n'a fait qu'ajouter des détails plus précis.

Une connaissance approfondie de la constitution normale de la muqueuse laryngienne, et surtout, de celle des cordes vocales et des ventricules nous est pourtant indispensable pour l'explication de certaines particularités de la laryngite.

Plusieurs points de cette structure anatomique sont longtemps restés obscurs, malgré les travaux de Kölliker, de Luschka, etc. M. le D[r] Coyne a récemment publié dans sa thèse inaugurale et dans les *Archives de physiologie* une étude fort intéressante sur la structure de la muqueuse laryngée, et c'est à ce travail récent que nous emprunte-

rons la description sommaire que nous allons vous en donner.

Comme dans toutes les muqueuses, nous trouvons dans la membrane laryngée un derme muqueux, une couche épithéliale qui le recouvre et des glandules. Elle pourra donc devenir, comme la muqueuse bronchique par exemple, le siége d'une inflammation accompagnée de desquamation épithéliale et d'hypersécrétion glanduleuse, en un mot d'une inflammation catarrhale.

L'épithélium du larynx, comme celui des voies respiratoires en général, est un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Cependant, il présente en certains points des modifications importantes. Ainsi, au bord libre des cordes vocales inférieures, il devient pavimenteux sur une largeur d'environ 1 millimètre.

On observe une zone analogue d'épithélium pavimenteux sur les cordes vocales supérieures ou bandes ventriculaires. Au-dessous de cette couche pavimenteuse, le derme est hérissé de papilles vasculaires et probablement nerveuses. C'est également en ces points que l'on observe le plus souvent la desquamation épithéliale suivie ou non d'un travail ulcératif.

Les glandules du larynx existent surtout à la face postérieure de l'épiglotte et au niveau du coussinet graisseux situé à la base de cet organe, où on les a décrits depuis longtemps. On les observe également en très-grand nombre dans l'épaisseur des cordes vocales supérieures à la structure desquelles elles prennent une part très-importante.

Sur les cordes vocales inférieures, M. Coyne décrit deux groupes de glandes en grappe, venant s'ouvrir sur leur face supérieure. Le corps de la glande est placé entre le derme muqueux et les parties contractiles sous-jacentes; quant au conduit excréteur il se porte obliquement en haut et en dedans, de telle sorte qu'il vient s'ouvrir non loin du bord libre de la corde vocale sur lequel est déposé le produit de ces glandes. M. Coyne décrit en outre deux groupes glandulaires analogues sur la face inférieure de la corde vocale. La disposition de ces glandes peut nous expliquer l'aspect *chassieux* que présentent les cordes vocales dans certaines laryngites chroniques.

Outre ces glandes en grappes, M. Coyne décrit dans le larynx des *follicules clos* sans conduits excréteurs : on en trouve tout autour du ventricule de Morgagni. Mais les cordes vocales inférieures en sont tout-à-fait dépourvues. Peut-être ces follicules clos sont-ils le point de départ des ulcérations laryngées de la fièvre typhoïde et de la phthisie.

Nous allons voir dans quelle mesure les notions précédentes peuvent servir à expliquer ce que montre le laryngoscope. Commençons par la laryngite catarrhale aiguë :

A. *Laryngite catarrhale aiguë*. — Les trois caractères principaux que présente au laryngoscope la muqueuse laryngée dans la laryngite catarrhale sont la rougeur, la desquamation épithéliale, et l'épaississement des parties intéressées. Ces parties sont par ordre de fréquence : les replis aryténo-épiglottiques, l'infundibulum laryngien, la face postérieure de l'épiglotte et les cordes vocales. C'est l'ordre indiqué par MM. Péter et Krishaber : je ne vois aucune raison de le changer. La rougeur de l'infundibulum laryngien et de la face postérieure de l'épiglotte est souvent un peu sombre. Il ne faut du reste pas oublier que la coloration de l'épiglotte est normalement plus foncée que celle des parties voisines. C'est même là une cause d'erreur, dont il faut se défier : sans quoi l'on s'exposerait à croire l'épiglotte enflammée, alors qu'elle est parfaitement saine.

Les cordes vocales présentent ordinairement une coloration uniforme, variant depuis la teinte rose pâle, jusqu'au rouge foncé, sur le fond de laquelle on distingue souvent de fines arborisations vasculaires disposées en général suivant l'axe longitudinal des cordes vocales. Quand l'inflammation est très-intense, il peut se produire de petites taches ecchymotiques le long des vaisseaux ou dans l'épaisseur du tissu.

La muqueuse perd en même temps son aspect poli et humide. Les cordes vocales prennent un aspect terne et desséché. Ces modications sont dues à l'exagération de la prolifération épithéliale, et à la desquamation légère qui se produit à la surface de la muqueuse.

Enfin, l'épaississement des cordes vocales entraîne leur changement de forme; elles n'apparaissent plus comme deux rubans aplatis, mais comme deux cordes cylindriques juxtaposées.

Les cordes vocales supérieures peuvent être prises à leur tour. Elles contiennent, comme nous l'avons dit tout-à-l'heure, un grand nombre de glandules, et sont formées d'un tissu très-lâche. Aussi leur gonflement peut-il être considérable, et masquer la vue des cordes vocales inférieures. Toutefois, avec quelques tatonnements, on peut arriver ordinairement à voir les cordes vocales inférieures, restées plus ou moins blanches, apparaissant derrière les cordes vocales supérieures; mais on ne voit plus que leurs bords, et l'image rapelle celle d'une tenture formée deux paires de rideaux superposées, les rideaux rouges placés les premiers ne laissant apercevoir que la frange des rideaux blancs. Au premier abord un observateur inexpérimenté pourrait prendre les cordes vocales supérieures, ainsi augmentées de volume, pour les cordes vocales inférieures malades : mais en faisant faire au malade de larges inspirations, on peut facilement apercevoir le bord des vraies cordes vocales.

Symptômes. — La voix devient rauque, enrouée, en raison de l'épaississement croissant des cordes vocales. Elle prend un timbre plus grave; et si le malade veut chanter, il se produit des couac, dus à la tension imparfaite des cordes vocales. Quelquefois, mais rarement, il y a une véritable aphonie.

La douleur est très-peu vive : c'est un picotement, un chatouillement plutôt qu'une véritable douleur. Cette sensation a lieu surtout quand le malade inspire un air froid ou chargé de vapeur irritantes. La douleur est beaucoup plus vive lorsque la laryngite est la conséquence d'une brûlure du larynx ou de l'ingestion d'une substance caustique, mais ces laryngites suraiguës ne sont pas des laryngites catarrhales.

La toux de la laryngite est brève, quinteuse; quelquefois même elle consiste en une série d'expirations bruyantes suivie d'une reprise comme dans la coqueluche. Ce caractère spasmodique de la toux se rencontre aussi dans la laryngite striduleuse, dans la rougeole, dans la grippe. Or, il y a dans le larynx un point particulièrement plus sensible et donnant naissance à des phénomènes prononcés de sensibilité réflexe; ce point est la commissure interaryténoïdienne. Le larynx, contrairement à l'opinion commune, présente une assez grande tolérance pour tous les attouchements que l'on y exerce même avec des substances caustiques, lorsqu'on ne touche que la partie antérieure des cordes vocales ou de l'infundibulum laryngien; mais si l'on vient à toucher la commissure interaryténoïdienne, surtout [illegible] rieure de la trachée, aussitôt éclate une toux quinteuse, suivie d'une inspiration bruyante, analogue à celle de la coqueluche et accompagnée d'un sentiment de dyspnée très-pénible pour le malade, et qui rappelle ce qui se passe chez les personnes qui *avalent de travers*, ou qui sont atteintes des laryngites spasmodiques que nous venons de mentionner. Il serait intéressant de rechercher si l'anatomie pathologique de la coqueluche ne revèlerait pas une lésion quelconque de ce point spécial. Mais les malades ne meurent guère que des complications de la coqueluche : de sorte qu'il est alors fort difficile de faire la part de ce qui appartient à la maladie première. — Il serait également bon de voir si l'on ne parviendrait pas à modifier avantageusement la coqueluche et les toux quinteuses en général, en cautérisant directement la commissure inter-aryténoïdienne. Quelques succès obtenus par un médecin anglais au moyen des cautérisations du larynx, feraient penser que ce moyen pourrait être efficace dans une maladie si

rebelle, si toutefois il était possible d'appliquer le laryngoscope chez de très-jeunes enfants.

L'expectoration est peu abondante dans la laryngite aiguë si ce n'est lorsqu'elle s'accompagne de bronchite, mais c'est surtout dans la seconde période, ou période de coction. On a noté alors, comme venant particulièrement des ventricules laryngés, des crachats visqueux, pelotonnés, fusiformes et d'un gris perlé.

La déglutition n'est pas généralement gênée dans la laryngite simple, à moins d'une inflammation très-vive siégeant sur l'épiglotte ou sur les éminences aryténoïdiennes.

MM. Peter et Krishaber, dans leur remarquable article du *Dictionnaire Encyclopédique*, parlent d'un symptôme particulier, qu'ils désignent sous le nom d'*asynergie vocale*, trouble de la phonation produit par une paralysie des muscles du larynx sous l'influence de l'inflammation de voisinage. Je n'ai pas de raison pour repousser cette interprétation qui me paraît très-rationnelle, sans être très-bien démontrée.

La laryngite aiguë catarrhale simple ne s'accompagne pas ordinairement de réaction générale cependant chez les enfants et les personnes très-nerveuses, on constate parfois un léger mouvement fébrile. (*A suivre*.)

CLINIQUE MÉDICALE

Des embolies artérielles causées par des caillots fibrineux développés dans les cavités gauches du cœur,

Par le docteur **TURNER**, membre adjoint de la *Société anatomique*.

Il ne s'agit pas aujourd'hui de démontrer l'existence de l'embolie et surtout de l'embolie artérielle. Il n'y a plus qu'a enregistrer les faits qui se présentent à l'observation, et à voir s'ils confirment ou peuvent modifier les connaissances déjà acquises. Les deux présentations que je viens de faire, à huit jours de distance, à la Société, ont trait à des obstructions artérielles qui ont amené des désordres seulement du côté des membres. Les artères cérébrales et viscérales sont restées en dehors de la scène pathologique.

Dans mes deux observations, les sources de l'embolie se trouvent, comme c'est le cas le plus fréquent, dans le cœur gauche.

La première offre une endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'aorte et de la mitrale. Cette dernière présente en outre des aspérités athéromateuses, où sont venus s'accrocher des caillots fibrineux de nouvelle formation, faciles à distinguer des caillots anciens. Dans la deuxième observation, les végétations de la valvule mitrale, la seule qui soit malade, sont insignifiantes, et les caillots fibrineux anciens sont emmagasinés dans l'auricule de l'oreillette gauche.

Mais je veux insister tout d'abord sur les *causes prédisposantes*. L'homme de la première observation était convalescent d'une pneumonie, et la femme de la deuxième observa- [illegible] auparavant, outre le ralentissement de la circulation produit par le rétrécissement des orifices du cœur, ne devaient-ils pas présenter, l'un et l'autre, cette modification particulière de la fibrine qui la rend plus facilement coagulable, et que J. Vogel a nommée *inopexie*?

Le mode de production de l'embolie dans les faits que j'étudie est donc très-simple, et les caillots venus du cœur gauche ont dû suivre le trajet le plus direct.

Comme on a pu le voir, mes deux malades ont présenté chacun deux crises emboliques parfaitement distinctes, et chaque crise a été annoncée par le même symptôme initial, tout à fait caractéristique: une douleur subite avec engourdissement et refroidissement du membre où se distribue le vaisseau obstrué. Cette espèce de douleur névralgique, cette hyperesthésie violente dans les cas de gangrène est tout à fait comparable aux douleurs des brûlures et des froidures, et doit être attribuée, comme le pense Emmert, au trouble de nutrition des filets nerveux eux-mêmes.

L'hyperesthésie, comme le refroidissement et l'engourdissement, persiste ou cesse suivant que la circulation est interrompue complétement ou se rétablit par les collatérales, et sur ce point nos deux observations justifient pleinement la division classique des embolies artérielles des membres.

Il est inutile d'insister sur les foyers inflammatoires qui se produisent aux limites des parties gangréuées: c'est à ce travail pathologique qu'il faut attribuer les lésions secondaires si intéressantes observées dans les deux artères fémorales droite et gauche et dans la veine fémorale gauche de la 2e observation.

Le symptôme initial de l'embolie mérite qu'on s'y arrête. Cet engourdissement douloureux arrivant d'une manière subite paraît constant. Mais cette hyperesthésie, quand le refroidissement n'est pas considérable ou a disparu, pourrait être confondue avec des douleurs névralgiques ou rhumatismales.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Concours d'Agrégation de Médecine.

Le concours d'agrégation pour la section de médecine et de médecine légale s'est terminé samedi par la nomination de MM. Dieulafoy, Grancher, Liouville, Lépine et Legroux.

Nous ne dirons rien du résultat, laissant à chacun de ceux qui ont suivi avec attention les péripéties de ce concours le soin d'apprécier et de juger; mais si nous nous abstenons de tout commentaire à l'égard des nominations, il nous sera permis de faire quelques remarques au sujet du concours en lui-même.

La cinquième épreuve consiste, d'après le règlement, en un sujet de thèse choisi par les professeurs et tiré au sort par les candidats; ce sujet imposé doit faire la teneur d'une thèse composée, élaborée, imprimée et livrée au dix-septième jour.

On a déjà signalé à plusieurs reprises l'exiguïté de temps laissée pour la production d'un travail long, parfois même difficile; il nous paraît superflu d'y insister. En aussi peu de jours, il est peu aisé de faire une œuvre personnelle; l'adjonction d'aides officieux et bienveillants, est, on le comprend, indispensable. L'originalité du travail doit fatalement s'en ressentir, car quelque bien doué, quelque instruit que soit un candidat, il lui est impossible de compulser les documents bibliographiques qui se trouvent souvent très-nombreux sur la question. Si pareilles difficultés existent pour un candidat parisien, que dire de celles que rencontrent des candidats de province, transplantés à Paris sans aides ou amis, sans biblio- [illegible] ainsi dire, à leurs propres ressources ou obligés de recourir à des correspondances postales, télégraphiques même, pour faciliter leur tâche! Nous ne pouvons à ce sujet que féliciter MM. Grasset et Balestre de s'être si bien tirés d'un semblable embarras.

Cette insuffisance de temps, cette composition faite à la hâte seraient encore peu, si les sujets donnés s'adaptaient d'une façon générale aux connaissances requises des candidats à l'agrégation; mais lorsqu'on parcourt la liste des sujets *discutés* en conseil de jury et proposés cette année, on demeure vraiment stupéfait. Pour réagir, *dit-on*, contre les tendances de la jeune génération à laisser dans l'ombre les questions de traitement, on donne plusieurs questions ayant trait à la thérapeutique.

L'idée en soi était on ne peut plus naturelle; mais franchement la pratique en est au moins bizarre. Pour ne prendre qu'un de ces sujets, on ne trouve rien de mieux

à choisir que l'abus en thérapeutique : on peut dire assurément que le plus déplorable qu'on en ait fait était de donner cette question. Nous n'avons pas encore lu le travail de M. Liouville et nous ignorons le parti qu'il a pu tirer de ce sujet: mais comment le définir? où sont les limites de la saine thérapeutique? où commence l'abus? Ce qui sera excès pour les uns deviendra normal, réglementaire pour les autres. Nous n'en voulons citer que quelques exemples: Qu'on aille parler du traitement de la syphilis par le mercure à un chirurgien bien connu des hôpitaux de Paris; l'abus, dans ce cas, n'est même pas dans la dose ; il existe déjà dans l'administration du médicament. La médication phlogistique si prônée jadis, si délaissée aujourd'hui, a eu des phases où l'abus eût été l'insuffisance des déplétions sanguines ; ce serait le contraire maintenant. Il n'y a donc pas de limite vraiment définie, à moins d'excès véritables, qu'on ne peut dès lors imputer qu'à l'ignorance ou à la malhonnêteté ; ce n'est plus là l'abus dans le sens où on veut l'entendre. — Nous avons pris cet exemple ; d'autres thèses nous fourniraient également matière à critique.

Un autre point fort discutable, à notre avis, est le maintien des épreuves d'argumentation des thèses ; ces épreuves n'ajoutent rien à la valeur du concours. Cela est si vrai qu'on est, à ce moment-là, à peu près fixé sur le choix des futurs agrégés ; j'entends d'ici l'objection, qu'on sait à quoi s'en tenir bien avant; mais sans préjuger autant, nous estimons qu'un jury ne peut être fixé en quoi que ce soit sur la valeur d'un candidat d'après la soutenance de sa thèse. Bonnes ou mauvaises, et ce dernier adjectif ne vient là qu'à titre de pure supposition, les thèses fournissent matière à des incidents peu variés. Pour les candidats que rattachent entre eux des liens d'intimité étroite, ce sera une lutte courtoise, amicale, discutée d'avance, demandes et réponses; pour les autres, un prétexte à épigrammes plus ou moins acerbes, voilés sous le masque d'une politesse dont on ne peut se départir dans cette occasion, mais ne donnant ni d'un côté ni de l'autre la mesure de la science intrinsèque, du talent requis pour un professeur.

A nous lire, on va croire que nous désirons tout renverser, tout changer; point. Voici les modifications que nous voudrions voir établir : tout candidat à l'agrégation, devenu admissible après les premières épreuves, serait tenu de fournir pour l'épreuve ultime, une thèse imprimée dont le sujet serait laissé à son libre choix ; les données principales de cette thèse seraient exposées par lui dans une séance orale d'un délai déterminé.

Nous ne faisons ici qu'une double thèse de doctorat; mais au moins, les sujets librement choisis, préparés de longue haleine, fourniraient matière à des travaux pleins d'originalité, tout-à-fait personnels et pouvant dès lors permettre sur le candidat des appréciations qui ne peuvent être bien fondées avec une thèse *donnée* et *faite* dans les conditions acuelles.

Pour terminer, nous ne ferons qu'une réflexion : le concours établi pour trois facultés n'a pas donné de résultat pour Nancy. Il est vraisemblable que si le concours avait eu lieu dans cette ville, on eût trouvé plus d'un candidat ; les exigences d'une situation pécuniaire ou autre n'ont certainement pas permis à plusieurs de se déplacer et de venir tenter la fortune à Paris ; c'est un concours à recommencer. Nous savons à qui nous en prendre; malheureusement... les ministres passent et les concours... aussi. Si le déplacement exigé des candidats a eu un si triste résultat, celui qu'on exige des juges n'a rien non plus d'agréable. Aussi, sommes-nous persuadé que M. le professeur Dupré et M. le professeur Hirtz ont vu finir ce concours avec plaisir car, outre qu'ils vont pouvoir reprendre le cours de leur enseignement l'un à Nancy, l'autre à Montpellier, ils vont se retrouver avec leur famille, leurs amis et leurs élèves dont une mesure si inopportune les a éloignés depuis plus de quatre mois.

Election de M. Dechambre à l'Académie de Médecine.

Par 62 voix sur 74 votants, M. Dechambre vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine. Cette société savante a fait là un excellent choix et c'est avec un véritable plaisir que nous adressons nos félicitations les plus sincères à M. Dechambre. — Des personnes que nous croyons bien informées assurent que le nouvel académicien a immédiatement choisi sa place entre ses deux confrères de la presse médicale, M. J. Guérin et M. A. Latour, auxquels l'unissent les souvenirs de polémiques, que n'ont pas encore oubliés ceux qui sont un peu au courant de l'histoire médicale contemporaine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *mars* 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. GIRAUD-TEULON présente au nom de M. Panas, un ophthalmoscope portatif, modifié de telle sorte que la lentille et le miroir réflecteur sont portés par la même tige.

M. DEPAUL décrit l'autopsie du *monstre acéphalien paracéphalien*, présenté par lui dans la séance du 16 mars. Pour conserver intacts l'ombilic et les vaisseaux, une incision latérale fut faite de chaque côté sur l'abdomen. La paroi abdominale, épaisse et un peu infiltrée, fut alors rabattue de chaque côté, une injection fut faite par la veine ombilicale, elle permit de constater faisant suite à celle-ci, un gros vaisseau central très-adhérent à la colonne vertébrale, en bas il se divisait en deux iliaques primitives qui elles-mêmes se subdivisaient normalement en iliaques internes et iliaques externes, de chaque côté de la colonne vertébrale du rein, gros comme une noisette.

Celui de gauche avait un uretère se rendant dans la vessie située derrière la symphise pubienne. Dans la cavité abdominale, on trouvait enfermé dans une séreuse un rudiment d'intestin, long de 18 centimètres, se terminant en haut en cul-de-sac, en bas normalement à l'ouverture ovale entre le rectum et la vessie, un petit utérus gros comme un pois, correspondant au vagin. La moelle épinière était réduite [illegible] partaient de petits nerfs ; toutefois, il était facile de reconnaître et de suivre les nerfs lombaires, sacrés, cruraux et sciatiques. A propos du placenta M. Depaul avait oublié de dire qu'il y avait un léger degré d'hydramnios.

Election. — L'académie procède à un scrutin pour l'élection d'un membre national associé libre. La Commission avait présenté en 1re ligne M. Dechambre ; 2e *ex æquo*, MM. Bertillon et Chéreau. Votants 74, majorité 38. Au 1er tour M. Dechambre est nommé par 62 suffrages. M. Chéreau obtient 9 voix, M. Bertillon 1, bulletins blancs 2.

M. COLIN répond aux dernières argumentations de M. Pasteur. Pour lui, tous les œufs se putréfient ou se momifient ; si M. Pasteur en a observé qui ne se sont pas putréfiés, c'est qu'il les a tenus à une trop basse température. M. Gayon dit que les ferments pénètrent de l'oviducte dans l'œuf à travers la membrane, où une fois dehors à travers les pores de la coque. Mais on sait bien que la coque n'est pas poreuse, cela est si vrai qu'on peut laisser immergé des œufs très-longtemps

sans qu'il se produise des phénomènes d'osmose. M. Gayon a vu des ferments pénétrer dans des œufs, cela est vrai ; mais, auparavant il les avait placés dans le vide, là, les gaz s'en étaient échappés en vertu de leur propriété d'expansion et c'est par les déchirures produites par le passage des gaz que plus tard les ferments ont pu y pénétrer. M. Colin examine la théorie de la fermentation dans les urines ammoniacales. Si elle est vraie, dit-il, il faut admettre des fermentations continuelles chez certains herbivores qui ont toujours les urines alcalines. L'orateur a introduit dans la vessie d'une vache une certaine quantité d'urine fermentée, deux jours après il a recueilli les urines expulsées : elles n'avaient pas du tout l'odeur ammoniacale.

M. Colin rappelle les expériences de MM. Bellamy et Lechartier, citées par M. Poggiale. Un fruit, sans rien emprunter au dehors que l'oxygène, se convertit en alcool et en acide carbonique; où est le ferment ? Ne peut-il en être ainsi pour le raisin ? Y a-t-il une fermentation distincte pour chaque fruit ? Si on place à côté les uns des autres différents fruits, on n'observe rien; si on les entasse, ils fermentent. Pourquoi ? Si les cellules remplissent dans les fruits le rôle de ferment, pourquoi ne le rempliraient-elles pas dans l'organisme animal ?

M. Pasteur. Il est difficile de répondre à M. Colin, il a disserté sans apporter aucun fait. Il affirme que tous les œufs se putréfient ou se momifient, voilà déjà deux mots différents. Mais peu importe. Lui, M. Pasteur, affirme que tous les œufs ne se putréfient pas et que ceux qui se putréfient contiennent des ferments; que chacun fasse des expériences et on verra plus tard de quel côté est la vérité.

Dans toutes les urines fermentées M. Pasteur a trouvé le petit ferment décrit et nommé par lui *torula*; par induction il avait pensé qu'il devait en être ainsi quand on trouverait les urines ammoniacales dans l'économie animale, la clinique est venue montrer qu'il avait raison.

M. le Président remet la suite de la discussion à une prochaine séance à cause du comité secret qui a lieu à 5 heures pour la lecture du rapport de M. Trélat sur les candidatures à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 décembre 1874. — Présidence de M. Charcot.

25. Récidive de cause interne (*Phthisie aigue*) **d'une ancienne affection osseuse ;** par M. Samuel Pozzi, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

Colle, serrurier, âgé de 46 ans, entre le 15 septembre 1874, dans le service du Dr Verneuil, à la Pitié, pour un gonflement douloureux de la cuisse droite. Cet homme raconte qu'à l'âge de 12 ans, il a fait une grave maladie, ayant duré plusieurs mois et occasionné un abcès au-dessus du genou droit. En ce point, existe une cicatrice déprimée, adhérente au fémur ; celui-ci présente une hyperostose considérable.

Cette ostéite épiphysaire guérit complètement sans raccourcissement du membre, et la claudication qui suivit la convalescence se dissipa elle-même dans la suite. Le malade demeura *trente-deux ans* parfaitement bieu portant, sans jamais ressentir de douleurs au niveau de son ancienne lésion : la jambe droite était seulement un peu moins vigoureuse que la gauche. Il n'y a pas d'atrophie musculaire sensible.

Il y a huit jours, en faisant un exercice violent, le malade ressentit dans la fesse droite une vive douleur qui s'irradia bientôt dans la cuisse. Au lieu de se dissiper, la souffrance alla en augmentant, il dut cesser de travailler et se résoudre à entrer à l'hôpital. Nous devons joindre, à ces commémoratifs, un fait auquel le malade porte peu d'attention, mais qui a pour nous, comme on le verra, une importance majeure.

Depuis quelques semaines, le malade a commencé à tousser. L'auscultation révèle une altération profonde du poumon droit, qui se retrouve à gauche, quoique avec des caractères moins marqués. Il y a de la submatité dans toute la hauteur de la poitrine et un retentissement marqué de la voix ; au sommet droit, ce retentissement est d'une intensité particulière.

Le genou est très-gonflé. Il y a un léger épanchement dans la synoviale, mais la tuméfaction principale est juxta-articulaire, et siége au niveau de l'épiphyse. Nous n'entrerons pas dans le récit détaillé de l'observation. Un abcès volumineux se forma au niveau de l'épiphyse, il fut ouvert ; le stylet permit de sentir l'os à nu. Un vaste clapier sous-tricipital nécessita le drainage. — Malgré ce traitement, la suppuration continua, très-abondante, et le malade s'affaiblit de plus en plus. En même temps, la toux était devenue fréquente et s'accompagnait d'expectoration muco-purulente. Le malade succomba le 15 novembre.

L'autopsie fit reconnaître une hyperostose fusiforme de l'extrémité inférieure droite. Cet os avait subi une éburnation complète dans ses 4|5 inférieurs. Le canal médullaire était complètement détruit dans cette étendue. Au niveau de l'abcès, le périoste était décollé, et on observait les altérations d'une ostéite circonscrite.

Les poumons étaient farcis de tubercules miliaires dans toute leur étendue ; point de cavernes aux deux sommets, on voyait seulement des uoyaux crétacés, indices probables de la cicatrisation d'anciens foyers caséeux, tandis que l'éruption miliaire confluente était indubitablement de date récente : sans doute, son apparition remontait à peine aux premiers jours qui ont précédé le réveil de la lésion osseuse. Quelle a été la cause de cette récidive ? Peut-on l'attribuer au *tour de reins* qu'accusait seulement le malade ? Evidemment, ce traumatisme insignifiant ne sanrait suffire. Mais si ce n'est pas du *milieu extérieur* qu'est venu le choc capable de faire récidiver un mal guéri depuis 32 ans, ne pourrait-on pas le trouver dans un ébranlement venu du *milieu intérieur* ? Ce développement brusque d'une phthisie rapide ne pourrait-il pas, en ébranlant la vitalité de tous les tissus de l'organisme, avoir déterminé un processus morbide dans une région affaiblie de longue date par une lésion profonde ? La récidive du mal se serait ainsi produite par *cause interne*, suivant le titre que nous avons donné à notre observation.

Nous croyons que les faits de ce genre ne sont pas très-rares, mais leur signification étant souvent méconnue, nous avons cru devoir attirer sur ce point l'attention des observateurs.

M. Verneuil. J'ai vivement engagé M. Pozzi à présenter ce fait qui me paraît fort intéressant. Un homme est pris de phthisie aiguë ; et à cette occasion, une lésion osseuse guérie depuis 32 ans, n'ayant donné lieu à aucun symptôme depuis cette époque, se réveille et arrive à suppuration. Les cas de ce genre ne sont guère étudiés et pourtant ils sont loin d'être rares : J'ai en ce moment dans mon service un cocher d'omnibus qui, il y a 5 ans, avait présenté une affection de la bourse séreuse péri-trochantérienne ; depuis plus de 3 ans, il était complètement guéri, lorsqu'au mois de janvier, il s'est mis a tousser : l'abcès s'est reproduit. De même chez une femme, une lésion guérie depuis longtemps a récidivé sous l'influence de l'état puerpéral.

Ces cas, je le répète, ne sont pas rares, mais ont besoin d'être étudiés (1) ; et lorsqu'ils seront bien connus, on arrivera peut-être à discuter, avec fruit, la cause prochaine des manifestations locales dans les maladies générales. Un jeune homme de 27 ans qui, à l'âge de 7 ans, avait eu un abcès sous-périostique du tibia, était complètement guéri depuis plus de 20 ans, lorsqu'il gagna la syphilis. La maladie, malgré les soins qui lui furent donnés par M. Fournier, devint de suite très-grave, et bientôt, ce jeune homme présenta, à la partie supérieure du tibia, une douleur atroce avec gonflement : c'était une gomme qui suppura. La syphilis avait choisi pour se fixer, le point faible, le *locus minoris resistentiæ*. On a depuis longtemps remarqué que les altérations syphilitiques sont beaucoup plus graves sur les membres inférieurs, chez les individus qui ont des varices.

M. Charcot. Nous voyons souvent en médecine des faits

(1) V. Nony. Retour de l'inflammation dans les lésions osseuses anciennes, à la suite d'un état général grave. *Thèse de Paris*, 1874. N° 462.

analogues. On sait par exemple que les pustules de variole sont plus abondantes sur les cicatrices de vésicatoire, et que la goutte se fixe souvent sur des jointures qui présentent déjà une disposition morbide.

M. PARROT. De même chez les nouveau-nés qui ont une irritation de la peau des fesses, c'est en ces points que se montre, d'abord et avec le plus d'intensité, l'éruption de la rougeole. La varicelle laisse assez souvent des traces sur la face, probablement parce que la peau de la face est moins protégée que le reste du tégument externe, contre le froid, et toutes les causes irritantes.

26. Dégénérescence aiguë du foie et des reins, causée par la septicémie; *Fracture comminutive de la jambe gauche, compliquée de plaie ; Erysipèles successifs ; mort au bout de 5 mois ;* par M. SAMUEL POZZI, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

Vaug... Joseph, entre à la Pitié le 18 mai, dans le service de M. le professeur VERNEUIL, salle Saint-Louis n° 56. Il est charretier ; sa voiture lui a passé sur le corps, fracturant les deux jambes, et produisant à gauche une assez large plaie, qui communique avec la lésion osseuse. Le malade est très-vigoureux, âgé de 54 ans, *nullement alcoolique* ; il s'est toujours très-bien porté.

La consolidation des fractures marche régulièrement, mais plus lentement à la jambe gauche, en raison de la plaie qui la complique. Après une fièvre traumatique intense, la suppuration se continue, entretenue par une portion osseuse dénudée frappée de nécrose, mais nullement mobile. Cette suppuration est d'ailleurs peu abondante : elle n'excède pas quelques cuillerées par jour, et n'épuise nullement le malade, dont l'état général est très-satisfaisant.

Au mois de juillet et d'août, deux érysipèles se déclarent successivement autour de la plaie, envahissant toute la jambe. Ils se dissipent, laissant le sujet notablement affaibli.

Le 9 octobre, à la suite d'une exploration avec le stylet, troisième poussée érysipélateuse. Cette fois-ci l'exanthème envahit la totalité du membre, et remonte en arrière jusqu'à la ceinture. Le malade tombe dans l'adynamie, et succombe le 21 octobre avec des phénomènes typhoïdes, seize jours après le début de l'érysipèle. L'urine n'a pas été examinée.

A L'AUTOPSIE, on trouve : 1° *du côté de la jambe gauche*, au niveau de la fracture une esquille nécrosée fortement enclavée dans le cal, et ayant provoqué autour d'elle un travail manifeste d'ostéite.

2° *Des lésions viscérales*: le foie est petit, ridé, flasque, friable: au microscope, on voit qu'il est atteint d'altération graisseuse.

Les reins pâles, anémiés, sont également frappés d'une stéatose commençante. Tous les autres organes sont sains.

RÉFLEXIONS. En l'absence de toute autre cause appréciable, il paraît difficile de ne pas attribuer ici les altérations du foie et des reins à une influence stéatogène de la septicémie. Il s'agirait d'un processus rapide, bien différent de la dégénérescence qui survient lentement dans les suppurations abondantes et prolongées. (On pourrait rapprocher ce fait d'une observation que j'ai présentée l'an dernier à la Société). Est-ce l'érysipèle terminal qui a seul amené cette altération viscérale? Peut-on en faire remonter l'origine aux accidents fébriles du début? S'il en était ainsi, les deux premiers érysipèles auraient confirmé la lésion commençante, et notablement affaibli la force de résistance du malade à une atteinte ultérieure.

Je pose ces questions sans essayer de les résoudre. Il faudrait, pour cela, qu'une étude analogue eût été faite à l'aide de faits nombreux.

M. VERNEUIL. Je ne partage en aucune façon l'opinion émise tout-à-l'heure par M. Després, relativement au pronostic de l'érysipèle traumatique, que je considère, au contraire, comme l'un des fléaux de la chirurgie.

On voit souvent des sujets présentant, à la suite d'un traumatisme, des érysipèles récidivants, tous peu graves en apparence; puis à un moment donné, ces malades qui paraissaient sauvés tombent en langueur et succombent. Or, quelle est, en pareil cas, la cause de la mort ? On invoque l'épuisement des forces, mais c'est là un mot qui n'explique rien. Quand on fait l'autopsie de ces sujets, on constate généralement une dégénérescence graisseuse, quelquefois très-prononcée, du foie et des reins, et pour ma part je n'hésite pas à voir une relation entre l'érysipèle et ces lésions viscérales.

Il est parfaitement admis que la septicémie est un poison stéatogène de la plus grande énergie ; je suis convaincu que l'érysipèle est dans le même cas. Toutes les observations publiées présentent sous ce rapport une lacune ; mais en ce qui me concerne, je n'ai pas encore rencontré d'érysipèle de longue durée, dans lequel ces lésions n'aient existé de la manière la plus manifeste. Il se produit ainsi, sous l'influence de ces poussées d'érysipèle, une sorte de *diathèse artificielle*, et c'est ainsi que je m'explique la gravité des érysipèles récidivants. Les premiers érysipèles peuvent sembler très-bénins, mais en raison des altérations viscérales qu'ils laissent après eux, ils créent chez le malade un état morbide analogue à celui des diabétiques, des albuminuriques, etc.

A propos du malade dont M. Pozzi a présenté l'histoire, je dois faire remarquer que le troisième érysipèle est survenu après une exploration avec le stylet. Bien que, souvent, il soit impossible de découvrir la cause qui a déterminé l'érysipèle, il me paraît absolument indiqué d'éviter en cette circonstance toute irritation.

M. DESPRÉS. La communication de M. Verneuil me paraît être une excellente preuve que l'érysipèle en lui-même n'est pas grave ; car son malade est mort seulement au troisième érysipèle. Ce qui fait la gravité de l'érysipèle, c'est le mauvais état général de l'individu, mais au fond, l'érysipèle est une maladie inflammatoire aussi peu grave que l'est la pneumonie.

M. TH. ANGER. M. Verneuil attribue à l'érysipèle une influence sur la stéatose. Cette relation me semble mal établie, lorsqu'il s'agit d'individus malades depuis longtemps, ayant depuis longtemps un séquestre, une suppuration plus ou moins abondante.

M. VERNEUIL. J'admets parfaitement l'objection, d'autant mieux que, dans certains cas, on peut encore se demander si la lésion du foie et des reins ne préexistait pas à l'érysipèle. Je rappelle, d'autre part, que dans trois cas d'érysipèle, où Frerichs a examiné le foie, il l'a trouvé très-gras.

M. POZZI. Chez le malade qui a été le point de départ de la discussion, on ne trouvait aucune cause, autre que l'érysipèle, pour expliquer l'état du foie et des reins. Il n'y avait pas d'antécédents alcooliques, la constitution était excellente, et quant à la suppuration, elle était très-peu abondante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 7 décembre 1874. — PRÉSIDENCE DE M. L. LE FORT.

M. DU VIVIER : Sous ce titre: *Rapport adressé à M. le Préfet de la Seine sur l'épidémie cholérique qui a sévi à Paris pendant les mois de septembre, octobre et novembre* 1873, M. le Dr J. WORMS vient de publier des tableaux officiels et d'autant plus nécessaires que la question du choléra prend une place importante dans les préoccupations publiques. Est-il besoin en effet de vous rappeler que les maladies les plus formidables ont une sorte de périodicité et reviennent sinon à des intervalles égaux, du moins dans des circonstances analogues? Le choléra asiatique est de ce nombre.

Pour M. J. Worms, il en est du choléra à peu près comme de certaines questions de hautes mathématiques; poser d'une manière précise les termes du problème, les dégager des éléments qui ne lui appartiennent réellement pas, en présenter les faces principales à l'étude et la question semble presque résolue.

Il est prouvé par tous les médecins, qui se sont dévoués pour étudier le choléra indien à sa source, que cette terrible maladie est un véritable empoisonnement. — Le poison insaisissable qui l'occasionne est-il tenu en suspension dans l'air ou dans les eaux, pénètre-t-il dans l'organisme par les voies respiratoires ou par les voies digestives? On l'ignore, bien que les troubles intestinaux, par lesquels la maladie débute, rendent plus probable la seconde hypothèse. Mais quels sont ces dérangements? Ce point est si important dans les débats de nos jours, qu'il est nécessaire d'en indiquer les principaux caractères.

Tous les individus atteints de diarrhées riziformes qui présentent à l'analyse chimique une grande proportion de chlorures alcalins sont sous l'influence de manifestations premières qui rendent l'évolution chronique inévitable. — Les adversaires de l'école anglaise ne peuvent se dissimuler que cette affirmation soit un débat en règle, mais la démonstration d'une période prémonitoire comme principe des symptômes caractéristiques du choléra est irréfutable.

Il y a là une révélation, mais l'erreur ne serait-elle pas grande si l'on voulait nier que des gens, en apparence bien portants, eussent été pris du choléra sans autres préliminaires que la maladie elle-même? Oui certes, et tout doute cessera pour le médecin qui se sera assuré que le plus puissant auxiliaire du choléra est : la peur.

Nous pouvons reconnaitre facilement le choléra indien à ses signes visibles : déjections alvines, vomissements, albuminurie, suppression des urines, anxiété précordiale, crampes violentes, face grippée, excavation des yeux, teinte cyanosée de la peau, sueur visqueuse, algidité qui se communique jusqu'à la langue, et même à l'haleine, soif inextinguible, extinction de la voix, suppression du pouls, mais l'essence intime comment la connaître?

Gardons-nous de l'erreur vulgaire, qui ne voyant dans le choléra asiatique que ces trois formes: la sidérale, la tétanique, l'algide, le considère comme une maladie incurable. N'oublions pas toutefois de signaler comme se rattachant aux affections secondaires toutes les complications qui ne constituent pas des formes symptomatiques: elles ont été indiquées de tout temps et dans toutes les régions qu'a parcourues le choléra. C'est au milieu ou à la fin de la seconde période, quelquefois au début de la convalescence, qu'on les voit se manifester sous les types les plus variés. L'influence des pays chauds leur donne un caractère particulier, mais les physiciens, les chimistes, les météorologistes, les micrographes ne sont pas encore parvenus à nous fixer relativement à ce produit putrescible des corps organisés, qui se propage d'une manière si funeste, non plus que sur la présence des microzoaires dus au choléra indien.

C'est ici surtout que l'étude raisonnée des statistiques doit démontrer que le choléra n'est pas une maladie incurable. Cette opinion germe dans les faits, elle a ses racines dans la nature même de cette maladie.

Sans s'arrêter à discuter ces questions du plus haut intérêt nous admettons que les individus une fois atteints par le choléra deviennent des foyers d'infection pour tous ceux chez lesquels existe déjà une prédisposition particulière.

Cette question qui exige le secours de l'analyse mathématique, je la trouve traitée avec beaucoup de soin dans les *Annales d'Hygiène publique*, par M. Trébuchet (1).

Je me hâte de dire que M. J. Worms n'appartient pas à l'école des anticontagionistes. Il rejette donc les conclusions suivantes : 1° La contagion à distance et l'existence d'un principe contagieux volatil, n'ont été démontrés dans aucune maladie. — 2° Le choléra, comme toutes les épidémies, marche toujours, quoi qu'on fasse, de la même manière : c'est-à-dire, qu'il commence, acquiert le plus haut degré d'intensité, puis diminue et disparait. — 3° Toutes les entraves mises à sa marche n'ont jamais arrêté son extension. — 4° Il y a des localités qui, toutes exposées qu'elles sont à l'importation, ne sont pas envahies. — 5° Il n'y a aucune corrélation entre l'invasion de l'épidémie et des rapprochements avec les cholériques. — 6° Dans l'immense majorité des cas, les personnes soignant les malades atteints du choléra sont restées indemnes. — 7° Le prétendu germe du choléra par les vêtements, n'est, comme son existence, qu'une pure induction de l'imagination, etc.

C'est ainsi que nous nous trouvons en présence, non d'une brochure de circonstance, mais bien d'une savante et consciencieuse étude en deux parties : l'une est consacrée aux aperçus purement historiques qui fournissent le moyen d'établir l'étiologie du choléra; l'autre est remplie par des tableaux récapitulatifs des décès par arrondissement, par âge, par profession.

(1) *Annales d'Hygiène publique*. t. XIII, p. 35), etc.....

Les épidémies de choléra qui ont paru en France de 1832 à 1873 prêtent un intérêt tout particulier à ces tableaux. Nous ne pouvons donner tous les chiffres énoncés par M. J. Worms; ils sont trop nombreux, mais le résultat général seul nous importe.

Si donc nous passons à l'examen de l'état sanitaire des localités envahies avant l'invasion de l'épidémie en 1873, tout nous conduit à admettre que la propagation du choléra s'est faite de proche en proche pendant les mois de septembre, octobre, novembre, dans les vingt arrondissements de Paris. Aussi d'après l'examen précis des rues et des maisons qui, dans chaque arrondissement ont été le plus sérieusement atteintes, M. J. Worms se croit-il en droit de tirer des conclusions qui concordent complètement avec les données fournies par l'observation, touchant la transmissibilité du choléra asiatique.

Si l'on consulte les ouvrages les mieux faits et les plus récents, soit : le rapport de la Conférence internationale, ou celui de la Commission nommée par l'Académie de Médecine pour étudier les épidémies de choléra qui ont paru en France de 1832 à 1866, on y trouvera en substance, les indications suivantes sur l'importation du choléra :

« Une épidémie n'apparaît pas simultanément dans plusieurs des localités d'une même circonscription territoriale, » mais débute par une seule de ces localités. Il en est de même en général pour les grandes villes, où l'épidémie ne se » manifeste pas tout d'abord sur plusieurs points à la fois, » mais éclate d'ordinaire par une série de cas dans un même » quartier, parfois une même maison, avant de se montrer » dans d'autres parties de la ville. »

La France en est à sa septième épidémie. Il ne dépendra pas de quelques dogmatistes idéalistes d'empêcher que par l'intermédiaire des armées, des caravanes, des pèlerins arrivant de la Mecque, et leur transport successif à de grandes distances, l'épidémie cholérique de 1873 ne soit pas la dernière (1).

Les calculs de M. J. Worms et la conséquence qu'il croit en pouvoir tirer, doivent alors vivement frapper, on le conçoit, les médecins qui admettent que dans les maladies épidémiques en général, la plupart des personnes qui se mettent dans des conditions de nature à les contracter en seront atteintes.

Ceux qui nient la transmissibilité du choléra et la durée de son incubation n'ont, selon nous, qu'un moyen d'établir leur théorie d'une manière irrécusable sur la cause généralisée du choléra indien. C'est d'aller s'éclairer au foyer central de cette épidémie. Ils pourront ainsi se convaincre que le choléra importé par les pèlerins, trouve en Egypte un milieu tout-à-fait favorable à son développement et qu'il prend des proportions formidables sous l'influence de causes générales et locales. C'est ce que le rapporteur de ce travail a voulu démontrer dans une étude publiée en 1866 (2).

En résumé, d'après les médecins contagionistes, les causes qui doivent faciliter la transmissibilité du choléra sont : l'élévation de la température, l'épuisement par une constitution détériorée, l'intensité de la maladie, le nombre des sujets atteints dans un lieu circonscrit, l'insuffisance de l'aération, le voisinage des eaux croupissantes, les exhalaisons qui se dégagent des matières excrémentielles des personnes infectées, etc.

Il est hors de doute que les eaux de rivière ou de puits rendues insalubres par les égouts qui viennent y déverser, les eaux industrielles et ménagères sont impropres à l'alimentation. En aval des grandes villes, les eaux de rivière sont des véhicules de maladie et de mort.— C'est bien pis encore pour les rivières d'un faible débit qui traversent les villes manufacturières: on peut en nommer qui sont devenues un fléau public.

Les auteurs anglais ont attaché une grande importance aux effets cholériques de l'eau des puits, aussi l'Angleterre fait-elle de grands efforts pour perfectionner sa législation sanitaire.

(1) *Les trois Fléaux*, par P. Foissac, Paris, 1865.
(2) *Egypte et choléra*, par le Dr E. Du Vivier, Paris, 1866.

Les innombrables tentatives entreprises par nos voisins d'outre-Manche ont surtout mis en lumière l'étroite corrélation qui existe entre le problème de la désinfection des rivières et celui de l'utilisation des engrais que les cours d'eaux entraînent en pure perte à la mer.

On comprend que ce sont là les deux termes d'un seul et même problème qui mérite d'être étudié par nos Conseils d'hygiène et par nos agriculteurs. La conclusion qui s'en dégage c'est d'une part que les causes d'insalubrité qui résultent de la concentration des populations dans les villes et la multiplication des fabriques sont plus graves qu'on ne le soupçonnait autrefois, et de l'autre qu'il est possible d'y remédier d'une manière efficace.

Après avoir constaté que de toutes les épidémies de choléra qui ont sévi à Paris, celle de 1873 a exercé les moindres ravages, M. J. Worms est donc naturellement amené dans la question présente à cette déclaration :

« L'assainissement de la ville par le fait des grandes voies » qui la traversent de tous les côtés, et par l'amélioration » apportée à l'écoulement des matières impures, l'application » miuutieuse des prescriptions établies par le Conseil d'hy- » giène et de salubrité, les perquisitions faites par la Commis- » sion des logements insalubres, ont certainemeut une graude » part dans la bénignité relative de la dernière épidémie. »

Je ue sais si M. J. Worms a eu raison de préférer la forme des tableaux statistiques pour l'exposition d'une maladie qui n'a que des doutes à proposer et qui évite toute conclusion sur le traitement. Mais n'est-ce donc rien d'avoir prouvé que l'argent qu'on dépense en travaux d'assainissement, on le retrouve au centuple (dans les villes soumises à l'influence cholérique) sur la diminution de la mortalité. Or, c'est là, ce nous semble, la réponse de M. J. Worms aux objections d'une économie mal comprise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *mars* 1875. — PRÉSIDENCE DE M. L. LE FORT.

M. CHASSAGNY fait une communication sur le cathétérisme de l'œsophage. Il a été amené par l'observation des faits à renoncer aux olives cylindriques pour les remplacer par des olives aplaties. Il lui a été possible ainsi d'introduire dans ce conduit des olives aplaties ayant uu tiers de circonférence en plus que la dernière olive cylindrique qui avait pu passer.

M. PAMARD (d'Avignon) a enlevé un polype naso-pharyngien récidivé quatre mois après la première opération. Depuis deux ans que l'opération a été pratiquée, rieu ue s'est reproduit ; bien plus, le jeune malade, jusque-là souffreteux et malingre, a pris du développement et présente actuellement les apparences d'une bonne sauté. Mais, chose remarquable, comme suite de l'opération, c'est que certaines parties du maxillaire supérieur, entr'autres la voûte palatine, qui avaient été extirpées et qui s'étaient ensuite reproduites, ont disparu actuellemeut.

M. TRÉLAT est d'avis qu'on a été trompé par les apparences; que des brides fibreuses très-résistantes ont fait croire à la présence d'un os uouveau.

M. VERNEUIL pense, au contraire, que l'os régéuéré par le périoste a pu disparaitre ainsi que cela a été observé dans plusieurs expériences physiologiques.

M. TRÉLAT croit qu'ici l'erreur était d'autant plus possible que l'observation portait sur la voûte palatine ; et qu'il est arrivé à bien des chirurgiens de s'y tromper.

M. VERNEUIL. L'oblitération de l'extrémité postérieure de l'urèthre, a été signalée comme complication de la fistule vésico-vaginale. Mais il peut se présenter des cas où elle u'est qu'apparente ainsi que cela s'est moutré à lui deux fois. Chez une femme atteinte de fistule vésico-vagiuale, le cathétérisme avec la sonde de femme ordiuaire est teuté vainemeut à diverses reprises. M. Verneuil introduit alors dans l'urèthre une bougie en gomme, et la bougie pénètre ; mais le doigt qu'il avait porté dans la vessie par la fistule, lui montre que la sonde sort coudée à angle droit ; un éperon obstruait l'orifice uréthral. Chez une seconde femme, c'est la déviation du canal de l'urèthre qui lui avait fait obstacle.

— Une courte discussion s'engage entre MM. Verneuil, Depaul, Le Fort et Guyon ; il en résulte que les oblitérations de l'extrémité postérieure du canal de l'urèthre ne sout pas très-rares dans le cas de fistule vésico-vaginale, et qu'elles se reconnaissent bien nettement. I. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'angine diphthérique par les balsamiques.

I. M. Trideau d'Andouillé (Mayenne) se fondant sur la nature catarrhale de l'angiue couenneuse, a eu, il y a dix ans environ, l'idée d'employer contre cette redoutable affection le copahu et le cubèbe. Dans un pays où ont régné successivement plusieurs épidémies de diphthérie, où le fléau existe actuellement à l'état endémique, M. Trideau était fort bien placé pour observer le mal et employer sa méthode. Il a commuuiqué le résultat de sa pratique à l'Académie des Sciences le 9 février 1863, à l'Académie de Médecine le 10 octobre 1865 et, dans une brochure publiée à la fin de la même année (1869). En 1866, une demande adressée au Ministre pour être délégué comme médeciu d'une épidémie d'angine diphthérique resta sans réponse. N'ayant trouvé d'écho ni au sein des académies, ni au Miuistère, le docteur Trideau s'est alors décidé, malgré le proverbe, à frapper à la porte du Conseil général de son département. Cette Assemblée qui compte dans son sein des médecins, connaissant parfaitement les faits cités dans le mémoire de leur coufrère eu a voté l'impression et a décerné une médaille d'or à l'auteur (1).

Le travail de M. Trideau contient le résumé de ses observations personuelles, des lettres et observations de médecins de Paris, de la Mayenne et de l'Orne. Nous citerons entre autres le professeur Trousseau, les docteurs Bergeron, Archambault, Constautin Paul, les docteurs Garreau et Courcelle, de Laval, Louvel, de Flers, Damoiseau, président de la Société médicale de l'Orne. Ces observations ont mis en usage le copahu, le cubèbe, l'extrait oléo-résineux de cubèbe, le saccharure de cubèbe. M. Trideau fait remarquer que c'est avec de la poudre fraiche de cubèbe (de 8 gr. à 20 et même 30 suivant l'âge) qu'ont été obtenus les résultats qu'il cite à l'appui de sa méthode.

II. La question dont il s'agit est toute de faits et d'observation. M. Trideau a-t-il bien vu ? Voilà le seul point en discussion et c'est précisémeut ce que paraît devoir lui contester M. Bastiou, auteur d'une thèse récente sur ce sujet et ancien externe de M. Bergeron à l'hôpital Sainte-Eugénie (2).

Daus la première partie de sou étude, l'auteur passe en revue les divers traitements employés contre l'angine diphthérique et insiste surtout sur la médication balsamique qu'il prétend n'être pas plus efficace que les autres. Enumérons les critiques qu'il adressc au médecin de la Mayenne : Les observations de M. Trideau ne sont pas détaillées et manquent de précision et pourtant Trousseau prétend qu'on ne peut souvent préciser le diagnostic que par les dangereuses tendances l'angine diphthérique à se propager des tonsilles aux parois du pharyux et aux canaux de la respiration. — On a remarqué souvent dans les épidémies la concomitance de l'angine diphthérique et de l'angine couenneuse. Mais eu supposant le diaguostic admis, les épidémies ne sont pas toutes égalemeut meurtrières. Du reste, en temps d'épidémie, les angines ne sout pas toutes de uature diphthérique.

M. Tridcau dit que lorsqu'on traite la maladie pendant la première et la seconde périodes du mal, la médication balsamique a constamment amené une prompte guérisou. Mais, dit M. Bastiou, la nature du mal n'est pas démoutrée à ce moment, c'est-à-dire qu'il faudra que le malade ait des fausses membranes jusque dans les canaux bronchiques pour qu'on puisse établir sùremeut le diagnostic et apprécier la médicatiou balsamique. — En supposant toutefois que M. Trideau ait rai-

(1) *Traitement de la diphthérie du pharynx par les balsamiques.*

(2) *Quelques réflexions sur le traitement de la diphthérie en général et de l'emploi des balsamiques en particulier.* J.-B. Baillière, éditeur.

son jusques-là on lui objecte encore qu'il n'est pas sûr que les enfants aient pris le remède.

Enfin M. Bastiou arrive au fait. Le copahu et le cubèbe ont été essayés par les médecins des hôpitaux de Paris et il affirme, dit-il, *sans crainte d'être démenti*, qu'il n'en est pas un qui y ait réellement confiance à commencer par son maître M. Bergeron. C'est pourtant sous le même chef que M. Moreau, interne écrivait en 1870, une thèse dont voici les conclusions : 1° l'angine diphthérique guérit très-bien par l'emploi du cubèbe ; 2 le cubèbe agit efficacement dans le croup ; on donnera ce médicament le plus près possible du début de la maladie, dans le cours de la première période. — Je ne me permettrai point, dit M. Bastiou, de discuter les observatious prises sous la dictée de M. Bergeron ; mais quoi de plus étrange que les moyennes des statistiques et il termine par le cri désespéré de son maître: notre unique espoir est daus l'isolement.

Tel est le moyen prophylactique qu'il recommande dans la seconde partie de sa thèse, moyen depuis longtemps admis par M. Trideau et par tout le monde. Il en est de même du traitement général qui consiste dans l'emploi des toniques. Enfin la conclusion de M. Bastiou c'est que, lorsque les médecins de la Mayenne ont réussi, le mal était épuisé.

III. On voit par cette analyse qu'aucune objection n'a été ménagée à M. Trideau. Disons tout d'abord que nous n'accordons pas au travail de notre honorable confrère un éloge sans réserve. Ses notes ainsi que celles de beaucoup de médecins qui lui ont écrit ne sont pas, en effet, marquées au coin d'une observation très-rigoureuse. Nous n'admettons pas non plus la conclusion du chapitre dans lequel il traite des sympathies de la gorge et des organes génitaux et qui sont ainsi conçus : 1° La gorge est le *satellite* des organes génitaux ; — 2° La médication qui guérit la blennorrhagie, affection catarrhale de l'urèthre, guérit pareillement la diphthérie, affection catarrhale de la gorge. Tout au plus pourrait-on comparer les angines simples, à la blennorrhagie, mais on n'a pas encore observé, que nous sachions, de diphthérie du canal de l'urèthre.

Voyons maintenant quelle importance on doit accorder aux objections de M. Bastiou. La principale consiste à dire ceci : Taut que la maladie n'a pas gagné les canaux aériens, rien ne prouve qu'elle se serait étendue jusque-là. A cela rien à répondre. C'est comme si l'on attendait qu'un malade fut atteint du 3e ou 4e accès de fièvre pernicieuse pour lui administrer du quinquina. M. Bastiou paraît douter des diagnostics de M. Trideau. Ceux de Trousseau, de Bergeron, de Constantin Paul inspireront sans doute plus de confiance à notre jeune confrère.

Il est vrai, qu'en temps d'épidémie, il existe des angines couenneuses en même temps que des angines diphthériques. Nous-mêmes nous l'avous pu constater. — Mais il serait vraiment bien extraordinaire que M. Trideau et les médecins de la Mayenne n'aient eu affaire, dans ces épidémies, qu'à des angines couenneuses simples.

Quant à cette affirmation de M. Bastiou qu'aucun médecin des hôpitaux de Paris n'a réellement confiance dans la médication balsamique, M. Trideau peut répondre par les observations qu'il cite dans son travail; — c'est Trousseau qui, daus sa *Clinique médicale* parle, « d'une dame dont la petite fille soignée par l'homœopathie venait de succomber au croup, qui eut indépendamment d'une diphthérie pharyngienne, un commencement de coryza couenneux et qui guérit en 5 jours par le poivre cubèbe de toutes ses manifestations diphthériques. C'est M. Bergeron (1) lui-même, le maître de M. Bastiou, qui vient porter à la connaissance de la Société médicale des hôpitaux de Paris une guérison chez un enfant atteint de croup et qui cite, d'après le docteur Brochin, le cas de deux enfants de la même famille atteints de diphthérie laryngienne dont l'un a refusé le traitement et a succombé, taudis que l'autre qui avait consenti à prendre le médicament a guéri. M. Constantiu Paul (2) cite tout au loug une observatiou d'angine couenneuse guérie par le cubèbe qui doit satisfaire les exigences de M. Bastiou. Nous pourrions citer beaucoup d'autres observations qu'on trouvera daus le mémoire de M. Trideau.

Nous rapporterons nous-même à l'appui des assertions de M. Trideau trois observations d'angine couenneuse que nous avons traitées avec succès par le cubèbe. La troisième surtout est assez remarquable.

Observation. Il s'agit d'un prêtre, âgé de 68 ans, d'une bonne santé habituelle et qui fut atteint par le mal d'une manière insidieuse au point qu'il se sentait à peine souffrant, à part l'abattement et qu'il ne me fit demander que par ce qu'il apprit que j'étais dans le voisinage.

Le 6 janvier dernier, à ma première visite j'examinai la gorge. Je trouvai sur l'amygdale gauche une ulcération de la largeur d'une pièce de 1 fr. et recouverte d'une fausse membrane très-adhérente. — Il y en avait également une moins éteudue sur le côté droit. — Avec cela, engorgement ganglionnaire de la grosseur d'une noix. Pouls à 80 pulsations. — Etat saburral de la langue. — Et comme symptôme prédominant, abattement considérable dénotant qu'il s'agissait bien là d'une affection générale.

J'ordonnai un vomitif, — un gargarisme au chlorate de potasse et enfin une potion au cubèbe ainsi composé :

Eau	100 grammes
Cubèbe en poudre fraîche	20 —
Eau de menthe	20 —
Sirop de fleurs d'orange	30 —

Le 7 janvier, les fausses membranes qui, la veille, étaient d'un blanc sale, étaient devenues jaunâtres, beaucoup moins adhérentes et racornies, comme *tannées* ainsi que l'a fort bien dit le docteur Damoiseau dans une de ses observations. — J'ordonnai de continuer la potion au cubèbe et le gargarisme. — J'enlevai, avec un pinceau, une grande partie des fausses membranes. — Enfin, le quatrième jour, j'enlevai le reste. J'eus soin de faire continuer l'usage de la potion pendant deux jours, et depuis, la guérison s'est maintenue tout en laissant après elle, pendant trois semaines, un état de faiblesse que j'ai combattu par les toniques.

Nos deux autres observations sont analogues. Notre excellent maître, M. Moutard-Martin, à qui nous parlious l'an dernier de cette médication, nous dit que c'étaient les balsamiques qui lui avaient donné le plus de succès, — qu'il ne cautérisait plus et qu'à tous les diphthériques il ordonnait le cubèbe comme traitement général et, comme applications locales, du jus de citron.

La *Tribune médicale* dans son numéro du 28 février dernier consacre un article à la médication balsamique et elle conseille fortement aux médecins de l'expérimenter.

C'est aussi ce que nous nous bornerons à faire aujourd'hui, en attendant que des faits assez nombreux venant de tous les points permettent de juger définitivement la méthode.— Mais quand plusieurs médecins, observant dans la même contrée, sont unanimes à reconnaître l'effet bienfaisant de la médication, nous avous quelque droit de nous étonner qu'aucune société savante n'ait cru devoir ouvrir une enquête. La question en vaut la peine. Nous sommes trop désarmés contre un mal aussi terrible pour dédaigner un remède, d'ailleurs inoffensif, et qui promet d'être utile, sinon contre le croup, au moins contre l'angine diphthérique.

Que tous nos confrères se mettent donc à l'œuvre, qu'ils fassent connaître le résultat de leur pratique afin que lorsque nous serons en possession d'un très-grand nombre de faits bien observés nous puissions décider si oui ou non M. Trideau a mis entre nos mains une arme sûre qui puisse nous laisser sans inquiétude. Dr G. Bouteillier.

BIBLIOGRAPHIE.

Le chloroforme dans la chirurgie des enfants, par le Dr Bergeron. Paris, Ad. Delahaye.

Les principales conclusions auxquelles est arrivé l'auteur sont les suivantes : 1° Le chloroforme chez l'enfant est doué d'une innocuité presque absolue; 2° Cette innocuité est due à la nature même des phénomènes fonctionnels que l'enfant doit accomplir, et principalement à ce que celui-ci n'a pas encore conquis l'âge de raison, n'a aucune émotion morale à ressentir, n'éprouve aucune appréhension des dangers auxquels il peut être exposé, et se trouve de la sorte à l'abri de l'apnée que déterminent une grande terreur, une émotion extrême dont l'auteur est arrivé à faire, par voie d'exclusion, la cause la

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. Tome 5. 2e série 1868.

(2) *Bulletin et mémoire de la Société de thérapeutique*, 1re série. Tome 2. 1868.

plus importante de morts survenues subitement pendant l'administration du chloroforme; 3o Le chloroforme peut être administré à l'enfant dès les premiers jours de sa naissance.

M. Bergeron a bien étudié dans son travail les phénomènes physiologiques qui accompagnent l'anesthésie. Après avoir comparé le chloroforme et l'éther, il rejette l'usage de ce dernier qui, outre qu'il doit être employé en grande quantité, n'amène qu'une anesthésie souvent incomplète, insuffisante, toujours courte; avec l'éther on n'obtient que très-difficilement l'abolition des mouvements volontaires. L'auteur a confirmé de tous points, cliniquement et expérimentalement les recherches récentes de MM. Budin et Coyne. Il ajoute que, tout récemment, dans une opération d'ovariotomie pratiquée par M. Gosselin, il a maintenu pendant plus d'une heure et demie la malade dans le sommeil anesthésique sans qu'aucun accident soit survenu, en se basant uniquement sur l'état de la pupille pour interrompre ou reprendre les inhalations chloroformiques.

Il a constaté aussi que les vomissements déterminent brusquement le retour de la sensibilité et s'accompagnent de la dilatation pupillaire. Ce n'est pas, dit-il, de l'apomorphine comme l'a fait M. Budin, mais de l'émétine que j'ai injecté aux chiens en expérience. Les effets de l'anesthésie sont annihilés en partie par les vomissements. C'est dans le service et dans le laboratoire de M. Gosselin que M. A. Bergeron a fait ses recherches: elles viennent ajouter ou confirmer quelques points nouveaux dans l'étude si discutée en ce moment des anesthésiques.

VARIA.

Fédération des Sociétés Savantes de Paris.

STATUTS. — *Avant-projet.* Il est établi une fédération entre les Sociétés Médicales d'arrondissement de Paris, qui ont adhéré ou qui adhéreront ultérieurement aux présents statuts. Cette fédération à pour but de leur permettre de se concerter pour une entente commune sur toutes les questions scientifiques ou professionnelles qui peuvent les intéresser.

La fédération est représentée par le congrès de toutes les Sociétés qui en font partie et par un conseil central. Le congrès est l'assemblée de tous les membres des Sociétés confédérées convoquées pour délibérer sur un sujet déterminé. Le congrès se réunit, quand il y a lieu, sur convocation du Conseil Central.

Le Conseil central se compose de trois membres désignés à cet effet par chacune des Sociétés confédérées : chaque société pouvant procéder à cette désignation, suivant la forme qu'elle détermine elle-même. Le Conseil est administré par un Bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire-archiviste et d'un trésorier. Les membres du Bureau sont élus par le Conseil. Leurs fonctions durent. . . ans; ils sont rééligibles. Le Conseil central se réunit au moins quatre fois par an, et plus souvent s'il y a lieu. Il décide, soit sur sa propre initiative, soit sur la demande qui lui en est adressée par délibération d'une des Sociétés confédérées, s'il y a lieu de convoquer tous les membres de ces Sociétés en Assemblée Générale pour former un Congrès. Il dresse le programme des questions qui seront discutées dans chaque session du Congrès.

Le congrès est dirigé par le Bureau du Conseil Central auquel sont adjoints pour chaque session suivant sa longueur présumée, un ou deux vice-présidents, et deux ou quatre secrétaires des séances, qui peuvent être choisis en dehors des membres composant le Conseil Central. Le Conseil central prononce l'agrégation des Sociétés qui en font la demande.

Les ressources du Conseil central se composent d'une cotisation versée par chaque société confédérée. Cette cotisation est de un franc par chaque membre faisant partie de la Société. Il doit avec ces ressources pourvoir à toutes les dépenses résultant des réunions des Congrès, circulaires, lettres de convocations, location de salle, éclairage, administration, etc. Les membres du Conseil central ont le droit d'assister aux séances de toutes les Sociétés confédérées et de prendre part à toute les discussions avec voix délibérative, sauf lorsqu'il sagit de questions d'administration intérieure ou d'élections. Le Conseil central fait lui-même son réglement intérieur.

Inhumations précipitées.

L'ancien ministre de l'intérieur a adressé la circulaire suivante aux préfets :

Monsieur le préfet,

Le ministère de l'intérieur a eu l'occasion, plusieurs fois déjà, et notamment en 1863, à la suite d'un renvoi de pétitions ordonné par le Sénat, d'appeler l'attention des autorités départementales sur les dangers résultant des inhumations précipitées et sur l'obligation qui s'impose conséquemment aux municipalités de se conformer strictement aux prescriptions de la loi relative à la constatation des décès.

La sollicitude de l'administration vient d'être éveillée de nouveau à ce sujet par la communication d'un rapport fait à l'Académie de médecine sur un concours ayant pour objet la *Constatation de la mort réelle.*

Après avoir passé en revue les symptômes indiqués par les concurrents comme devant fournir la certitude du décès, et tout en proclamant la valeur scientifique de plusieurs des moyens de vérification proposés, l'Académie de médecine a dû reconnaître, non sans regret, que malheureusement la plupart de ces procédés ne sauraient être applicables à la pratique journalière de la constatation des décès. Aussi a-t-elle cru devoir, en terminant, émettre le vœu que l'administration veille, du moins en tant qu'il dépend d'elle, à ce que la loi qui régit la matière reçoive une plus exacte exécution.

Les discussions qui ont eu lieu à ce sujet au Sénat, en 1863, ont démontré en effet, dit le rapport, que sur trente et quelques milles communes de France, il en est peut-être vingt-cinq mille dans lesquelles la constatation des décès n'est pas opérée par suite du manque de pénalité et de contrôle. Mais s'il n'existe point de pénalité dans l'espèce, ajoute l'Académie, il serait possible du moins d'établir un contrôle, en imposant au maires l'obligation d'adresser périodiquement aux sous-préfets, pour être transmis par ceux-ci à la commission d'hygiène de l'arrondissement, un état mensuel très-simple des individus décédés, en annexant audit état tous les certificats des médecins qui auraient constaté les décès : et par là se trouverait acquise la certitude que la loi a été observée.

En présence du grave intérêt qui s'attache à cette question, l'administration ne peut que s'efforcer de seconder, par tous les moyens dont elle dispose, les désirs exprimés par l'Académie de médecine. Je vous invite, en conséquence, à adresser à MM. les maires, par la voie du *Recueil administratif*, des instructions conformes aux indications qui précédent, en en recommandant la scrupuleuse observation à toute leur sollicitude.

Recevez, etc. Le ministre de l'intérieur, DE CHABAUD-LATOUR.

Prix des Sociétés savantes.

PRIX. — *Programme des questions mises au concours par l'Académie royale de médecine de Belgique.* — 1873-1875. « Quelle est, au point de vue de l'hygiène, l'influence de l'instruction primaire en Belgique sur le développement des facultés physiques et intellectuelles? Quelles sont les améliorations à apporter à l'organisation actuelle? *Médaille de 2,000 francs.* — *Clôture du concours : 1er avril 1875.*

1875-1877. « Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation? » La réponse doit être basée sur de nouvelles expériences et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations. *Médaille de 1000 francs.* — *Clôture du concours: 1er mars 1877.*

L'académie se réserve, en outre, de décerner, chaque année, deux médailles de 300 francs chacune aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales, qu'elle jugera dignes de ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur. La forme usitée pour les concours n'est point requise dans la présentation de ces mémoires.

Conditions du concours. — Les mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir; ils devront être adressés, *francs de port,* au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles. Les planches jointes aux mémoires, doivent être également manuscrites. L'Académie, exigeant la plus grande exactitude dans les citations, demande aux auteurs d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citeront. Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront sur un pli cacheté renfermant leur nom et leur adresse. Les billets attachés aux écrits non couronnés ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient déjà été publiés ou présentés à un autre corps savant et ceux qui parviendraient au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir. Les manuscrits des mémoires jugés par la Compagnie deviennent sa propriété, ils sont déposés dans ses archives; toutefois les auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au Secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrents : 1e Que ses membres honoraires ou titulaires ne peuvent point prendre part aux concours; 2e Que les auteurs des mémoires dont elle aura ordonné l'impression en totalité ou par extraits, auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur est laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. *Association contre l'abus des boissons alcooliques.* Cette Société vient d'arrêter les sujets qu'elle se propose de décerner en 1876, 1877 et 1878; en voici le programme :

Prix à décerner en 1876. 1re Question. — Montrer, par des recherches statistiques assez limitées pour que les éléments en puissent être exactement recueillis et facilement coordonnés, circonscrites à un canton, par exemple, et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

2e *Question.* — Etude comparée des législations relatives aux débits des

boissons [illegible] États de l'Europe [illegible] données sur les [illegible] dans la législation [illegible] au point [illegible] la suppression de l'abus des boissons alcooliques.

3e *Question*. — [illegible] les [illegible] de consommation qui existent en France [illegible] les causes [illegible] l'extension [illegible] qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

[illegible] *Question*. — [illegible] l'étude de l'observation clinique et de l'expérimentation [illegible] de Bagnères [illegible]

Pour chacune des quatre questions le prix sera de [illegible] fr.

Prix [illegible] 1877 [illegible] — [illegible] chez les [illegible] Paris [illegible] qui [illegible] livrés au [illegible] Le prix sera de [illegible]

[illegible] *Question*. — [illegible] par l'examen des [illegible] maréchaux [illegible] de la distillation [illegible] mélangés avec des [illegible] Le prix sera de [illegible]

Prix [illegible] 1877 [illegible] l'étude de l'observation clinique et de l'expérimentation [illegible] sur l'organisme [illegible] eaux-de-vie [illegible] relevé [illegible] et les eaux-de-vie [illegible] Le prix sera de [illegible]

[illegible] — Les mémoires [illegible] pli cacheté [illegible] seront [illegible] adressés à M. le Dr Lux [illegible] rue de l'Université, 6, à Paris : pour les prix de 1876, avant le 1er janvier de la même année, et pour ceux de 1877 et 1878 avant le 1er janvier des mêmes années.

Société française de tempérance. — Cette Société a tenu sa séance [illegible] le 21 mars sous la présidence de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Après [illegible] le rapport sur la situation [illegible] par M. Lunier [illegible] MM. de Rostan [illegible] la Société a décerné : un [illegible] à M. Léon [illegible] de Saint-Flour (Cantal), des médailles d'argent à MM. les Drs Léon Thoment, [illegible] Chartres, de [illegible] Camille Roque, médecin-major de [illegible] auteur de [illegible] *Le Tempérant*. MM. [illegible] Estrau [illegible] Jean et Jacques [illegible] des asiles de Charenton, Avignon, Blois et [illegible] l'Émulation chrétienne de Rouen, [illegible] personnel de surveillance [illegible] MM. Bussard (Antoine), [illegible] aux mines d'Anzin [illegible], des Houillères de Saint-Chamond, Breton [illegible] de la maison Chaix, [illegible] (Charles), brigadier de la Compagnie des [illegible] de Paris, Zou [illegible] (Charles), contrôleur de la [illegible] Auguste, de la manufacture d'armes [illegible] de l'Hôtel-Dieu de Nantes. La Société a [illegible] 192 médailles de [illegible] livrets de caisse [illegible] francs. Le nombre des candidats [illegible]

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Hardy. Consultation le jeudi. Examen chirurgical le vendredi. — Salle Saint-Jean (F.) : 2, fièvre synoque, herpès labialis, 3, impétigo de la face; 14, prurigo; 36, syphilide tuberculo-ulcéreuse (très-améliorée sous l'influence d'un érysipèle). — Salle Saint-Jean (H.) : 20, tumeur cérébrale d'origine syphilitique: 30, pemphigus bulleux, 39, ecthyma syphilitique, 42, syphilide pustulo-crustacée; [illegible] du cuir chevelu.

Service de M. Hillairet. Consultations le mardi. Examen clinique le [illegible] et le jeudi. — Salle Saint-Louis (H.) : 14, érythème papuleux et [illegible] de la face: 16, zona du tronc; 18, zona ophthalmique: [illegible] — Salle Henri IV (F.) : 7, lupus de la face; 27, purpura simplex: 33, syphilis, [illegible] plaques muqueuses végétantes de la vulve: 51, lupus érythémateux.

— M. E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les *Maladies de la peau* à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 6 avril 1875, à 8 heures et demie du matin et les continuera les lundis et mardis suivants, à la même heure: les [illegible] habituelles du lundi resteront consacrées aux *Maladies* [illegible]

[illegible] — Service de M. Cruveilhier. Consultations les mardis, [illegible] et samedis. Opérations tous les vendredis. — Salle Sainte-Marthe (H.) : [illegible] kyste de l'épididyme: 10, résection du poignet, hémorrhagie [illegible] ligature de l'humérale, 16, kyste de l'épididyme, 17, tumeur [illegible] de l'avant-bras. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 12, hernie étranglée opérée: 43, [illegible] 51, tumeur de la cuisse.

Hôpital [illegible] rue de Sèvres. — Service de M. Terrier. Salle [illegible] : 5, exstrophie de la vessie: 17, lymphadénome du cou avec généralisation du côté de la poitrine et de l'abdomen; 20, gangrène multiple, diabète; 23 [illegible] 29, phlegmon de la paroi thoracique.

Service de M. Damaschino. Salle Sainte-Anne (H.) : 3, 4, affection mitrale, 6, emphysème pulmonaire, [illegible] 12, [illegible] 16, [illegible] 23, [illegible] kyste du foie; 29, rhumatisme articulaire aigu [illegible] — Salle Saint-François (F.) : 1, névralgie, [illegible] 4, [illegible] granuleuse du col, 4, tumeur cérébrale; 12, mal de Pott; 16, cancer de l'intestin; 29, pneumothorax.

Service de M. Audhoui. Salle Saint-Joseph (F.) : 9, péritonite tuberculeuse, 11, cancer de l'estomac, 27, rhumatisme articulaire aigu; 29, chorée. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 6, 9 et 12, rhumatismes articulaires aigus; 18, sciatique à frigore, 20, hémiplégie droite, aphasie. — Salle Sainte-Marthe : 3, 20 et 23, pneumonies; 4, arthrite blennorrhagique; 22, ataxie locomotrice au début.

Hôpital de la Charité. — Service de M. Sée. Leçons cliniques les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. — Salle Saint-Charles : 6, 8, affection cardiaque; 10, carcinome gastrique et tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Anne : chlorose chronique: 14, paralysie hystérique ou traumatique (?) (luxation de l'épaule) : 19, colique de plomb: 20, grossesse, albuminurie.

Enseignement médical libre.

Opérations des voies urinaires. M. le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours public le mercredi 7 avril, à 5 heures, dans l'amphithéâtre no 2 de l'École pratique, les lundis, mercredis et vendredis.

Médecine opératoire des voies urinaires. — M. le Dr Mallez, commencera son cours (semestre d'été) le mardi 6 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre no 2 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Messieurs les élèves seront exercés à toutes les opérations.

Faculté de médecine de Paris. — M. Charcot commencera son cours le lundi 5 avril, à 2 heures. Lundi, mercredi et vendredi. — Il traitera de l'anatomie pathologique de l'encéphale, du foie et des voies biliaires.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 26 mars 1875, on a constaté 905 décès, savoir : variole, 3; — rougeole, 9; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, »; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 71; — pneumonie, 111; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 2; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 11; — croup, 10; — affections puerpérales, 7; — autres affections aigues, 238, — affections chroniques, 432, dont 193 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 24; — causes accidentelles, 27.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 14 au 20 mars, 1,728, savoir : variole, 3; — rougeole, 18; — scarlatine, 36; — fièvre typhoïde, 26; — érysipèle, 9; — bronchite, 317 ; — pneumonie, 117 ; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 20; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 10; — croup, 15, — coqueluche, 60.

École préparatoire de médecine de Rouen. — Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie externe à ladite école vient de se terminer par la nomination de M. Cauchois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Les questions à traiter étaient les suivantes : 1° Anatomie chirurgicale de la hanche; fracture du col du fémur (épreuve écrite) ; 2° Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, sur les kystes du maxillaire supérieur : 3° Désarticulation du premier métacarpien, ligature de la fémorale dans l'anneau du troisième adducteur; 4° Examen clinique de deux malades.

Concours des hopitaux pour l'internat en pharmacie. — Ce concours s'est terminé lundi 15 mars ; voici, d'après l'ordre de leur nomination, le nom des candidats admis à l'internat, ce sont : MM. 1 Degraeve, Bourquelot, Beuffeuil, Valmont, Guinochet, Hurbain, Buisson, Genevoix, Lavion; 10 Merlhe, Léger, Schwartz, Guyot, Chassiu, Luzier, Pauvert, Fougère, Bouchage, Desobrey; 20 Chat, Lejeune, Cappez, Sicot, Bovet, Grange, Roy, Waliszewski, Demazière, Crié; 30, Migcat, Martin, William, Legrip, Cosy, Gautrelet, Letailleur, Recourat-Chorot, Cougoule, Lesage, Viron; 40 Verrin, Touflet, Guedeney, Larochette, Jeauneau. (*Répertoire de pharmacie*.)

Commission des logements insalubres. — Ont été nommés : MM. Bienaimé, Villebichot, Foucher, Grandpierre, Marius Poulet, Moumahout, Perrin, Dumesnil, Gillet-Vital et Aulu.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

Desplats (H.) Des paralysies périphériques. Thèse d'agrégation. In-8 de 100 pages. 2 fr. 50.

Dieulafoy (G.) Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux. Thèse d'agrégation. In-8 de 180 pages, 3 fr. 50.

Du Castel. Des températures élevées dans les maladies. Thèse d'agrégation. In-8 de 90 pages, avec tracés, 2 fr. 50.

Raymond (F.-R.) Des accidents de la convalescence. Thèse d'agrégation. In-8 de 170 pages, 3 fr.

Renaut (J.) De l'intoxication saturnine chronique. Thèse d'agrégation. In-8 de 200 pages, 4 fr.

Renaut (H.) Des anesthésies spontanées. Thèse d'agrégation. In-8 de 182 pages, 3 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 15 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 10 AVRIL 1875.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Messieurs,

De grands progrès ont été réalisés au profit de la médecine légale, grâce à l'étude de cette action physiologique. En effet, s'il est des substances toxiques parfaitement définies, cristallisables, qu'on peut extraire des viscères d'un individu mort par empoisonnement, et que l'expert peut mettre sous les yeux du tribunal et des jurés, il en est d'autres qui ne peuvent pas être entièrement isolées. Quelques-unes de ces substances peuvent être reconnues à l'aide de certaines réactions chimiques; mais l'essai physiologique offre, dans bien des cas, à l'expertise une précieuse ressource. S'il y a eu intoxication, il peut ainsi parvenir à déterminer, avec une suffisante précision, à quel genre de poison il faut attribuer la mort. C'est ainsi qu'on pourrait soupçonner, soit dans les déjections, soit dans les voies digestives, la présence de la digitaline, de la nicotine, voire même de la daturine, de l'hyoscyamine, de l'extrait de belladone, de l'extrait de fève de Calabar, etc.

D'ailleurs, même pour les substances que les caractères chimiques permettent de reconnaître, l'expérimentation physiologique apporte un complément d'information. C'est ainsi que les essais sur des animaux montreront l'existence d'un poison convulsivant, tel que la strychnine, dans les matières soumises à l'examen de l'expert. Cette sorte d'examen, combiné avec les investigations microscopiques, chimiques et physiques, rend de tels services que l'on peut affirmer qu'aujourd'hui on ne connaît plus de poison pouvant échapper aux recherches de la justice.

La thérapeutique ne tire pas un moindre profit de l'étude de l'action physiologique des médicaments. C'est par cette étude que l'on peut parvenir à régulariser l'emploi de ces substances, à bien fixer les indications auxquelles elles peuvent répondre. Il ne suffit pas de savoir, par exemple, que la digitale a une action puissante sur le cœur, qu'elle peut en ralentir les mouvements; il faut encore savoir par quel mécanisme elle produit ces effets, de façon à bien préciser les cas d'affection du cœur dans lesquels on doit prendre la digitaline et ceux dans lesquels on doit ne pas l'employer.

L'étude physiologique des purgatifs, en montrant que ces substances n'agissent pas toutes par un mécanisme absolument identique, pourra guider dans la prescription qu'on peut avoir à en faire: il en sera de même des vomitifs.

La connaissance du mode d'action du chloral a conduit à en faire usage, non sans succès, dans le traitement de certaines affections convulsives : le tétanos, l'éclampsie, la chorée.

Je me borne à ces quelques exemples et j'ajoute que, quand bien même l'étude du mécanisme des effets déterminés par les substances médicamenteuses n'aurait pas conduit à des données thérapeutiques nouvelles, on ne peut pas méconnaître l'importance qu'il y a pour le médecin, digne de ce nom, à connaître la raison des effets qu'il obtient avec tel ou tel médicament.

Les recherches, faites sur le mode d'action physiologique des substances médicamenteuses, ont éclairé certains points de la pathologie elle-même.

C'est seulement lorsqu'on a connu le mode d'action de l'extrait de noix vomique et de la strychnine sur les animaux, qu'on a pu se faire une idée juste de la physiologie pathologique du tétanos. La ressemblance si grande, qui existe entre cette affection et le strychnisme, a permis de conclure que le tétanos est dû, comme les convulsions produites par la strychnine, à un état d'excitabilité exagérée de la substance grise de la moelle épinière et du bulbe. Les irritations partant de la plaie (tétanos traumatique), et conduites à la moelle par les nerfs sensitifs, provoquent et entretiennent cet état morbide de la substance grise de la moelle, et suscitent le spasme tonique des muscles des mâchoires, du cou, du dos, etc.; les accès de redoublement de ces convulsions, sont déterminés soit par ces mêmes irritations, soit par des excitations portant sur d'autres nerfs sensitifs. Toujours est-il que ces connaissances, fournies par la comparaison entre le tétanos et le strychnisme, ont guidé tous les efforts de la thérapeutique : section des nerfs intéressés dans la plaie, amputation de la partie blessée, administration des substances qui affaiblissent le pouvoir réflexe de la moelle épinière (chloral, bromure de potassium, par exemple.)

On n'a pas eu, non plus, d'idée nette sur le siége de la modification des centres nerveux que produit le tremblement de la paralysie agitante, avant d'avoir connu les effets de la nicotine. Dans des expériences sur des grenouilles, j'avais constaté qu'un des premiers effets produits pas la nicotine, consiste en un tremblement très-remarquable de toutes les parties du corps. Ce tremblement n'avait pas lieu dans un membre dont on avait préalablement coupé le nerf principal. Ce n'est donc pas sur les extrémités du nerf, ni sur les muscles en relation avec ce nerf, que le poison agit. La section transversale de la moelle empêchait aussi les tremblements de se déclarer dans les parties dont les nerfs prennent origine dans le segment inférieur ou postérieur de ce centre nerveux : ce n'est donc pas non plus par l'intermédiaire de la moelle épinière que la nicotine produit les effets en question. Faisant alors la recherche expérimentale en sens inverse, j'enlevais successivement les lobes cérébraux, les couches optiques, les tubercules bijumeaux, le cervelet, avant d'introduire la nicotine sous la peau : je voyais encore se produire les tremblements provoqués par la nicotine. Mais si j'enlevais la partie de l'isthme de l'encéphale qui correspond à la protubérance annulaire des mammifères, les tremblements n'avaient plus lieu. Il s'agit bien, dans ces cas, de tremblements généraux, se manifestant dans toutes les parties du corps, et l'on peut, ce me semble, sans faire un rapprochement trop forcé, appliquer la donnée qui ressort de ces expériences à la physiologie pathologique du tremblement de la paralysie agitante, du tremblement sénile, du tremblement alcoolique, du tremblement mercuriel même. On peut inférer que ces diverses sortes de tremblement ont pour cause une modification morbide de certains points de la protubérance.

Au point de vue de la physiologie générale, la connaissance de l'action physiologique de certains agents toxiques ou médicamenteux a permis d'étudier, beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, les propriétés physiologiques des différentes parties de l'organisme. C'est ainsi que le curare nous a fourni des indications nouvelles sur le mode de relation physiologique qui existe entre les fibres nerveuses motrices et les faisceaux primitifs des muscles à fibres striées. C'est en approfondissant le mécanisme de l'action de l'atropine, que l'on est arrivé à des connaissances plus précises sur les nerfs modérateurs ou frénateurs du cœur et des glandes; et l'étude des nerfs accélérateurs du cœur a profité de ces mêmes recherches.

(1) Voir le n° 14 du *Progrès médical*.

C'est à l'aide de cette méthode d'expérimentation que l'on a obtenu la première indication bien nette sur l'existence probable de nerfs agissant d'une façon directe sur les sécrétions et méritant, à cause de cela, le nom de nerfs sécréteurs.

On connaît les expériences de M. Cl. Bernard sur les effets de la faradisation de la corde du tympan. On provoque ainsi, en même temps, comme il l'a montré, une hypersécrétion de la glande sous-maxillaire et une suractivité considérable de la circulation sanguine dans cette glande. L'hypercrinie salivaire est-elle due à une excitation propre des éléments de la glande? Est-elle le résultat pur et simple de l'afflux du sang et de l'augmentation de pression qui doit se produire dans les vaisseaux de cet organe? On pourrait déjà, grâce aux travaux de M. Ludwig et de M. Cl. Bernard, opposer des arguments sérieux à l'hypothèse qui voulait expliquer la sécrétion exagérée de la salive sous-maxillaire par la suractivité de la circulation sanguine intra-glandulaire. Mais l'on ne possédait pas la preuve péremptoire d'une action directe, indépendante, de la corde du tympan sur le travail sécrétoire de la glande. L'étude de l'action de l'atropine sur les glandes salivaires semble avoir fourni cette preuve.

M. Keuchel avait constaté que, chez les animaux soumis à l'action toxique de l'atropine, la faradisation de la corde du tympan ne produit plus d'écoulement de la salive sous-maxillaire. M. Heidenhain fit un pas de plus. Il reconnut que sur un chien atropinisé, si l'on répète, dans tous ses détails, l'expérience de M. Cl. Bernard, l'électrisation de la corde du tympan ne produit plus l'exagération de la salivation, mais qu'elle détermine encore les phénomènes vasculaires, c'est-à-dire la congestion de la glande et la suractivité de la circulation sanguine au travers de la glande.

Les effets vasculaires et sécrétoires de la faradisation de la corde du tympan ne sont donc pas liés les uns aux autres d'une façon indissoluble. Ils dépendent, les uns et les autres, de l'excitation de fibres nerveuses différentes, si différentes même, que l'atropine peut abolir l'action physiologique des unes en respectant l'action des autres. On pourrait, il est vrai, objecter que l'atropine met la glande dans l'impuissance sécrétoire, en agissant sur ses éléments propres; mais M. Heidenhain a montré, comme je le ferai voir dans une autre leçon, que les cellules propres de la glande conservent, chez l'animal atropinisé, leurs aptitudes fonctionnelles. C'est donc bien par une action sur les nerfs que se produit l'action de l'atropine. Et la corde du tympan contient donc deux sortes de fibres nerveuses, des fibres vaso-dilatatrices qui échappent à l'action toxique de l'atropine, et des fibres secrétoires qui sont paralysées par ce poison. L'existence de fibres nerveuses sécrétoires semble ainsi mise hors de doute.

C'est là un fait de la plus haute importante, car il s'applique à la physiologie de toutes les glandes, et en particulier aux glandes annexes de l'appareil digestif. Il peut également s'appliquer, comme je vous le démontrerai bientôt, à la physiologie de la sécrétion sudorale.

L'étude physiologique des poisons et des médicaments est, et ne peut être, qu'une étude expérimentale.

Or, les conditions dans lesquelles s'accomplit l'expérimentation sont loin d'être indifférentes pour le résultat de l'expérience.

Il faut, d'une façon générale, choisir, comme sujet des expérimentations, des animaux dont l'organisation ne s'éloigne pas trop de celle de l'homme. La plupart de nos expériences de laboratoire sont faites sur des chiens, des lapins, des cobayes, des rats, c'est-à-dire sur des mammifères. Mais on ne peut pas toujours se conformer à ce précepte. Quand on veut étudier pendant un temps plus ou moins prolongé, les mouvements du cœur sur cet organe mis à nu, il est préférable d'employer des grenouilles. Chez les animaux supérieurs les grandes fonctions de la vie sont intimement liées les unes avec les autres, de sorte qu'un trouble considérable, ou l'arrêt de l'une d'elles, entraîne une perturbation, ou la cessation de toutes les autres. Supposons que les poumons soient enlevés sur un chien: l'animal meurt fatalement aussitôt. Il n'en est pas de même chez les grenouilles; on peut leur ouvrir le thorax, leur enlever tous les viscères sans les tuer immédiatement. On peut mettre à découvert le cœur d'une grenouille, après lui avoir enlevé le sternum, et observer les battements cardiaques pendant plusieurs jours après l'opération. Les grenouilles ont, sur les animaux supérieurs, l'avantage de posséder une respiration cutanée qui peut entretenir une hématose suffisante pour que l'asphyxie ne se produise pas, lorsque la respiration pulmonaire cesse de s'effectuer. On peut donc instituer, sur des grenouilles curarisées et chez lesquelles la respiration pulmonaire n'a plus lieu, des expériences de longue durée, de deux, trois, quatre jours et plus, expériences qui ne pourraient pas être exécutées chez des mammifères, à cause de la nécessité d'entretenir chez eux une respiration artificielle par l'insufflation pulmonaire. C'est ainsi que l'on ne peut guère étudier que sur la grenouille les effets ultimes de la strychnine, c'est-à-dire l'état des différentes fonctions pendant la période de résolution qui succède au tétanos strychnique.

D'autre part, on peut, sur les grenouilles, pratiquer des mutilations considérables, enlever, par exemple, tout l'encéphale, ou détruire toute la moelle épinière, et ces animaux, ainsi mutilés, peuvent vivre assez pour permettre des observations sur l'action que produisent tels ou tels poisons, dans de semblables conditions.

De pareils avantages seraient, il faut bien le dire, sans utilité, si les effets des substances toxiques étaient toujours très-différents chez les batraciens et les mammifères. Mais il n'en est rien. Beaucoup de poisons exercent le même mode d'influence sur ces deux classes d'animaux.

Et même certains poisons ont, sur les grenouilles, une intensité d'action qui rend ces animaux tout-à-fait précieux pour l'étude de ces substances. Ainsi ces batraciens sont particulièrement sensibles à l'action de la strychnine, ils sont pour ainsi dire, le réactif physiologique de la strychnine.

Cette circonstance est d'une grande utilité en médecine légale, car il suffit d'une quantité extrêmement faible de strychnine extraite d'un cadavre pour produire sur une grenouille les phénomènes convulsifs propres à cet agent toxique. Il en est de même pour les autres poisons convulsinants, pour les poisons du cœur et les poisons musculaires.

(A suivre.)

MALADIES DU LARYNX

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — **M. ISAMBERT.**

IVe LEÇON. — Des laryngites catarrhales (1).

Leçons recueillies par MM. AFFRE et MOIZARD, internes du service.

SOMMAIRE: La laryngite catarrhale est le type commun des inflammations laryngées. — Anatomie de la muqueuse laryngée. — Laryngite catarrhale aiguë (lésions, symptômes, diagnostic, traitement). — Laryngite catarrhale chronique, (étiologie, lésions et aspect laryngoscopique). — Y a-t-il des ulcérations catarrhales simples? — Diagnostic d'avec les laryngites diathésiques. — Traitement.

Messieurs,

Marche. — Durée. — La durée de cette affection est généralement courte; d'après MM. Peter et Krishaber, elle est de dix à quatorze jours. Elle se termine souvent par un catarrhe plus ou moins long, qui peut durer quelques semaines, et qui se propage souvent à la trachée et aux bronches. Enfin dans certains cas, les symptômes perdent de leur acuité, mais l'enrouement persiste, et la maladie passe à l'état chronique.

Diagnostic. — Les principaux signes qui permettent de reconnaître la laryngite catarrhale, sont la toux et les altérations de la voix. Il peut être difficile quelquefois de savoir si les altérations de la phonation que l'on observe tiennent à une laryngite, ou sont d'origine purement nerveuse, comme cela a lieu dans l'asynergie vocale des gens affaiblis ou

(1) Voir les nos 3, 4, [illegible], 9, 12 et [illegible].

dans les paralysies des cordes vocales chez les hystériques. L'examen laryngoscopique lèvera tous les doutes, puisque, dans ces derniers cas les cordes vocales ont conservé leur couleur blanc nacré, mais ne peuvent s'affronter exactement pour la phonation.

L'œdème de la glotte et le croup se distinguent de la laryngite simple par l'état fébrile, par l'intensité de la dyspnée, par l'inspiration sifflante, le tirage et les autres signes trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Le caractère particulier de la toux fera reconnaître facilement la coqueluche. Cependant au début, le diagnostic peut être un peu plus difficile, parce que la quinte suivie d'une *reprise sifflante* n'est pas aussi marquée qu'elle le sera plus tard.

Enfin la laryngite striduleuse se reconnaît à un spasme violent, débutant brusquement la nuit sans prodrôme de fièvre. La laryngite striduleuse n'est d'ailleurs qu'une laryngite catarrhale qui devient le point de départ d'un état spasmodique plus ou moins intense.

Quand nous aurons étudié les laryngites diathésiques, nous verrons à quels signes il est possible de les reconnaître. Disons dès maintenant que la considération de l'état général du sujet présentera, en pareil cas, la plus grande importance.

Pronostic. — La laryngite catarrhale simple est une affection essentiellement bénigne. — Elle ne présente quelque gravité que chez les orateurs, les chanteurs dont elle peut entraver la profession. Si les malades persistent à abuser de la parole ou du chant, il se produit des récidives fréquentes qui peuvent aboutir à l'état chronique.

Étiologie. — Le froid, et surtout le froid humide, est la cause la plus fréquente de la laryngite catarrhale : la laryngite peut alors éclater d'emblée, ou provenir de l'extension d'un coryza ou d'une bronchite. L'inspiration d'un air chaud et comprimé, ou des vapeurs irritantes peuvent produire un résultat semblable : il faut éviter aussi les écarts de régime, les excès de boissons, et, en vertu de la connexion très-réelle qui existe entre les organes génitaux et le larynx, les excès vénériens. Il est très important pour les chanteurs, les orateurs, etc., d'éviter tout abus de ce genre.

Traitement. — Il est fort simple : le repos de l'organe malade, quelques boissons émollientes (espèces pectorales, sirop d'érysimum composé, etc.,) quelques révulsifs externes (pédiluves, bains de vapeur), sont ordinairement suffisants. Quant au traitement direct, consistant dans des applications topiques sur le larynx, il est le plus souvent inutile.

B. *Laryngite catarrhale chronique. Étiologie.* — La laryngite catarrhale chronique succède souvent à la précédente et reconnaît la plupart des causes qui produisent la laryngite aiguë, lorsque l'action de ces causes se répète souvent où se prolonge trop longtemps. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme en raison des habitudes alcooliques et de l'abus du tabac que l'on observe si fréquemment chez le premier. Mais le tabac et l'alcool donnent surtout lieu à des angines spéciales, que nous retrouverons dans l'histoire de l'angine glanduleuse. — Quelquefois la laryngite catarrhale est chronique d'emblée, mais alors elle reconnaît le plus souvent une cause diathésique.

Lésions et aspect laryngoscopique. — L'inflammation est moins généralisée que dans les cas aigus ; elle est localisée en certains points, au-delà desquels elle ne s'étend guère pendant toute la durée de la maladie. — Ces points sont, par ordre de fréquence, selon MM. Peter et Krishaber : 1° La face postérieure de l'épiglotte, localisation facilement explicable, si l'on songe aux glandes nombreuses qui siégent en ce point, ainsi qu'au niveau du coussinet graisseux. 2° Les replis aryténo-épiglottiques et les éminences aryténoïdiennes. La face antérieure de l'épiglotte est plus rarement prise. 3° L'infundibulum laryngien, et les bandes ventriculaires, cordes vocales supérieures) sont souvent rougis, plus ou moins gonflés et comme hypertrophiés : C'est surtout dans la laryngite chronique qu'elles produisent l'aspect des doubles rideaux que nous avons décrit tout à l'heure. Enfin : 4° Les cordes vocales elles-mêmes peuvent être atteintes, et c'est là que nous rencontrons les lésions les plus intéressantes.

Les cordes vocales sont d'un rouge plus ou moins foncé, briquetées, quelquefois violacées ou plus ou moins grisâtres, mais toujours la rougeur domine. C'est surtout dans les cas chroniques que l'on observe les arborisations formées par de petits vaisseaux variqueux, tantôt longitudinaux, tantôt en grappes élégantes, tantôt présentant de petits nodules entourés d'une auréole de petits vaisseaux qui viennent s'y réunir : cette disposition ressemble assez exactement à ce que l'on voit dans la conjonctivite pustuleuse. Souvent une des deux cordes vocales est rouge, tandis que l'autre conserve sa blancheur. D'autres fois la rougeur est plus limitée : c'est une simple bande rouge, ou comme un très-léger coup de pinceau trempé dans du carmin. Cela s'observe surtout au voisinage des commissures antérieure et postérieure dans certains cas de laryngite chronique avec enrouement assez rebelle. — Cette localisation serait facilement explicable si l'on trouvait en ces points des groupes glandulaires plus abondants qu'au milieu de la corde vocale ; mais M. Coyne ne décrit point d'agglomération glanduleuse particulière à la partie postérieure, ni à la partie antérieure des cordes vocales. Peut-être n'a-t-il pas suffisamment fixé son attention sur ce point, et en reprenant cette partie de l'étude anatomique du larynx, peut-être trouverait-il l'explication de ce fait qui est d'une observation clinique journalière. D'ailleurs on peut l'expliquer en remarquant que la commissure antérieure et la commissure postérieure forment des replis où s'arrêtent plus longtemps les crachats et les mucosités, et le contact prolongé de celles-ci peut être une cause particulière d'irritation pour la muqueuse.

Quelquefois la rougeur est disposée en forme de piqueté fin, ou en stries transversales, perpendiculaire à l'axe général de la corde vocale. La rougeur semble alors s'accompagner d'une sorte d'éraillure de la muqueuse, comme si la corde vocale avait été plus ou moins tiraillée ou comme si on l'avait frottée avec un linge rude. Il en résulte que l'aspect des cordes vocales est moins lisse, moins humide, et qu'elles paraissent desséchées. Dans certains cas il se produit une forme particulière de desquamation : On voit apparaître çà et là, sur le bord libre des cordes vocales, des plaques d'un blanc opaque, analogues à celles qui se forment sur des dents dont l'émail commence à s'altérer. Les plaques ne se correspondent pas d'un côté à l'autre et sont irrégulièrement disséminées. On les rencontre surtout dans la zone où l'épithélium cylindrique a fait place à l'épithélium pavimenteux et où ce revêtement épithélial repose sur une couche de papilles, c'est-à-dire dans la zone la plus rapprochée du bord libre des cordes vocales.

La desquamation épithéliale de la muqueuse laryngienne peut-elle être suivie d'une ulcération véritable? Existe-t-il des ulcérations catarrhales simples ? Plusieurs auteurs l'ont admis, mais le fait nous paraît au moins douteux. Les ulcérations que l'on observe sur le cadavre, nous ont toujours paru liées à des maladies plus graves que la laryngite catarrhale simple, et celles que l'on observe au laryngoscope sur le vivant, nous ont paru ordinairement être le résultat d'un état diathésique (phthisie, scrofules, syphilis, herpétisme) qui devient bientôt manifeste, si l'on peut suivre le malade pendant quelques mois ou quelques années.

Le gonflement des cordes vocales est plus constant que dans la laryngite aiguë, et lui donne cette forme bombée, cylindrique, que nous avons décrite plus haut. Le gonflement est beaucoup plus prononcé dans le vestibule du larynx, sur les aryténoïdes et sur l'épiglotte que partout ailleurs, en raison de la vascularisation plus considérable de toutes ces parties.

L'expectoration se compose de crachats épais, visqueux, paraissant venir le plus souvent des ventricules. Ils produisent souvent un enrouement plus ou moins tenace, qui

gène beaucoup dans l'exercice du chant, et que les artistes désignent sous le nom de *chat* (c'est sans doute un euphémisme pour crachat).

La toux est moins fréquente, moins quinteuse que dans la laryngite aiguë. Il n'y a pas d'aphonie, mais plutôt de la raucité et de l'enrouement. Quant aux symptômes généraux, ils manquent constamment.

Marche. — Cette forme de laryngite est souvent d'une durée fort longue. — Quant au pronostic, il n'est grave que pour les chanteurs ou les orateurs, que cette maladie entrave dans l'exercice de leur profession.

Diagnostic. — Le point important à déterminer, c'est de savoir si l'on a à faire à une laryngite simple ou à une affection de cause diathésique. Le diagnostic n'est pas toujours facile et devra toujours s'appuyer sur l'absence des signes généraux des principales diathèses. A ne considérer que le larynx, on peut dire d'une manière générale que la laryngite a d'autant plus de chances d'être *simple* ou *primitive*, qu'elle est *plus généralisée, plus diffuse* et *la rougeur plus uniforme*. Au contraire, dans les laryngites diathésiques, la rougeur est isolée en des points variables, selon les différentes variétés de taches, de plaques, de stries ou d'arborisations que nous avons décrites ci-dessus, et les parties de la muqueuse placées entre les points atteints sont à peu près saines. Le siége ou la forme de ces localisations pourrait être assez constant pour chaque diathèse, et il est permis d'espérer qu'un jour la considération de ces diverses localisations permettra de reconnaître sous l'influence de quel état général se développe chaque forme de laryngite.

Traitement. — Une hygiène bien appropriée est absolument nécessaire pour la guérison des laryngites chroniques, surtout si l'on veut prévenir les récidives. Le malade devra s'astreindre au repos, éviter tout effort dans l'exercice de la parole et s'interdire absolument l'usage du tabac, sous quelque forme que ce soit, et des liqueurs alcooliques. Les climats chauds exercent une influence très-salutaire sur la guérison complète. Les précautions hygiéniques trouveront un adjuvant utile dans l'emploi de quelques balsamiques : du goudron, du baume de Tolu, de l'Eucalyptus ; les eaux sulfureuses en boissons, et bains, sont doublement utiles par leur action spéciale sur les muqueuses respiratoires, par la stimulation substitutive qu'elles impriment aux fonctions de la peau, et par leur action générale tonique. Quelquefois, pourtant elles produisent une action trop excitante que l'on doit modérer ; cela est vrai, surtout des eaux sulfureuses *accidentelles*, de celles qui sont surtout minéralisées par du gaz sulfydrique et non par du sulfure de sodium. A ce point de vue, les eaux des Pyrénées sont infiniment supérieures à toutes les autres. A défaut de soufre, on pourra employer les bains de vapeur plus ou moins aromatisés ; enfin l'hydrothérapie, sagement et prudemment appliquée, pourra rendre quelques services.

Comme traitement local, on a conseillé les gargarismes émollients ou astringents. Mais il faut bien reconnaître que jamais les gargarismes ne pénètrent jusqu'au larynx. Ils peuvent rendre néanmoins quelques services en modifiant l'inflammation des parties voisines et faciliter ainsi la résolution de la laryngite elle-même.

L'emploi des liquides pulvérisés présente parfois de sérieux inconvénients. Certainement des pulvérisations bien faites dans des établissements thermaux bien installés, avec des étuves chauffées par des quantités considérables d'eau minérale ou de vapeur, peuvent produire de bons effets. Mais tous ces pulvérisateurs que l'on a mis à la mode, dont le malade se sert chez lui, et qu'il fait fonctionner lui-même, ne sont que des joujoux inutiles et peut-être dangereux. En effet, les liquides pulvérisés de cette façon sont le plus souvent froids ; ils subissent souvent des décompositions chimiques plus ou moins complètes au contact des parties métalliques de ces instruments toujours assez mal tenus. Quand on veut appliquer un topique sur le larynx, il faut le porter directement, et autant que possible exclusivement sur le point lésé. Or, c'est ce que l'on ne peut obtenir avec des pulvérisateurs qui lancent le liquide non-seulement dans le larynx, mais sur toutes les parties voisines.

Les insufflations de poudres dans les voies aériennes présentent encore plus d'inconvénients. Ces poudres projetées sur des organes si sensibles sont de véritables corps irritants, qui paraissent bien plus propres à entretenir l'inflammation qu'à la guérir.

Le traitement local direct présente, au contraire, de très-grands avantages : il consiste à porter différents topiques sur les points malades au moyen de l'éponge laryngienne. Les substances que l'on emploie le plus souvent sont : le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, etc. Le nitrate d'argent est le plus usité, il suffit pour le catarrhe simple. La solution de chlorure de zinc à dose modérée au 100e ou au 50e donne de très-bons résultats dans le cas d'ulcérations. En effet, le chlorure de zinc n'a d'action que sur les parties ulcérées ou éraillées, laissant parfaitement intactes celles qui sont encore recouvertes de leur épithélium. C'est un fait facile à constater lorsque l'on cautérise le col de l'utérus avec cette solution. Ce topique a le grand avantage d'être incolore, de ne laisser aucune tache sur le linge, ou sur les doigts, et de ne pas produire d'eschares blanches sur les muqueuses comme fait le nitrate d'argent. Son action est un peu plus énergique et plus profonde que celle de ce dernier sel.

On retire aussi parfois quelques avantages d'attouchements avec le laudanum, ou toute autre solution opiacée quand il y a de la douleur.

La laryngite catarrhale simple ne réclame jamais des émissions sanguines locales ; il faut surtout s'abstenir des sangsues qui, à la région cervicale, déterminent des hémorrhagies très-abondantes. Dans les cas d'inflammation intense on peut appliquer quelques révulsifs au-devant du cou (teinture d'iode, huile de croton). Nous employons assez volontiers le vésicatoire placé, non pas sur le cou, mais sur la fourchette du sternum ; l'action sur le larynx est la même, et l'on évite les désagréments de l'application sur une partie aussi sensible et aussi mobile que le cou. Nous préférons de beaucoup le vésicatoire aux emplâtres de thapsia, dont on fait un tel abus, et qui déterminent chez les herpétiques et chez les gens nerveux des cuissons et une agitation intolérables.

On a aussi conseillé quelquefois les révulsifs sur les membres inférieurs ou sur l'intestin, mais cette action éloignée n'est nécessaire que dans les cas assez rares où il y une réaction générale fébrile. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1).

Note sur la recherche du cuivre dans le foie d'une malade qui avait été traitée par le sulfate de cuivre ammoniacal.

Nous terminerons aujourd'hui l'exposé des recherches chimiques dont le foie de la malade, que nous avons observée dans le service de M. Charcot, a été l'objet et, comme plusieurs fautes d'impression ont échappé dans la correction des chiffres, nous ferons suivre la note de M. Rabuteau, d'un résumé comparatif des trois analyses chimiques.

Analyse chimique de M. le Dr RABUTEAU. La portion de ce foie, qui m'a été remise par M. Bourneville, ne pesait que 58 grammes. Mes recherches n'ont porté que sur 40 grammes de ce même foie. Les 18 autres grammes ont été réservés pour des recherches ultérieures.

(1) Voir les nos 32, 33, 38, 39 et 43 du *Progrès médical* (1874) ; nos 12 et 13 (1875).

Les résultats obtenus antérieurement par M. Yvon et par M. Albert Robin différant d'une manière notable, je crois devoir exposer, avec les détails nécessaires, la marche que j'ai suivie dans l'analyse que j'ai effectuée.

Au lieu de recourir à la chaleur pour détruire les matières organiques, j'ai employé le procédé de Fresenius et Babo. On sait que ce procédé consiste à introduire les matières suspectes dans une fiole, ou ballon à fond plat, avec de l'acide chlorhydrique, à chauffer le mélange en même temps qu'on y introduit par pincée du chlorate de potasse pur. Sous l'influence des composés chlorés instables qui prennent naissance dans l'action réciproque du chlorate de potasse et de l'acide chlorhydrique, les matières organiques azotées sont rapidement détruites. On obtient une liqueur jaune ou jaunâtre qui est surnagée par la majeure partie des matières grasses qui pouvaient se trouver dans la substance organique soumise à la destruction. En effet les matières grasses résistent assez fortement; mais on n'a guère à s'occuper de cette circonstance, car les substances métalliques se trouvent à l'état de chlorures dans la liqueur jaune sous-jacente. Néanmoins les matières grasses non détruites doivent être séparées pour être soumises à une analyse spéciale, surtout lorsqu'elles se trouvent en assez grande quantité.

Cela posé, j'ai réduit en menus fragments, à l'aide d'un couteau fort propre, les 40 grammes de foie que j'avais prélevés pour l'analyse, puis j'ai opéré la destruction des tissus en chauffant sur un fourneau à gaz la fiole qui les contenait avec l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse. Le fourneau était en fonte; une toile de fer était interposée entre la fiole et la couronne de becs de gaz. Le foie contenait une assez grande quantité de graisse qui surnageait la liqueur après la destruction des matières azotées. J'ai séparé cette graisse en filtrant sur l'amiante.

La liqueur acide obtenue a été réduite à moitié par évaporation pour enlever le chlore libre et pour la rendre moins acide. Elle a été ensuite additionnée de 100 grammes environ d'eau distillée, puis traitée par l'hydrogène sulfuré. Pour cela, je l'ai introduite dans une fiole, je l'ai fait traverser pendant trois heures par un courant de ce gaz, puis je l'ai abandonnée pendant quinze heures dans la fiole bouchée. Au bout de ce temps, j'ai recueilli sur un filtre le précipité noir qui s'était formé et l'ai lavé, sur le filtre, avec une solution aqueuse d'hydrogène sulfuré. Le filtre et son contenu ont été introduits dans une capsule avec un peu d'acide azotique pur; puis, après évaporation de l'acide azotique, le résidu a été chauffé au rouge.

Le nouveau résidu obtenu en dernier lieu a été dissous dans l'acide azotique, dont l'excès a été enlevé par une évaporation ménagée. J'ai ajouté un peu d'eau distillée, puis filtré à chaud, et j'ai obtenu finalement une liqueur dans laquelle *l'ammoniaque en excès a développé une coloration bleue intense* (bleu céleste). J'ai exposé, dans la séance précédente, sous les yeux des membres de la Société, un tube contenant une dizaine de centimètres cubes de la liqueur colorée en bleu par le cuivre qui avait été séparé des 40 grammes de foie par le procédé qui vient d'être exposé.

Les matières grasses qui surnageaient la liqueur jaune après l'action du chlorate de potasse et de l'acide chlorhydrique, ont été incinérées dans une capsule avec un peu de nitrate d'ammoniaque. Le résidu, traité par l'acide azotique, puis par l'eau distillée et par l'ammoniaque, a donné une liqueur très-faiblement colorée en bleue. La coloration de cette liqueur était si peu appréciable que j'ai négligé de tenir compte des traces infinitésimales de cuivre qu'elle pouvait contenir.

Dosage du cuivre. — Le procédé que j'ai suivi a été indiqué jadis par Pelouze. Ce procédé volumétrique, qui est très-rapide et très-exact, me semble particulièrement recommandable dans les recherches de toxicologie, lorsqu'il y a empoisonnement par le cuivre; il me paraît mériter d'être placé au même rang que le procédé volumétrique de Margueritte pour le dosage du fer, par exemple dans les urines qui contiennent de si faibles quantités de ce métal.

Voici comment on opère dans la méthode de Pelouze (1) qui est fondée sur la décoloration des solutions ammoniacales de cuivre par les sulfures alcalins, tel que le sulfure de sodium:

On prépare d'abord une liqueur de cuivre rigoureusement titrée. Pour cela, on dissout 1 gramme de cuivre pur dans 10 grammes d'acide azotique pur; après la dissolution du cuivre, on ajoute un peu d'eau distillée, puis 50 grammes d'ammoniaque liquide. Si l'ammoniaque était faible, il faudrait en ajouter davantage pour dissoudre totalement l'oxyde de cuivre bleuâtre précipité d'abord. On ajoute ensuite de l'eau distillée de manière à obtenir 1 litre. On a ainsi une belle liqueur bleue dont *chaque centimètre cube* contient 1 *milligramme de cuivre.* — Cette liqueur cuivrique est conservée pour l'usage dans un vase bouché à l'émeri.

On prépare, en second lieu, une solution aqueuse de sulfure de sodium, en dissolvant une *très-faible* quantité de ce sel dans de l'eau distillée privée d'air par l'ébullition et refroidie.

Il ne reste plus qu'à déterminer le titre de cette solution, c'est-à-dire à fixer le nombre de centimètres cubes de la liqueur sulfureuse qui sont nécessaires pour décolorer un volume donné de la liqueur cuivrique. On se sert pour cela d'une burette graduée telle que la burette de Mohr.

Supposons qu'il ait fallu employer 15 centimètres cubes de la liqueur sulfureuse pour faire disparaître la couleur bleue de 10 centimètres cubes de la liqueur cuivrique dont le cuivre s'est précipité à l'état d'oxysulfure qui est noir. Comme chaque centimètre cube de la solution titrée de cuivre contient 1 milligramme de ce métal, chaque centimètre cube de la solution sulfureuse a précipité $\frac{10}{15} = 0$ milligr. 666 de cuivre.

Or, après avoir préparé une solution sulfureuse qui s'est trouvée telle qu'il en fallait 12 divisions et 3 dixièmes de division pour décolorer 10 centimètres cubes de la liqueur cuivrique normale, j'ai constaté qu'il fallait en employer 8 divisions pour décolorer la liqueur contenant le cuivre extrait par l'analyse des 40 grammes de foie. Par conséquent, la quantité de ce métal était égale à $\frac{10 \text{ millig.} \times 8.}{12, 3.} = 6$ millig. 5.

La quantité de cuivre contenu dans 1,000 grammes de ce même foie était donc égale à $\frac{6 \text{ millig.} \times 1,000,}{40} = 162$ milligr.

Le foie recueilli par M. Bourneville pesait 1932 grammes; mais, par suite de sa conservation dans l'alcool, on a trouvé qu'il s'était réduit à 1474 grammes. La quantité du cuivre contenu dans le foie total était par conséquent égale à $\frac{162 \text{ millig. } 5 \times 1,544}{1,000} = 250$ millig. 1.

Ces 239 millig. 5 de cuivre correspondent à 946 millig. 6 de sulfate de cuivre cristallisé, $Cu\,S\,O^4 + 5\,H^2\,O$.

En somme, les résultats de l'analyse ont été les suivants:

Cuivre dans 1,000 grammes du foie	16 centig.	5
Cuivre dans le foie total...........	25 —	01
Sulfate de cuivre cristallisé correspondant à cette dernière quantité de métal........................	1 gr. 03—	66

Nota. — La liqueur acide d'où le cuivre avait été précipité à l'état de sulfure par l'hydrogène sulfuré, ayant été filtrée puis traitée par le sulfhydrate d'ammoniaque, a donné un nouveau précipité noir où il a été facile de constater la présence du fer en le dissolvant dans l'acide nitrique et ajoutant du ferrocyanure de potassium.

Si l'on met en regard ces trois analyses, on voit que M. Yvon a obtenu 0 gr. 236 de cuivre pour le foie entier; M. Alb. Robin 0 gr. 138; M. Rabuteau 0 gr. 250. Les chiffres de MM. Yvon et Rabuteau se rapprochent beaucoup l'un de l'autre, mais s'éloignent notablement de celui de M. A. Robin. Nous n'avons pas à rechercher les causes de ces différences. Cette tâche appartient aux chimistes. Pour nous, le fait important qui ressort de ces diverses analyses, c'est que le foie, lorsqu'on administre le sulfate de

(1) Pelouze avait proposé son procédé volumétrique pour le dosage du cuivre dans les minerais. Les essais que j'ai effectués pour doser de minimes quantités de cuivre ont tous été très-satisfaisants. Toutefois, il faut employer des liqueurs titrées très-faibles, telles que celles que j'indique.

cuivre, à dose médicamenteuse, peut emmagasiner une quantité considérable de cuivre. Il s'ensuit enfin que, dans les expertises médico-légales, on devra se montrer très-réservé dans les déductions à tirer de la présence du cuivre dans le foie, surtout s'il s'agit de cas où l'on supposera qu'un sel de cuivre a été donné à doses progressives et durant un certain temps.

OBSTÉTRIQUE

Môle hydatiforme; hémorrhagies; expulsion; guérison:

Par **P. BUDIN**, interne des hôpitaux.

Le 23 novembre 1874, la nommée Rosalie R..., âgée de 38 ans, était envoyée dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital de la Pitié, pour des pertes abondantes. L'interne de garde, appelé dans l'après-midi, ordonna de coucher cette femme en lui maintenant le siége élevé, d'appliquer des compresses glacées sur son ventre, etc... L'hémorrhagie cessa. Le lendemain 24 *novembre*, la malade fournit les renseignements suivants : elle était habituellement bien portante ; elle avait été réglée dès l'âge de 12 ans et s'était mariée à 16. A 18 ans elle devint enceinte ; elle accoucha à terme, fut nourrice, redevint de nouveau enceinte, etc. ; elle eut ainsi successivement 9 enfants qu'elle éleva elle-même, sans que jamais ses règles vinssent à paraître.

De 18 à 34 ans passés, elle ne fût donc jamais menstruée. Le 18 août 1872, elle accoucha de son 10e enfant ; elle fut nourrice et ses règles ne reparurent qu'en janvier 1874. A la fin de mai 1874) ses règles cessèrent ; des nausées et des vomissements survinrent, des picotements du côté des seins, des pertes blanches ; elle était enceinte. A son grand étonnement, 3 mois plus tard, elle vit survenir un écoulement de sang peu abondant, mais continu ; à la fin du quatrième mois de sa grossesse elle remarqua que son ventre augmentait rapidement de volume, si bien que, un mois plus tard, elle aurait pu d'après le développement de son abdomen. se croire arrivée à terme. Les pertes continuèrent, et dans la nuit du 20 au 21 novembre. elles devinrent excessivement abondantes. Dans la journée du 22, l'écoulement de sang fut un peu moins considérable, mais l'hémorrhagie reparaissant avec une grande intensité et s'accompagnant de violentes coliques, la malade se rendit à l'hôpital; une fois couchée. il lui sembla qu'elle expulsait des caillots, puis le sang cessa presque complètement de couler. En examinant cette malade, on lui trouva les seins développés, autour de chaque mamelon était une auréole noire, les tubercules de Montgomery étaient saillants, et en pressant sur la glande on fit sortir du lait. Il y avait eu évidemment grossesse. En palpant l'abdomen dont les parois étaient fort épaisses, on sentit le globe utérin revenu sur lui-même et faisant saillie à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus du pubis. En cherchant dans les linges qui avaient été mis sous la malade la veille, et retirés remplis de sang, on trouva un grand nombre de grappes, d'un blanc rosé, dont quelques-unes de couleur grisâtre avaient été évidemment formés quelques jours avant leur expulsion. Les grains qui par leur réunion constituaient les grappes étaient de volume variable, quelques-uns semblables à des grains de mil, d'autres à des grains de raisin, d'autres enfin étaient presque aussi gros que des œufs de pigeon. C'était une môle hydatiforme, et sa présence dans la cavité utérine avait été jusqu'au moment de son expulsion la cause des hémorrhagies. On ne trouva que des portions de membranes et on ne pût reconnaître aucune trace du fœtus. La malade était excessivement faible, elle avait des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, etc. On ordonna de continuer la situation horizontale, de faire boire une potion contenant 60 grammes de rhum, de donner des potages, etc.

25 *Novembre*. Fièvre, soif vive, peau chaude, température axillaire 39°, 2; quelques douleurs dans le ventre, mais elles n'occupent aucun point fixe. Écoulement lochial fétide. On ordonne des injections vaginales avec une solution de chloral au centième. — *Soir*. T. A. 39°. — 0,75 centig. de sulfate de quinine. La malade vomit pendant la nuit.

26 *Novembre*. Peau bonne. T. A. 3[illegible]°, 4; P. 84. Aucune douleur abdominale. Les lochies ne sont plus fétides, les seins contiennent une certaine quantité de lait.

Les jours suivants, l'état de la malade s'est amélioré d'une façon continue, et elle a quitté l'hôpital complètement guérie.

Réflexions. Nous relèverons, dans cette observation de grossesse môlaire hydatiforme ou vésiculaire, les particularités suivantes : il n'a été possible de retrouver aucun débris du fœtus, qui, mort sans doute pendant les premiers temps de la grossesse, avait été probablement résorbé ; il faut aussi faire remarquer l'âge avancé de la malade qui avait 38 ans, et le grand nombre de grossesses antérieures (10) qui étaient toujours parvenus à terme : ces deux conditions, âge avancé de la mère, et nombreux accouchements antérieurs ont été signalées souvent dans les grossesses môlaires.

Aucune chûte, aucune contusion, ne peut expliquer le développement anormal de cette grossesse. La malade n'a jamais eu la syphilis, elle n'a jamais présenté aucun symptôme d'affection utérine ; on ne peut donc invoquer dans ce cas, comme cause, l'existence d'une métrite chronique (Wirchow).

En ce qui concerne les symptômes, on remarquera : 1° les hémorrhagies apparaissant d'une façon continue à la fin du troisième mois de la grossesse; 2° le développement très-rapide du ventre, sur lequel M. le professeur Depaul a appelé l'attention, développement qui fut tel, que, arrivée au sixième mois, la malade eût pu se croire à terme; 3° l'expulsion des môles qui constitue le signe pathognomomique de cette affection.

Enfin, nous ferons remarquer que cette malade a pu rester depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 34 ans, sans voir reparaître ses règles. Elle eut dans cet intervalle neuf enfants et fut alternativement enceinte et nourrice. Elle resta donc 16 années sans être réglée. Ce fait prouve une fois de plus que l'ovulation et la menstruation peuvent être deux phénomènes indépendants l'un de l'autre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des polypes de la partie postérieure des fosses nasales;

Par **ORY**, interne des hôpitaux.

Il est, dans la clinique, des cas où l'incertitude persiste sur la nature vraie des polypes, surtout si le polype siége à la partie postérieure des fosses nasales. C'est, du moins, ce que semble prouver le fait que M. Trélat présentait en octobre dernier à la *Société de chirurgie*. Les études micrographiques les plus récentes permettent maintenant de préciser et de discuter la plupart des données anatomo-pathologiques qui avaient autrefois cours dans la science, au sujet des polypes du pharynx et du nez. Aussi serait-il intéressant de reprendre les observations publiées, pour discuter l'existence des transformations d'un polype myxomateux en un sarcome, ou un polype fibreux.

On pourrait sans doute répondre d'une manière définitive aux questions suivantes: Peut-il se produire des polypes fibreux primitifs dans les arrière-narines? Ces polypes sont-ils des polypes muqueux transformés? Y a-t-il réellement des polypes qui soient d'une nature mixte dès l'origine, par suite de la structure de la muqueuse d'implantation ?

La nature de ce travail nous interdit d'accumuler les observations probantes et d'étudier la question dans son ensemble. Nous limiterons nos recherches au cas de polypes muqueux des arrière-narines prenant l'aspect des polypes fibreux.

Cette étude s'appuiera sur les discussions de la Société de chirurgie en 1873 et 1874. D'ailleurs, l'idée des transformations des polypes ne m'est pas, je l'avoue, personnelle; elle a été mise en avant, dans cette Société et ailleurs, par mon maître, M. Trélat. Pour moi, je ferai ici l'étude comparée de l'examen microscopique de deux polypes dont j'ai pu suivre les détails cliniques, l'un à la Pitié, en 1872, dans le service de M. Labbé; l'autre, cette année même, chez M. le professeur Trélat. (Ce dernier fait est celui qui a été communiqué à la

Société de chirurgie et dont la pièce a été présentée ici par mon collègue, M. Reclus, séance d'octobre 1874).

A ces deux faits, je joindrai quelques observations qui viennent confirmer et permettent en quelque sorte de généraliser les conclusions.

Dans les observations I, II, III, que j'ai rassemblées ici, et dont, pour les deux premières, l'examen microscopique n'avait pas encore été publié, on peut non-seulement établir un parallèle clinique, mais encore reconnaitre une similitude anatomo-pathologique.

Cliniquement, même hésitation pour établir le diagnostic, même aspect charnu, même consistance exagérée ; eu un mot, grande ressemblance avec un polype naso-pharyngien. Dans les trois cas, implantation du pédicule vers l'orifice postérieur des narines.

A l'examen micrographique, daus les observations I, II, M. Coyne, qui a bieu voulu me communiquer le résultat de ses investigations, signale: une partie centrale plus résistante, une partie phériphérique plus molle et présentant par sa structure tous les signes d'une inflammation ; enfin, l'épithélium de l'extrémité de la portion pharyugienne est stratifié, à cellules cylindriques.

Dans l'observatiou III, la substance fibreuse existe en plus grande abondance au voisinage du pédicule. Là, une couche d'épithélium pavimenteux est également signalée sur le prolongement pharyugien ; sur la portiou nasale, il y a des cellules à cils vibratiles.

Ces faits, surtout les deux premiers, dont la description micrographique est plus récente et plus précise, paraissent donc prouver que le pédicule de ces polypes des arrière-narines, a uue structure fibreuse, et ils semblent confirmer les idées émises par M. Panas à la Société de chirurgie, en 1873, sur le rôle de la muqueuse des arrière-narines dans la formation des polypes mixtes.

Ces trois observations nous font de plus assister au travail inflammatoire que subit en certains cas la portion superficielle des polypes des arrière-narines, et elles nous expliquent aussi leur augmentation de consistance, déterminée par l'accumulation des cellules épithéliales, qui se superposent et s'aplatissent. Nous reconnaissons là une transformation par irritation, tout à fait analogue à ce qui s'est passé pour un polype faisant saillie par la narine (obs. VII.)

Ces mêmes modifications irritatives se trouvent signalées daus un autre cas de M. Trélat (Obs. VI.): Accumulation d'éléments jeunes au-dessous de la couche épithéliale, plus nombreux à la périphérie que vers le centre; au centre de la tumeur, le tissu devient finement réticulé, mêlé de quelques fibres élastiques, puis, de quelques faisceaux de tissu conjonctif.

A côté de ces faits, j'ai rapproché les observations IV et V, qui, bien que manquant de détails microscopiques, ont avec eux une ressemblance clinique incontestable : même siége, même implautation, mêmes symptômes.

Tous ces faits semblent donc confirmer l'opinion de M. Panas, au point de vue de l'importauce qu'il reconnait à la nature spéciale de la muqueuse sur la structure du polype.

Néanmoins, je relèverai un fait qui a son importance; c'est que l'aspect fibreux, la consistance plus grande de ces polypes ayant uu seul pédicule et plusieurs rameaux,) est signalé seulement pour la portion pharyngienue, les prolongements nasaux conservant, à l'intérieur comme à l'extérieur, l'aspect des polypes purement nasaux. Comment expliquer ces différences locales dans un même polype, dont les ramifications, il est vrai, sont dans des milieux différeuts, étant abrité, dans la partie nasale, irrité constamment, au contraire, dans la partie pharyngienne? Pour l'expliquer, nous nous bornerons à faire un simple rapprochement avec le travail d'épaississement qui apparait dans la muqueuse du vagin, à la suite du prolapsus utérin.

Obs. I. — Cas de M. Trélat, cité dans la discussion de la Société de chirurgie, 1874. — Observation par M. Reclus, 1874. (*Bulletin de la Société anatomique*).

Examen microscopique, fait par M. Coyne.

Le centre du prolongement pharyngieu est occupé par une large bande de tissu conjonctif fibreux, assez nettement conservé avec tous ses caractères ; vers le sommet, cette bande arrive tout à fait près de la surface de la tumeur et n'est séparée du revêtement épithélial que par une couche de muqueuse très-mince. A ce niveau, elle s'étale un peu, de façon à comprendre toute la partie proéminente de la tumeur. Sur les côtés, le tissu fibreux est remplacé par un tissu plus mou, dans lequel les éléments arrondis prédominent, de telle sorte que sur les parties latérales, il a presque complétement disparu, ou tout au moins, est masqué par des noyaux et des cellules embryonnaires, dont l'accumulatiou est considérable dans la zône superficielle, immédiatemeut au-dessous de la couche épithéliale cyliudrique. A ce niveau, les vaisseaux seuls forment des travécs qui soutiennent la masse du tissu.

Le revêtement épithélial est formé, sur les côtés, d'épithélium cylindrique très-net. Vers la partie proéminente de la tumeur, l'épithélium est formé de couches multiples superposées, composé par des cellules de forme quadrangulaire.

Eu résumé, dit M. Coyne, cette tumeur est mixte, elle est formée de tissu conjonctif dans la partie centrale, et tout autour de tissu plus mou, analogue à celui que l'on rencontre dans une muqueuse enflammée.

Obs. II — Cas de M. Labbé, 1872. — Observation et examen par M. Coyne. — Résumé.

V. Baroche, 15 ans et demi. Depuis dix-huit mois, écoulement continuel, jaunâtre, par la narine droite. Signes de polype nasal, et de plus, gène dans l'arrière-gorge. Epistaxis depuis trois semaines. Le prolongement pharyngien se développe et la gène augmeute de plus en plus. Pas de déformatiou de la face.

Au moment de l'admission, voile du palais très-tendu et repoussé en avant. Tumeur qui remplit complètement l'arrière-cavité des fosses uasales, et arrive presque à toucher la portion verticale de la laugue. Cette portiou apparente est violacée, bosselée, mobile, de consistance assez molle, mais pas autant qu'un polype muqueux. Le siége exact du pédicule ne peut être déterminé, mais on constate que la tumeur n'est pas adhérente à la face postérieure du pharynx. Une incision médiane du voile du palais avec le galvano-cautère, permet d'attirer le polype en avant par la bouche. Le pédicule a la grosseur du petit doigt, la tumeur a le volume d'un œuf de poule de forme irrégulière, la consistance de la partie inférieure est fibro-cartilagineuse ; plus molle supérieurement et dans le voisinage du pédicule, sa couleur y est blanchâtre, taudis que le prolougement inférieur est rosé.

Dans une séance de cautérisation faite un mois après, M Labbé enlève uu prolongement daus la nariue gauche, puis plusieurs fois, par arrachement, on enlève des portions de polype muqueux par la narine droite.

Examen microscopique. — On distingue trois zones à la coupe. La première est centrale, formée de tissu conjonctif lamelleux et de fibres élastiques. A ce niveau, on trouve des vaisseaux assez volumineux, dont les parois épaissies sout entourées d'une couche fibreuse assez nette. Dans d'autres points de cette zone, on trouve des endroits qui ont subi l'altératiou muqueuse, les éléments se divisent facilement.

La deuxième zone, plus périphérique, est formée par un tissu conjonctif dont les éléments cellulaires sont plus nombreux qu'à l'état normal, et d'éléments embryonnaires arrondis; les leucocytes y sont nombreux, et les parois des vaisseaux en contiennent un grand nombre.

La troisième zone est formée par la couche superficielle dans laquelle les éléments arrondis masquent complétement le stroma de cette couche. L'épithélium est formé de couches superposées de cellules cylindriques ou quadrangulaires.

Obs. III. — Cas de M. Gosselin. — Observation de M. Félizet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1866).

Obs. IV. — Cas de MM. de Saint-Germain et Guyon. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 828).

Obs. V. — Cas de M. Panas. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873).

Obs. VI. — Cas de M. Trélat. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 831.)

Examen microscopique, par M. Cornil.

Le bord libre de la coupe correspondant à la tumeur, est

dentelé, et présente une série de parties saillantes séparées par de larges dépressions qui se prolongent plus ou moins profondément. Le bord est recouvert par une couche d'épithélium cylindrique formé par des cellules très-allongées ; à l'état frais, on voyait des cils vibratiles. Au-dessous de l'épithélium, couche assez épaisse d'éléments jeunes masquant le tissu fondamental. Ces petites cellules sphériques, très-abondantes dans la partie superficielle, vont en diminuant de nombre en se rapprochant du centre. Les noyaux sont accumulés autour de vaisseaux très-nombreux dans la partie superficielle et représentés par des capillaires très-grèles très-minces et fragiles. En se rapprochant du centre, le tissu devient réticulé, mêlé de quelques fibres élastiques, mais dans un grand nombre de points, c'est une modification myxomateuse des éléments de ces parties, caractérisée par des éléments étoilés fortement colorés par le carmin, et dont les prolongements circonscrivent de grands espaces polygonaux occupés par une substance colloïde à peine teintée par la matière colorante. Dans un point de la tumeur avoisinant le pédicule, au niveau duquel on retrouve de grosses artérioles, à parois assez jeunes, on trouve quelques faisceaux de tissu conjonctif, mais c'est le seul point de la tumeur où on rencontre ce tissu. En aucun point de la couche superficielle, on n'a pu retrouver trace d'organes glandulaires.

VII. Cas de M. Pozzi (1871. *Bulletin de la Société Anatomique.*)

Conclusions. En terminant ce mémoire, nous poserons les conclusions suivantes : Les polypes ayant leur point d'implantation à l'orifice postérieur des narines renferment, en plus ou moins grande quantité, des éléments qui les rapprochent en partie des polypes fibreux.

Un polype plus ou moins ramifié peut présenter en quelques points des traces d'inflammation et d'irritation ; d'où les variétés, dans l'aspect, la consistance et la structure, suivant le point où séjourne le prolongement. Les efforts de déglutition, l'alimentation, le passage de l'air, sont des causes d'irritation constante pour le prolongement pharyngien. Les modifications de structure sont, sans doute, explicables par l'action irritative exagérant la production et la multiplication de certains éléments, qui restent moins nombreux dans un même polype en d'autres points plus protégés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'anatomie pathologique : M. Charcot.

M. Charcot a ouvert son cours lundi dernier. Dans son auditoire, de plus en plus nombreux, nous avons remarqué selon l'habitude, beaucoup d'internes et d'anciens internes des hôpitaux. M. Charcot, dans cette première leçon, a commencé l'étude des *localisations cérébrales* qu'il continuera dans les leçons suivantes.

Nous n'avons pas à faire l'éloge de l'enseignement de notre éminent maître. Le *Progrès médical* publiera d'ailleurs ses leçons et nos lecteurs pourront par conséquent juger par eux-mêmes du soin que M. Charcot a mis à rendre aussi claire que possible l'exposition d'un sujet encore plein d'obscurité.

Lorsque ces leçons, qui nous paraissent destinées à constituer une excellente base anatomique à l'étude clinique des maladies de l'encéphale, seront terminées, M. Charcot traitera, conformément au programme officiel, de l'anatomie pathologique de l'encéphale et des voies biliaires.

De l'enseignement de la médecine légale à la Faculté de Paris.

Le Préfet de la Seine, d'accord avec le procureur général de la République, vient, par une circulaire en date du 8 courant, d'informer les maires des 20 arrondissements que désormais les corps envoyés au laboratoire de la Morgue pour les expertises judiciaires, seraient ramenés au lieu du décès, par les soins du commissaire de police qui aura requis le transport à la Morgue. Le corps ainsi ramené sera remis aux parents du défunt, qui restent chargés de pourvoir à l'inhumation suivant les règlements ordinaires. M. le Préfet pense que cette nouvelle manière de procéder donnera pleine satisfaction aux nombreuses familles qui ont envoyé des réclamations à l'administration. (*Le Rappel.*)

La décision prise par M. le préfet de la Seine donnera satisfaction à un sentiment respectable, et cela sans nul inconvénient pour les intérêts de la justice. Nous l'approuverions donc en elle-même, et sans réserve, si, malgré nous, en raison d'actes antérieurs de M. le préfet, elle ne nous était un peu suspecte dans son mobile. A tort peut-être, nous nous figurons qu'elle résulte moins d'une tendance aux simplifications administratives que d'une disposition plus ou moins instinctive ou réfléchie à s'incliner devant des réclamations inspirées par des préjugés ou des idées surannées. Si nous ne nous trompons, et nous le désirons vivement, cette mesure témoignerait d'un revirement dans la manière de voir de M. le préfet, depuis le jour où il a suspendu, comme inconvenants, les cours de clinique mentale à l'asile Sainte-Anne. Mais nous craignons à vrai dire qu'elle n'ait été prise sous l'inspiration d'un sentiment analogue à celui qui a dicté cette suspension.

Nous ne demanderons pas à M. le Préfet, pour nous prouver que nous sommes dans l'erreur, de revenir sur la décision relative aux cours de l'asile Sainte-Anne. Les hommes en général, et les administrateurs en particulier, reconnaissent difficilement qu'ils se sont trompés, et encore plus malaisément qu'ils ont été trompés. Mais il n'en pourrait rien coûter à l'amour-propre légitime de M. le Préfet, s'il saisissait cette occasion des autopsies médico-légales, pour démontrer par des actes qu'il n'est nullement ennemi de la science et qu'il est tout disposé, autant qu'il le pourra, à en favoriser les progrès.

L'enseignement de la médecine légale n'existe pas en France, on peut le dire, malgré le grand talent d'exposition et la profonde expérience du professeur qui en est chargé (1). Ce qu'écrivait en 1862 le traducteur de Casper : « Tous les jours, en France, des étudiants en médecine » finissent leurs études et parviennent au grade de docteur » sans avoir vu *un seul cas* de médecine légale, » est encore vrai aujourd'hui. Il faudrait même rectifier et dire qu'il en est ainsi pour *tous* les étudiants. C'est que la médecine légale est essentiellement d'observation, d'expérience, et c'est en vain que M. Tardieu, dans sa chaire, dépense des trésors de savoir et d'éloquence. Il ne fait pas à l'Ecole un seul médecin légiste alors qu'il pourrait laisser de nombreux élèves, s'il avait la faculté de faire une vraie *clinique* médico-légale.

M. le professeur Tardieu a protesté contre les paroles « injustes et blessantes » de M. Troplong disant : « La mé» decine légale affecte depuis quelque temps la prétention » d'imposer ses oracles à la jurisprudence. Il faut avouer » que ce que j'ai vu et entendu de certains médecins dans » ma carrière judiciaire dépasse toute croyance... Je pense » que la médecine légale n'a ajouté aucun progrès sérieux » aux doctrines reçues dans la jurisprudence et qu'elle ne » doit en rien les modifier. » — M. Tardieu avait pleinement raison de protester au nom de la science, mais il faut reconnaître que M. Troplong n'avait pas tout-à-fait tort

(1) Cette année le professeur s'est fait suppléer par un agrégé.

au point de vue des médecins-légistes praticiens. Il est certain qu'il en a vu de belles dans le cours de sa carrière, de la part de jeunes praticiens appelés à la hâte dans un cas médico-légal. Mais faut-il s'en étonner? Où auraient-ils appris la médecine légale, où auraient-ils acquis l'expérience nécessaire pour résoudre les problèmes particuliers qui se posent dans la pratique. M. Troplong n'a eu que le tort d'étendre à la *science* un reproche mérité par des *médecins* dont l'ignorance n'était pas leur faute.

A cette défiance trop justifiée des magistrats envers les médecins légistes, et, par une conclusion illogique, envers la médecine légale, à ce mal dont souffrent à la fois la dignité professionnelle et l'intérêt de la justice, il n'y a qu'un remède : la création de l'enseignement réel et pratique de la médecine légale, par la publicité des expertises. La manière dont elles se font aujourd'hui, à huis clos, n'est qu'un reste des vieilles coutumes juridiques, des procédures et des jugements secrets d'autrefois ; le secret de l'expertise a la même origine que le secret de l'instruction, et l'on invoquera sans doute la nécessité du secours pour défendre le premier. Quant au secret de l'instruction, nous n'avons rien à en dire ici; bon ou mauvais, peu nous importe, il nous suffit de savoir que l'expérience ait démontré que la publicité des expertises n'entrave en rien l'action de la justice. L'exemple de la Prusse et de l'Autriche est là pour le prouver.

« A Berlin, dit M. Jaccoud (1), les expertises et les autopsies sont faites » dans les laboratoires et dans les amphithéâtres de la faculté par le professeur de médecine légale, en présence des étudiants qui se sont inscrits » pour ces exercices pratiques. Après avoir lu aux élèves le rapport officiel » sur les circonstances qui ont nécessité l'intervention du médecin légiste, le » professeur procède à l'autopsie, et à mesure qu'il avance dans ses recherches, il fait une leçon sur les lésions observées, s'appliquant surtout à » en discuter la valeur médico-légale, et à mettre en lumière les moyens de » diagnostic dans les cas analogues. C'est beaucoup déjà; car les auditeurs » ont ainsi sous les yeux les pièces du procès, et l'enseignement acquiert » de la sorte une valeur considérable; mais ce n'est pas tout. Afin que les » élèves soient familiarisés avec toutes les faces, avec toutes les difficultés » des questions de ce genre, le gouvernement, sur les instances de la Faculté, a adopté la mesure suivante : l'un des scribes du tribunal auquel » ressortit l'affaire, accompagne le professeur, qui est tenu de dicter son rapport, séance tenante, alors qu'il a devant lui tous les éléments du problème » à résoudre. En s'acquittant de cette obligation, le professeur commente » lui-même les différents articles de son rapport, il donne ses motifs, justifie » ses réserves, il fait assister les élèves à ses incertitudes, à ses hésitations, » et de cette comparaison des conclusions officielles, avec les pièces examinées, ressort la plus utile, la plus pratique des leçons. »

Que l'on compare cet enseignement avec celui que dispense la Faculté de Paris, et que l'on dise lequel est le plus propre à former des médecins capables d'éclairer les magistrats sur les points de fait, lequel sert le mieux les intérêts de l'administration de la justice par tout le pays. Est-ce celui qui, formant un grand nombre de médecins, sinon tous, à la pratique de la médecine légale, permet à toutes les vocations spéciales de se faire jour, ou celui qui, en faisant le monopole d'un petit nombre de privilégiés, admis par une faveur illégale à en pénétrer les secrets, refuse au plus grand nombre l'acquisition de connaissances qu'ils doivent avoir, qui leur seront nécessaires le jour où la justice réclamera leur concours? La réponse est facile et la comparaison affligeante.

Que M. le Préfet de la Seine s'entende donc avec le procureur général de la République, avec le Ministre de l'Instruction publique, avec d'autres encore s'il le faut, pour faire cesser un pareil état de choses, et s'il y réussit, il pourra sans vanité compter sur une belle page dans l'histoire des grands administrateurs de Paris. E. T.

(1) Rapport sur l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 avril. — Présidence de M. Ranvier.

M. Rabuteau complète la communication précédente (V. p. 188) qu'il a faite sur l'analyse chimique du foie d'une malade traitée par le sulfate de cuivre, en donnant des renseignements sur l'analyse de l'alcool fourni par les hôpitaux pour la conservation des pièces. Il résulte des deux analyses qu'il a pratiquées que cet alcool ne renferme pas de cuivre.

M. Brown-Séquard fait une communication sur l'influence qu'exerce l'application du cautère actuel sur la colonne vertébrale à la région cervicale. Elle détermine une action sur le grand sympathique et produit une contraction des vaisseaux dans la partie enflammée (ramollissement cérébral inflammatoire). Dans 2 cas de ramollissement cérébral inflammatoire, il a noté une dilatation notable mais temporaire de la pupille ; dans un 3e cas, la dilatation a été moins prononcée, mais elle a duré plus longtemps (15 minutes). Enfin, dans ce même cas, il a noté une élévation de la température (1°) du côté correspondant. Enfin il a remarqué que la glace produisait sur la pupille un effet semblable, c'est-à-dire une dilatation.

M. Rouget, à l'occasion de son cours de physiologie, s'est occupé de l'excitabilité de la couche grise du cerveau et des centres moteurs. Son but était seulement de contrôler les recherches de Ferrier. Les expériences qu'il a instituées l'ont amené à admettre comme certains la plupart des faits avancés par Ferrier et par ses initiateurs Fritz et Hitzig. C'est ainsi qu'il a vérifié que la mise à nu d'un des hémisphères cérébraux d'un cochon d'Inde donnait lieu à une attaque épileptique; — qu'il y avait un centre moteur pour les mouvements de mastication (lapin), pour les pattes, surtout les antérieures (lapin). Chez les chats et les chiens, on obtient les mêmes effets en se servant d'un courant plus faible que chez le lapin. En ce qui concerne les courants dérivés, il ne conteste pas leur réalité, mais il estime qu'ils sont loin d'avoir toute l'influence qu'on leur attribue. Si on excite le centre moteur des mâchoires, on obtient des mouvements des mâchoires; si on s'écarte de ce centre, on n'a plus rien. L'excitation du lobe médian du cervelet diffère selon que l'on agit à la partie postérieure ou à la partie antérieure. M. Rouget croit que la suppléance des lobes cérébraux reste la même et ne regarde pas les arguments invoqués par Carville et Duret comme incontestables. Il ne pense pas non plus que les ganglions moteurs puissent entrer d'eux-mêmes en action s'ils sont en dehors des parties sensitives de l'écorce cérébrale. L'anatomie pathologique montre aussi qu'une lésion de la queue du corps strié n'amène pas une abolition des mouvements. En terminant, M. Rouget déclare que, à son avis, les travaux de Ferrier méritent d'être le point de départ de travaux plus approfondis.

M. Brown-Séquard demande à M. Rouget s'il pense que c'est la substance blanche qui est excitable.

M. Rouget. On a dit qu'il y avait à la surface de la substance grise une couche de substance blanche composée de fibres. En étudiant le développement d'une vésicule cérébrale chez les animaux et en particulier chez les oiseaux, on se rend compte de la réalité de ce fait. D'ailleurs, chez l'homme adulte, la structure de la corne d'Ammon nous offre une disposition semblable. Cette circonvolution est, en effet, formée de deux couches de substance blanche, l'une interne, l'autre externe. Il résulte de l'existence de ces fibres que, en excitant la surface du cerveau, on obtient des phénomènes qui peuvent différer de ceux de l'excitation de la substance grise elle-même.

M. Brown-Séquard propose de nommer une commission pour étudier les faits rapportés par Ferrier.

M. Chauveau a vu Ferrier reproduire ses expériences et il est convaincu que ses expériences et celles de Fritz et Hitzig méritent la plus grande attention et c'est avec plaisir qu'il a

entendu MM. Rouget et Brown-Séquard écarter l'argument contraire tiré de la dérivation, ou mieux de la *diffusion* des courants, car cette diffusion est réduite à rien on à peu près à rien si, comme M. Rouget, on a recours à des courants minima pour produire l'action qu'on recherche. Il est incontestable que le mode opératoire incriminé est bon si on l'emploie tel qu'il doit être employé. — La société, conformément à la proposition de M. Brown-Séquard, nomme ensuite une commission composée de MM. Brown-Séquard Moreau, Lépine et Vulpian

ACADÉMIE DE MÉDECINE (1)

Séance du 6 avril 1875. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la persoune de M. Roche, membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

M. Simonin, membre correspondant, lit un mémoire sur les *modifications de la température* chez l'homme pendant l'anesthésie chirurgicale par l'éther.

Election. — L'académie procède à un scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. La commission avait présenté dans l'ordre suivant : 1° M. Perrin ; — 2° M. Le Fort ; — 3° M. Désormeaux ; — 4° M. Panas ; — 5° M. A. Després. — Votants, 79; majorité, 40. Au premier tour, M. Perrin est élu par 57 suffrages. M. Le Fort obtient 12 voix, M. Désormeaux 8, M. Panas 1; bulletin blanc, 1.

M. Bouillaud, d'une voix émue et entrecoupée par les sanglots, lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques du regretté M. Roche.

M. le secrétaire perpétuel lit une lettre de M. Poullet (de Lyon) demandant l'ouverture d'un pli cacheté, déposé en juin dernier. Communication est faite de ce pli. Il contient la description de deux appareils. L'un est une espèce de fronde destinée à être appliquée sur la tête d'un fœtus pour y exercer des tractions. L'autre est une double tige rigide et recourbée, munie d'une vis. Elle est terminée d'un côté par deux cupules qui lui permettent de prendre appui sur les tubérosités de l'ischion. Le forceps étant introduit et appliqué normalement, on peut l'adapter à la vis de la tige rigide. Un travail mécanique se trouve ainsi substitué aux tractions des mains.

M. Depaul déclare d'abord qu'il n'est pas partisan de la substitution de la mécanique aux opérations manuelles ; puis, au nom de l'auteur, il doune quelques explications sur les deux appareils précédents.

M. Burdel (de Vierzon) donne lecture d'un mémoire sur *deux cas de nécroses pernicieuses par intoxication palustre.* Pour l'auteur, le seul traitement efficace et rationnel de ces sortes d'affection est l'administration du sulfate de quinine à haute dose.

M. Azam (de Bordeaux lit un travail intitulé : *sur une cause de la persistance de l'étranglement interne après la réduction herniaire.* L'orateur énumère les différentes causes connues jusqu'à présent, et arrive à celle qui fait l'objet de son mémoire. Elle est due à un refoulement de l'intestin dans une cavité accidentelle, produite à la suite de déchirure du péritoine, ou au refoulement de l'intestin sous le péritoine en arrière du ligament de Fallope. M. Azam rapporte un certain nombre d'observations suivies de nécropsies. — La séance est levée à 4 heures 1/4. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 janvier. — Présidence de M. Charcot.

1. Angine ulcéreuse chronique, considérée d'abord comme syphilitique, plus probablement de nature scrofuleuse ; dilatation des bronches et pneumonie chronique, s'accompagnant pendant la vie de vomiques purulentes et fétides ; par MM. Rendu et Exchaquet, internes des hôpitaux.

Marie H... âgée de 49 ans, entre le 21 mars 1874 dans le service de M. Potain, à l'hôpital Necker. Cette femme est pâle, amaigrie, très-anémique et présente au premier abord l'aspect général d'une phthisique. Elle fait remonter sa maladie à l'hiver de 1870-1871. Sous l'influence des privations subies pendant cette période, elle aurait commencé à tousser. Depuis, son rhume ne s'est jamais interrompu, et l'expectoration est devenue de plus en plus abondante. A plusieurs reprises, elle a trouvé des filets de sang mêlés aux mucosités puriformes expectorées. Toutefois, elle n'est pas d'une famille de tuberculeux, et elle n'a jamais eu d'accès de fièvre depuis le début de sa maladie.

Les symptômes qui l'amènent à l'hôpital sont ceux d'une angine subaiguë qui s'est exaspérée depuis quelques jours. Il y a trois mois, elle a commencé à se plaindre d'un peu de gêne dans la déglutition, d'une sensation de cuisson dans l'arrière-gorge. Elle nasonne légèrement en parlant, et de temps à autre, les boissons qu'elle avale lui reviennent par le nez.

L'examen de la gorge montre une luette volumineuse d'un rouge assez pâle et blafard, très-œdématiée, descendant vers la base de la langue et masquant la paroi pharyngienne. Toutefois, en déprimant fortement la langue, on aperçoit l'extrémité inférieure d'une ulcération tapissée par une sorte de couenne adhérente, d'un blanc jaunâtre et entourée d'une zône d'un rouge assez intense. Il parait donc probable, bien que l'on ne puisse s'en assurer, que la face postérieure du voile du palais est envahie par une ulcération de même nature, qui a déterminé l'œdème de la luette. Quant aux amygdales, elles sont intactes; les ganglions sous-maxillaires correspondants sont à peine plus volumineux qu'à l'état normal, et parfaitement indolents. Jamais la malade n'a présenté d'aphonie; sa voix est claire, sauf le nasonnement dont il a été question.

Indépendamment de ces troubles fonctionnels assez légers, qui relèvent de l'angine, on note la fréquence extrême d'accès de toux quinteuse, survenant de préférence le matin et dans la soirée, avec expectoration nummulaire puriforme. L'examen de la poitrine montre en effet la présence de profondes lésions.

Le *poumon droit* donne à la percussion trois zônes de sonorité bien différentes. Au sommet, submatité légère, plus accentuée sous la clavicule ; au-dessous, sonorité normale, presque tympanique ; plus bas, à partir de la moitié inférieure de la poitrine, matité presque absolue avec atténuation des vibrations thoraciques. L'auscultation fait constater : au sommet une respiration faible avec expiration un peu rude ; à la partie moyenne, au niveau de l'origine des bronches, du souffle, du gargouillement et des signes presque cavitaires avec râles multiples; enfin, à la base, une suppression presque complète du murmure vésiculaire.

Le *poumon gauche* est beaucoup moins malade : une légère diminution de sonorité à la base, de la respiration rude au sommet, des râles disséminés sans caractères spéciaux, tels sont les seuls signes que l'on a pu constater.

L'interprétation de ces diverses lésions était fort difficile. Les caractères de l'angine étaient ceux d'une pharingite ulcéreuse syphilitique : d'autre part, les signes cavitaires siégeant au voisinage de la racine des bronches n'indiquaient pas d'une façon indubitable l'existence d'une caverne tuberculeuse. D'ailleurs, la malade était sans fièvre ; elle avait conservé de l'appétit, ne vomissait jamais, n'avait point de diarrhée, bref, ne présentait aucun des symptômes généraux de la tuberculose.

On adopta momentanément l'hypothèse, plus favorable au point de vue thérapeutique, d'une angine syphilitique et la marche de l'affection, pendant les jours qui suivirent, parut tout-à-fait confirmer ce diagnostic.

En effet, au bout d'une semaine, la douleur et la gêne de la déglutition avaient singulièrement augmenté, la dysphagie était absolue: l'ulcération pharyngienne avait grandi, et celle du voile du palais commençait à être visible ; toute la région considérablement déformée, était boursouflée et tapissée d'exsudations blanchâtres et caséiformes ; les bords de l'ulcération étaient indurés et comme taillés à pic. En même temps on apprit que le malade avait eu, quinze ans auparavant, une irido-choroïdite de l'œil gauche, que l'on était en droit de sup

(1) Dans notre dernier compte-rendu, il faut lire *péracéphalien anal* au lieu de paracéphalien ovale.

poser syphilitique. Néanmoins, il fut impossible de retrouver la trace d'aucun accident constitutionnel bien évident ; jamais elle n'avait eu d'éruption cutanée, jamais de symptômes d'infection; son mari, interrogé de son côté, était complétement indemne de syphilis.

Le 3 *avril*, on commença à faire prendre à la malade de l'iodure de potassium à dose de 1 gramme par jour. La médication parut tout d'abord avoir une efficacité très-évidente : Dès le 7 *avril*, la déglutition était plus facile, et le nasonnement bien moindre ; l'ulcération pharyngienne commençait à se déterger, et la douleur de sa gorge s'atténuait notablement. Le 21 *avril*, la dysphagie avait presque complètement disparu, et la malade commençait à s'alimenter de nouveau avec des aliments solides ; toutefois, l'état général restait assez mauvais, la toux fréquente et les signes stéthoscopiques du poumon droit ne s'étaient pas modifiés. (Pilules de Vallet associées à la médication iodique.)

A partir du 25 *avril*, l'amélioration se suspend complétement ; de nouveau, l'ulcération fait des progrès ; on soumet la malade au traitement mixte par le sirop de Gibert, qui est assez mal toléré.

Dans le cours du mois de *mai*, le mal fait des progrès. L'ulcération du voile du palais devient envahissante, une échancrure se produit graduellement à la base de la luette, presque sans gonflement et sans douleur ; la luette disparait petit à petit dans ce travail d'érosion lente. La disparition de cet appendice permet de voir la paroi pharyngienne tapissée d'une large ulcération, et recouverte d'un exsudat grisâtre.

Même état, avec aggravation lente et continue de l'ulcération locale, pendant tout le mois de *juin*. On essaie de nourrir la malade avec de la viande crue et des panades ; localement, on touche le fond de l'ulcération avec une solution de bromure de potassium et de teinture d'iode, qui parait modifier la lésion pendant quelques jours, et supprime en partie la dysphagie. A plusieurs reprises, on tente de nouveau le traitement anti-syphilitique ; on est définitivement obligé de l'abandonner vers le 15 *juillet*. On se borne aux applications locales répétées matin et soir jusqu'à la fin du mois.

Cependant, à partir de ce moment, les phénomènes thoraciques s'aggravent d'une façon très-notable. Les quintes de toux deviennent incessantes, et l'expectoration est purulente, très-abondante, mêlée à des mucosités claires. Des accès fébriles se déclarent avec frissons et sueurs profuses, en un mot, des signes d'hecticité se manifestent. (Sulfate de quinine, quinquina, toniques, huile de foie de morue).

A la fin du mois d'*août*, le voile du palais se perfore au-dessus de la base de la luette, sans que la malade s'aperçoive de cette nouvelle complication : la déglutition n'est pas sensiblement plus gênée, les boissons ne refluent pas par les fosses nasales comme au début, la voix est seulement plus nasonnée. Mais la malade se plaint d'une douleur très-vive à la nuque, vers le point correspondant à l'ulcération pharyngienne.

En *septembre* et *octobre*, indépendamment de la cachexie et de l'amaigrissement qui s'accusent de plus en plus, de nouveaux symptômes apparaissent : ce sont de véritables vomiques purulentes, déjà un peu fétides, qui apparaissent, la malade rendant, au milieu de quintes de toux, un crachoir entier de matières puriformes. Ces accidents attirent de nouveau l'attention vers les organes thoraciques, et l'on constate que la matité du côté droit est devenue plus accentuée à la base, que les vibrations thoraciques ont presque totalement disparu (signe douteux à cause du nasonnement de la malade). Au niveau de la gouttière vertébrale, vers la partie moyenne du poumon on perçoit un souffle large, caverno-amphorique, avec des râles muqueux à timbre métallique. Il semble donc qu'il existe un épanchement purulent, avec compression du poumon et fistule pleuro-bronchique, ou bien une pleurésie interlobaire qui vide de temps à autre son contenu dans les bronches. (Capsules de térébenthine, qui tarissent un peu la sécrétion bronchique).

Le 20 *octobre*, de nouveaux troubles s'observent sur le voile du palais: une seconde perte de substance se voit au-dessus de la première, et en quelques jours la perforation complète du voile palatin s'établit, sans aucune réaction locale ni générale. Entre les deux perforations, il reste à peine une bride de muqueuse amincie et décolorée. A travers la perte de substance l'œil aperçoit la surface de l'ulcération pharyngienne, à fond plat, toujours tapissé par cet exsudat tenace et caséeux qui n'a jamais changé de caractère. Pas plus qu'au début, les ganglions de la région ne sont altérés. (Applications locales d'iodoforme sur l'ulcération).

Novembre. La cachexie s'accuse de plus en plus : la malade ne peut plus se nourrir ; elle est réduite à ne plus avaler, à grand peine, que des panades et du lait : tout autre aliment la brûle comme un fer rouge. L'amaigrissement devient excessif: les vomiques se répètent de temps à autre, et dans l'intervalle la toux et l'expectoration sont presque incessantes.

20 *décembre*. Les crachats sont beaucoup plus abondants que de coutume, et ils ont pris une fétidité extrême : la malade est abattue et oppressée. Localement, on entend à certains moments les signes cavitaires, à d'autres moments ils font place à de l'absence du bruit vésiculaire, ce qui confirme dans l'idée d'une vomique due à une pleurésie interlobaire. (Potion avec 0,50 c. g. d'acide phénique).

Le 24 *décembre* dans l'après-midi survient un accès de suffocation intense, avec cyanose et menaces d'asphyxie ; la malade a du délire, des hallucinations, qui semblent dûes à l'état d'inanition auquel elle est réduite.

A partir de ce moment, la malade tombe dans un état de somnolence et de demi coma, interrompu par du subdelirium et des accès de suffocation : toutefois elle garde à certains moments sa pleine connaissance. Depuis quelques jours, la voix s'est complètement supprimée.

Le 30 *décembre*, elle commence à avoir du râle trachéal : la mort survient le lendemain.

Autopsie le 1er *janvier* 1875 à 10 heures. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve le poumon droit attaché à la paroi par des adhérences anciennes, très-résistantes, qui couvrent une grande partie de la surface de l'organe et surtout le sommet ; on est obligé dans cette région d'enlever avec le poumon la plèvre thoracique. A gauche quelques adhérences peu étendues. Epanchement séreux peu considérable dans les deux plèvres, pas de pleurésie interlobulaire. Les ganglions bronchiques sont engorgés, très volumineux, noirâtres à la surface et à la coupe ; aucun d'eux ne présente de dégénérescence caséeuse. Le ganglion sous-bronchique droit (nomenclature de M. Baréty), le plus hypertrophié, atteint le volume d'une grosse noix et comprime fortement la bronche droite et plus particulièrement sa division inférieure à laquelle il est adhérent. Une coupe pratiquée du haut en bas sur le poumon droit montre une dilatation des bronches portée au plus haut degré de généralisation. Tout le lobe inférieur est transformé en une masse spongieuse ; toutes les bronches sont dilatées uniformément, les unes ayant le volume d'une plume de corbeau, beaucoup atteignant environ un centimètre de diamètre. Leurs parois sont très-épaissies, blanchâtres et dures, entourées de tissu pulmonaire sclérosé, noirâtre et complétement carnifié. Toutes les coupes, quelle que soit leur direction, présentent le même aspect. En fendant la bronche primitive pour en suivre les divisions, on constate que la première bronche a été presque complétement oblitérée par la compression exercée par le ganglion indiqué ; cette bronche est aplatie de haut en bas, et la pointe des ciseaux s'y engage à peine.

Immédiatement au-delà du point rétréci, commence la dilatation qui intéresse tous les rameaux bronchiques ; en les poursuivant avec les ciseaux, on les voit se continuer avec un calibre uniforme jusqu'à la surface du poumon. — Dans le lobe supérieur du même poumon et dans toute l'étendue du poumon gauche, on trouve également de nombreux rameaux bronchiques, offrant le même genre de dilatation, mais à un moindre degré ; partout les parois des bronches sont épaissies et entourées de tissu pulmonaire sclérosé, la consistance du poumon est du reste notablement augmentée, même dans les points où, comme aux deux sommets, la dilatation est moins accentuée. On ne voit sur aucun point de tu-

bercules crus ou de foyers caséeux. Le cœur ne présente pas de lésions marquées, sauf un léger degré d'épaississement sur quelques points de la valvule mitrale et une dilatation marquée du ventricule droit. Reins, foie et rate normaux. Le pharynx et l'œsophage étant enlevés avec le larynx et la trachée, on constate que, par suite de l'ulcération pharyngienne, l'ouverture supérieure de l'œsophage est notablement rétrécie De plus, tout le conduit est atrophié, ses parois amincies et presque transparentes lui donnent l'aspect d'un tronc veineux, aplati, et son calibre est diminué sur toute sa longueur.

Réflexions. — Cette observation nous paraît présenter un grand intérêt au double point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique de la dilatation des bronches. Il est inutile d'insister sur les difficultés du diagnostic ; les signes physiques de sclérose des sommets, la matité existant à la base du poumon droit, et le souffle perçu à la limite supérieure de la zône de matité, enfin la coïncidence du début de la période d'hecticité avec l'accentuation de ces signes, tout cela formait un ensemble clinique qui simulait absolument une tuberculose pulmonaire avancée, avec épanchement pleural.— Un point que nous voudrions voir plus complètement éclairci, est relatif à cette angine ulcéreuse rebelle à marche envahissante, qui en précipitant l'apparition de la cachexie et la marche de la maladie, ajoutait encore à la difficulté du diagnostic.

La marche de l'angine, ainsi que sa résistance aux divers traitements locaux ou généraux mis en usage, font supposer qu'il s'agissait d'un de ces processus ulcératifs, analogues au lupus, qu'on rattache habituellement à la scrofulose de l'âge adulte ; malheureusement l'examen nécroscopique n'a pu fournir de données certaines sur ce point.

Quant au mécanisme par lequel s'est produit la dilatation bronchique, on trouve réunies ici la plupart des causes auxquelles cette lésion a été tour à tour attribuée, bronchite chronique, sclérose pulmonaire, accumulation du pus dans les bronches et adhérences pleurales. Cependant ces facteurs ne paraissent pas avoir dans ce cas tous la même importance. Les adhérences pleurales étaient très-marquées à droite, mais le lobe inférieur où la dilatation était au maximum était précisément la région la plus dépourvue d'adhérences. Celles-ci étaient insignifiantes à gauche, où on n'en voyait pas plus que sur la plupart des sujets de cet âge. Notons ici de plus, que la plèvre pulmonaire, quoique légèrement épaissie par places, était bien loin de présenter la transformation en coque fibreuse souvent rencontrée par M. Barth ; il semble donc légitime d'écarter complètement ce premier agent.

La seule lésion qui fût générale et en rapport d'importance avec l'altération des bronches, celle par conséquent qu'on est nécessairement amené à considérer comme primitive, est la sclérose pulmonaire. Enfin, et en tant que causes adjuvantes, la compression de la division bronchique correspondant au lobe inférieur droit, et la difficulté ainsi occasionnée à l'évacuation des produits de la secrétion bronchique, rendent assez bien compte de la prédominance des lésions dans cette partie.

M. Renaut. — Il existe ici des lésions évidentes de péribronchite, de sorte qu'il est difficile de décider s'il s'agit ou non de lésions tuberculeuses. Je crois que ce point doit être réservé tant que l'examen histologique n'aura pas été fait.

Séance du 18 décembre 1874. — Présidence de M. Charcot.

27. Cancer généralisé à une partie des organes abdominaux et pelviens ; méningite secondaire ; par M. E. Schwartz, interne des hôpitaux.

G. B., âgé de 36 ans, employé de bureau, entre dans le service de M. Demarquay, le 25 octobre, pour une rétention d'urine et une constipation opiniâtre accompagnée de fortes coliques. Ce malade n'accuse pas d'antécédents diathésiques dans sa famille.

Il nous dit qu'il a souffert de fortes gastralgies il y a 4 à 5 mois; il fait remonter à 3 mois, au plus, le début de la maladie pour laquelle il entre. A ce moment il s'aperçut que la défécation devenait difficile, ainsi que la miction ; il avait comme le sentiment d'un corps volumineux dans le fondement ; de plus il ressentait de violentes coliques et des douleurs au périnée qui depuis ne lui ont pas laissé de trêve. Il fut pris de fièvre, présenta de l'anorexie, une soif vive, de l'agitation et a beaucoup maigri. Jamais de vomissements, ni de selles sanglantes.

A son entrée, on constate les symptômes énoncés ci-dessus, et de plus du ballonnement de l'abdomen, un facies maigre et jaune paille.

En sondant le malade, on pénètre dans la vessie en éprouvant un ressaut au niveau de la région prostatique. Ecoulement d'une urine claire et normale. — Au toucher rectal, on sent la prostate volumineuse, indurée, faisant saillie dans le rectum ; c'est à peine si on pénètre avec le doigt, l'intestin est complétement aplati d'avant en arrière.

Le malade ne présente rien d'anormal du côté des autres organes. M. Demarquay diagnostique un carcinome de la prostate, probablement primitif. Le soir, léger mouvement fébrile. Il dit n'avoir pas été à la selle depuis plusieurs jours.— Huile de ricin 30 gr. — Sulf. de quinine 0,50, et alcool.

Les *jours suivants* le malade présente un état général grave; température variant entre 39° et 40°,5. Pouls petit, fréquent; langue sèche, anxiété ; ventre ballonné. Il urine assez facilement. La constipation persiste.

On pense à une obstruction intestinale et on administre de nouveau 30 gr. d'huile de ricin, et un lavement purgatif, s'il n'y a pas d'évacuation.

4 novembre. Après avoir pris son purgatif, le malade a des vomissements de matières bilieuses ; pas de selles; le *soir* abaissement de température. T. A.36°. Pouls fréquent et petit; douleurs atroces dans le ventre. Anxiété, traits tirés.

On fait prendre, avec une sonde introduite par le rectum, un lavement purgatif. Il y a une débâcle de matières ; encore un vomissement.

8 novembre. Le ventre s'assouplit un peu ; malgré cela l'état général ne s'améliore guère. Le malade se cachectise de plus en plus, bien que l'appétit soit meilleur. La sécheresse de la langue persiste toujours. La température est normale.

Du *10 au 15 novembre*, le malade semble aller un peu mieux, mange de meilleur appétit, se lève, se promène un peu.

Le *15 novembre soir*, il est pris d'un accès de délire, il fait des extravagances, délire toute la nuit. Il paraît y avoir de la fièvre, mais on ne peut prendre la température, à cause de l'agitation du malade.

Le *16 novembre*, Délire, langue sèche, fièvre ; contracture légère de la main gauche ; insensibilité et paralysie incomplète du bras droit. Le malade ne peut me serrer la main de ce côté, la serre assez fortement de l'autre. Rien du côté des membres inférieurs. Incontinence d'urine. Rien du côté de la face et des yeux. Au milieu du délire, le malade se plaint toujours de coliques très-violentes. Le *soir*, il tombe dans un demi-coma, dont il n'est tiré que très-difficilement.

Le *17 novembre*, accès de délire furieux, puis coma.

Le malade meurt le 17 novembre, 11 h. du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur l'intestin grêle distendu par des gaz, il s'écoule de la cavité péritonéale 1 litre environ d'un liquide jaune citrin. Pas de lésions du péritoine pariétal. Le grand épiploon assez développé est chargé de quelques lobules de graisse, et de plus, d'une grande quantité de petits noyaux durs, bleu-grisâtres à la coupe, variant du volume d'un haricot à celui d'un pois. Le grand épiploon forme une espèce de bride au devant de la terminaison de l'intestin grêle dans le cœcum. Cette bride est reliée à l'appendice cœcal englobé dans une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, et présentant à la coupe le même aspect que les petites nodosités de l'épiploon ; les ganglions iliaques situés en arrière du cœcum sont pris aussi; en haut, au niveau de l'insertion du grand épiploon sur le colon transverse, petits noyaux ; le colon transverse est complètement adhérent à la grande courbure de l'estomac, et retréci. En touchant à ce niveau, on trouve une tumeur assez volumineuse, dure, unissant l'estomac au colon et proéminant dans les deux organes. — La tumeur stomacale envahit en nappe tout le petit cul de sac, elle est mamelonnée, végétante, elle envahit le colon

qui, à son intérieur, présente un gros champignon rétrécissant fortement son calibre ; plus loin, du côté droit, existe une tumeur analogue. Le reste du gros intestin est sain, ainsi que l'intestin grêle.

Les ganglions mésentériques sont pris. — Le foie est gros, un peu granuleux, ne présente rien d'anormal sur des coupes. Rate saine, pas de noyaux cancéreux.

Petit bassin. — En plongeant la main dans cette excavation, on est arrêté par une tumeur qui occupe sa cavité. Avec le doigt on la décolle des muscles et des aponévroses. Les ganglions sacrés sont durs et volumineux. On enlève ensemble le rectum, la prostate et la vessie.

Vessie saine. — Prostate peu volumineuse, dure, blanche à la coupe, se continuant en arrière avec une tumeur qui envoie de chaque côté deux prolongements durs vers le rectum. — Le rectum est intact intérieurement ; sur sa face antérieure il présente un épaississement dur et intrinsèque. Uretères sains. Reins normaux. — Rien à la colonne lombaire.

Les organes thoraciques sont sains.

Crâne. — En enlevant la calotte crânienne, on s'aperçoit que la dure-mère adhère en certains points aux os de la voûte. La surface convexe des hémisphères cérébraux est poisseuse.

Autour des vaisseaux peu congestionnés, on remarque comme une gaîne d'exsudat fibrineux ; la pie-mère s'arrache difficilement ; pas de pus, ni de tubercules. — A la base, mêmes lésions. — On trouve de plus à la convexité et sur l'hémisphère droit une plaque d'ecchymose assez étendue, avec infiltration de sang entre les éléments, à une profondeur de 1 à 2 millimètres ; quelques petites plaques sur l'hémisphère gauche.

A la coupe des différentes parties de l'encéphale, rien d'anormal.

Un examen microscopique, fait par M. CHOUPPE, des tumeurs de l'estomac et de la prostate montre qu'il s'agit d'un épithéliome cylindrique.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est : 1° la généralisation particulière de la tumeur maligne, à une partie des organes abdominaux, et du petit bassin ; — 2° le peu de symptômes qu'avait donné le cancer de l'estomac et du colon, et la difficulté qu'il y avait à les diagnostiquer dans ce cas, vu l'obstruction intestinale au niveau de la prostate ; — 3° enfin la forme de méningite secondaire dont le malade a été atteint, ne se manifestant à l'autopsie que par des exsudats blanchâtres le long des vaisseaux et un état poisseux de l'arachnoïde.

28. Sarcome kystique du testicule ayant nécessité la castration. — Présence de fibres musculaires lisses et de cellules vibratiles dans la tumeur ; par M. LAURENT ROBIN, interne provisoire.

X..., employé de commerce, âgé de 21 ans, est entré le 7 juillet à l'hôpital temporaire, (service de M. TERRIER). Il raconte ainsi dans quelles circonstances s'est montrée la tumeur dont il est atteint. L'affection débuta spontanément, au mois de janvier 1874, par une simple augmentation de volume du testicule gauche, sans gêne, ni douleur ; et sans changement de forme dans l'organe, qui resta ovoïde, d'une consistance élastique.

Au mois de mars, le malade voyant que sa tumeur continuait d'augmenter, consulte M. Landrieux qui, considérant l'affection comme syphilitique, fait une ponction simple, et retire 80 et quelques grammes d'un liquide sanguinolent ; il prescrit, en outre, le repos au lit pendant quelques jours, et de l'iodure de potassium à l'intérieur. A la fin de juin, la tumeur ayant acquis un volume double, le malade prit l'avis de M. Verneuil, qui ordonna une nouvelle ponction, suivie d'une injection de teinture d'iode. — M. Landrieux la pratiqua et retira un peu plus de liquide, de même nature, que la première fois. L'injection irritante resta sans effet.

Huit jours après, le liquide reparut, on fit une troisième ponction qui donna issue environ à 30 grammes de sérosité sanglante : on injecta encore une solution iodée.

Ces diverses ponctions, jointes à des applications successives d'onguent belladoné, de pommade à l'iodure de potassium, restant sans résultat, le malade se décide à entrer dans le service de M. Terrier.

Lors de son entrée, on constate à la place du testicule gauche, une tumeur ovale, lisse, régulière, du volume d'un gros œuf de dinde. — Elle n'est point douloureuse spontanément, ni sensible à la pression. Elle est gênante cependant par sa masse, son poids, par la sensation de pesanteur, et les tiraillements qu'elle provoque du côté des lombes. A sa partie déclive, on perçoit une légère fluctuation, due à la présence d'une certaine quantité de liquide dans la tunique vaginale. Le scrotum est un peu tendu, luisant, mais tout à fait sain ; aucune adhérence, aucune ulcération des enveloppes du testicule. — Quelques grosses veines sillonnent superficiellement la peau des bourses. Le *cordon* paraît sain. Les veines spermatiques sont volumineuses, turgescentes ; on ne sent point d'hypertrophie ganglionnaire à l'aine, ni ailleurs.

La santé générale du malade est parfaite. En raison du peu d'efficacité des différents topiques, et de la compression avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo, qui est faite pendant trois semaines, M. Terrier se décide à pratiquer la castration.

L'opération est faite le 29 juillet par un procédé mixte. Après, l'incision couche par couche des 4 tuniques du testicule ; l'écoulement de 15 à 20 grammes d'un liquide citrin contenu dans la tunique vaginale ; l'énucléation de la tumeur unie en arrière à la séreuse par des adhérences pseudo-membraneuses, tous les éléments du cordon constituant le pédicule de la tumeur sont embrochés, absolument comme dans l'opération du kyste de l'ovaire, et serrés par le ligateur Cintrat. D'un coup de bistouri on sépare ensuite la tumeur de son pédicule, ainsi lié par le fil de fer du ligateur.—Aucune trace de suintement sanguin. — Pansement *à l'eau alcoolisée.*

Le 29, soir : P. 120 ; T. Axil. 39°. (Bouillon, 1 pilule de Cynoglosse).

30. Etat de la plaie parfait. P. 120 ; T. 39°, 2. — (Lavement purgatif, — potage. — 1 pilule).

31. Le malade a très-bien dormi, se trouve bien, demande à manger davantage. — Localement, il existe un léger œdème du scrotum ; les tissus broyés se mortifient, la plaie entre en suppuration. — (Pansement à l'alcool glycériné. — Lavement purgatif. — 1 degré.)

7 *août.* Les 2 broches ne tiennent plus dans le tissu sphacélé et sont retirées. — Le 11, le fil de fer qui liait le pédicule est trouvé dans le pansement ; la plaie est bourgeonnante et a très-bon aspect.

Examen macroscopique de la tumeur. — La tumeur a les dimensions suivantes :

Diamètre antéro-post....	10 c.
— vertical......	6 1/2,
— épaisseur....	4
Poids................	277 gr.

L'épididyme et le cordon n'offrent aucune lésion. — La *tunique vaginale* est partout épaissie, adhérente à l'albuginée. La présence de la tumeur a déterminé une vagiualite hémorrhagique.— Une coupe de la tumeur, suivant le bord inférieur, laisse voir une multitude de petits kystes, de diverses grosseurs, remplis d'un liquide clair, transparent, légèrement visqueux, en certains endroits ne contenant point de spermatozoïdes.

On remarque aussi quelques bandelettes d'aspect fibreux qui traversent la tumeur en divers sens. La consistance du néoplasme est ferme, et on y voit peu de vaisseaux.

Le développement du tissu morbide a refoulé à la périphérie la substance propre du testicule, qui forme tout autour une coque de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, tranchant sur le reste de la tumeur par sa coloration rougeâtre et son aspect finement granulé. La *tunique albuginée,* est amincie, unie à la vaginale, et enveloppe le tout.

Examen microscopique, pratiqué par le Dr MALASSEZ. — Le raclage de la tumeur montre qu'elle renferme, parmi ses éléments, un grand nombre de cellules plates, de volume et de formes variés. On en distingue de cylindroïdes, de caliciformes et de tubuliformes. La paroi interne de la plupart des cavités kystiques est tapissée par une couche de grosses cellules épithéliales munies de cils vibratiles. — Le stroma de la tumeur est constitué par du tissu embryonnaire et par du tissu fibreux ; sur plusieurs points on observe des travées de

fibres musculaires lisses. Il ressort de cet examen que la tumeur appartient au groupe des sarcomes mixtes : l'existence des cils vibratiles et des fibres musculaires établit une grande analogie entre cette forme de tumeur et les kystes multiloculaires de l'ovaire ; c'est exactement la même disposition histologique que l'on observe. — Le pronostic de cette tumeur parait béniu.

M. Coyne. On a rarement l'occasion de voir ces sortes de tumeurs du testicule. Elles appartiennent, en effet, à une variété dont le point de départ est le tissu conjonctif du corps d'Highmore. La preuve en est que la substance testiculaire est ici complétement déjetée au dehors et forme comme une bande excentrique par rapport au reste de la tumeur. Quant aux kystes, ils sont produits par une ectasie des canalicules séminifères au moment où ils traversent le corps d'Highmore pour aller former l'épididyme.

29. Epithéliome de l'S iliaque ayant donné lieu à des symptômes d'occlusion intestinale; par M. Kirmisson, interne des hôpitaux.

L'histoire de cette malade peut se résumer de la façon suivante : au début, symptômes abdominaux vagues, diarrhée. A partir du 12 juillet, au contraire, suppression absolue de toute évacuation intestinale. Le ventre était fort ballonné, les anses intestinales formaient relief. D'ailleurs, il y avait peu de douleur et celle-ci n'était pas localisée. Les vomissements fécaloïdes ne survinrent que dans les derniers jours de la vie.

A l'autopsie, on trouva, vers la partie inférieure de l'S iliaque, une ulcération de la dimension d'une pièce de 5 francs, terminée par un bourrelet circulaire qui formait relief du côté du rectum. Ce bourrelet constituait l'obstacle au passage des matières : il était manifestement de nature cancéreuse. — Dans l'intérieur du foie, on voyait des noyaux cancéreux en voie de développement. — Il existait également chez cette malade un rétrécissement de l'aorte qui avait été reconnu pendant la vie.

M. Charcot. Il est à noter qu'on ne trouve des productions cancéreuses que dans le foie et nullement dans le péritoine ni les ganglions mésentériques, ce qui prouve que dans ce cas, la généralisation de la tumeur ne s'est point faite de proche en proche par les vaisseaux et les espaces lymphatiques.

30. Tubercules multiples du cerveau et de la moelle, symptômes méningitiques, accompagnés d'accès épileptiformes et de contracture; par M. Hutinel, interne des hôpitaux.

Laurent Louise, 4 ans 1/2, entre le 14 juillet 1874 à l'hôpital des enfants, (service de M. Roger,) salle Ste Geneviève n° 23.

Faible et peu développée pour son âge, cette enfant a perdu son père et sa mère depuis plus de deux ans : (on ne peut savoir à quelle affection ils ont succombé). Elle était gaie, et se portait assez bien en apparence quand, vers le milieu de mai, on s'aperçut qu'elle trainait la jambe gauche, qu'elle devenait maladroite dans ses mouvements et tombait fréquemment. Sa démarche rappelait celle des enfants qui commencent à marcher. Le bras gauche paraissait notablement affaibli. Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, une attaque brusque, avec perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, ensuite cloniques, pâleur puis turgescence de la face, fut suivie de fièvre, d'abattement, et surtout d'augmentation des phénomènes paralytiques. La bouche à ce moment fut manifestement déviée, la jambe et le bras gauches considérablement affaiblis. Depuis lors, il s'est produit un peu d'amélioration; les mouvements sont un peu revenus dans les membres du côté gauche, et la face a repris sa symétrie.

Au moment de l'entrée, l'enfant a une fièvre modérée, elle est gaie, riante, joue sur son lit, répond facilement et avec assez de précision aux questions qu'on lui pose. La face ne présente pas de déviation sensible même au moment du rire ou des pleurs, mais l'œil gauche se ferme mal et est toujours encombré de mucosités. — La parole est un peu saccadée, la vision et l'ouïe semblent conservées. — La jambe gauche un peu fléchie sur la cuisse s'étend difficilement ; les mouvements volontaires y sont très-faibles ; les mouvements réflexes sont en partie conservés, mais ils se font plus lentement et sont beaucoup moins étendus que de l'autre côté. La sensibilité est normale dans tout le membre.

L'avant-bras gauche est fléchi à angle droit sur le bras. En cherchant à l'étendre, on fait paraitre la saillie du long supinateur rétracté, et on produit de la douleur. — Les doigts sont à demi fléchis sur la main, et la main un peu fléchie sur le poignet. La rétraction des doigts diminue par moments et semble surtout se manifester quand on excite la sensibilité du membre. Pas d'anesthésie ; pas d'hyperesthésie.

Les mouvements du tronc se font assez facilement ; la nuque ne présente pas de raideur.

Langue sale — inappétence — un peu de diarrhée — Le ventre est un peu gros et sensible à la pression. — Rien de notable dans les poumons — rien au cœur.

Les jours suivants l'enfant parle et rit volontiers, mais pousse des cris plaintifs par intervalles ; la fièvre est modérée.

21 *juillet*. Somnolence,— fièvre plus intense que les jours précédents. Céphalalgie très-forte.— La connaissance est bien conservée.— Strabisme convergent.— Un peu de photophobie. — Congestion rétinienne manifeste à l'examen ophthalmoscopique.— Constipation depuis deux jours;— pas de vomissements.— Ventre plat.

22. Abattement encore plus grand; cris par intervalles.— Raideur du cou , douleur vive dans les mouvements de flexion de la tête ; quand on soulève le tronc il se meut tout d'une pièce. Indifférence ; — fièvre forte ; constipation.

23. Les deux yeux se ferment mal et sont remplis de mucosités, la langue et les lèvres sont sèches, un peu fuligineuses,— cris fréquents,— amaigrissement,— faciès cachectique.

24. Gêne de la déglutition.— Raideur considérable de la nuque et du dos.— Insensibilité très-avancée.— Etat demi comateux dont on ne tire l'enfant qu'avec peine.— Râles muqueux dans la poitrine.— Constipation. — Temp. 39°,6.

25. L'enfant reconnait encore les personnes qui la soignent. — Respiration profonde et lente.— Peau fraiche; — pouls lent. Raideur des deux jambes. Déglutition difficile.— Forte dilatation des deux pupilles.

26. Raideur considérable du tronc et des membres. Dyspnée. Souffle fort avec matité à la base du poumon droit en arrière.

27. Mort dans la nuit du 26 au 27.

Autopsie, 30 heures après la mort.

A l'ouverture du crâne il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien, on trouve peu de sang dans les sinus. Sur la convexité du cerveau, les méninges sont assez fortement congestionnées, mais peu épaissies. A la base de l'encéphale elles sont plus épaisses, et tapissées par des exsudats fibrineux qui nagent en partie dans le liquide des confluents. Les granulations tuberculeuses sont rares. Il faut étaler une grande étendue de membranes prises au niveau des scissures de Sylvius pour en découvrir deux ou trois. La pie-mère, considérablement épaissie au niveau du chiasma des nerfs optiques, double le volume de cette partie.

Au-dessous des méninges, on voit par transparence la surface des circonvolutions parsemée de taches jaunâtres irrégulières. Des opacités de l'arachnoïde, dues à des granulations agglomérées, se trouvent au niveau de ces taches. On peut en compter au moins dix sur la convexité du cerveau. Elles ont le relief de noyaux caséeux jaunâtres du volume d'une noisette. En coupant le cerveau par tranches fines on trouve au fond de presque tous les sillons qui séparent les circonvolutions, d'autres noyaux caséeux de même volume que ceux qui occupent la convexité. Quelques-uns de ces noyaux, d'apparence déjà ancienne, ont un aspect bourbillonneux, et au lieu de la couleur jaunâtre ont une teinte pistache. Leur consistance varie. Les uns sont assez durs, mais s'écrasent cependant avec facilité sous le doigt, les autres sont ramollis. La pulpe cérébrale semble diminuée de consistance dans l'intervalle de ces produits tuberculeux.

La substance blanche du cerveau contient quelques-uns de ces tubercules. En faisant la coupe de Vieussens, on en trouve un gros en dehors du corps calleux, au-dessus de la partie antérieure du ventricule latéral droit. Deux autres un peu

moins volumineux occupent la partie postérieure de la coupe. Du côté gauche la substance blanche présente également deux tubercules, mais assez près des circonvolutions. A la partie antérieure du corps strié droit, un tubercule volumineux fait saillie dans le ventricule. Un autre se trouve un peu en dehors du noyau extra-ventriculaire, un 3e a détruit la partie postérieure de la couche optique droite; le corps strié et la couche optique gauche, n'en renferment pas. Rien à noter dans le mésocéphale.

Trois gros tubercules à la partie postérieure du cervelet, deux ou trois petits dans l'intérieur. La toile choroïdienne est notablement épaissie. Il n'y a pas une proportion exagérée de liquide dans les ventricules.

La moelle semble gonflée au niveau du renflement cervical. Au niveau du renflement lombaire l'arachnoïde, épaissie et opaque, présente plusieurs granulations. En coupant la moelle on trouve dans son intérieur deux noyaux tuberculeux. Le plus élevé, est caché dans l'intérieur du renflement cervical. Mal délimité, confondu sur les bords avec la substance saine, il a le volume d'un haricot. Il est allongé, jaune et un peu ramolli au centre, et occupe le faisceau antéro-latéral gauche de la moelle, à la partie moyenne du renflement. Il semble empiéter un peu sur la ligne médiane.

Le 2e siége à la partie moyenne de la région dorsale, sur la face antérieure de la moelle. Il occupe surtout le faisceau antérieur gauche, mais se prolonge en partie dans le cordon antérieur droit. La moelle est très-molle.

Thorax. Les plèvres viscérales sont épaissies, surtout à la base du poumon droit dont se détachent de longues franges vasculaires. Peu de liquide. Splénisation de tout le lobe inférieur droit. Forte congestion du poumon gauche. Emphysème aux deux sommets. Peu de granulations sur la plèvre; on en compte seulement 7 ou 8. Il faut chercher longtemps dans le parenchyme pulmonaire pour en trouver quelques-unes. Les ganglions bronchiques ne sont pas très-volumineux. Un seul est tuberculeux.

Abdomen. Quelques granulations sur le foie. Congestion des reins. Ulcérations intestinales dans la dernière portion de l'iléon, avec tubercules sur la tunique séreuse au niveau des pertes de substance de la muqueuse. — Ganglions mésentériques caséeux, mais peu volumineux.

Dans ce cas la présence de noyaux tuberculeux d'un volume assez considérable dans la moelle est le fait le plus intéressant. Malheureusement la multiplicité des lésions empêche de distinguer nettement parmi les phénomènes observés pendant la vie ceux qui appartiennent aux lésions médullaires de ceux qui sont le propre des lésions cérébrales.

31. Sarcome du maxillaire inférieur; par J. DAVE, interne des hôpitaux.

Le 19 juillet 1874 entrait à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, le nommé M... , porteur d'une tumeur du maxillaire inférieur dont il voulait se faire débarrasser. Voici les renseignements qu'il nous fournit relativement à l'origine de sa tumeur. — D'une constitution robuste, il n'a jamais eu de maladie antérieure ; pas d'antécédents scrofuleux ni syphilitiques. Il y a dix-huit mois environ, le malade s'aperçut de la tuméfaction à gauche, sous la langue : en même temps, un petit ganglion sous-maxillaire était engorgé.

Les choses restèrent longtemps dans cet état, quand, il y a trois mois, la mâchoire elle-même commença à augmenter de volume, peu à peu la tumeur atteignit le volume actuel. Un médecin de province conseilla un traitement par l'iodure de potassium (3 grammes par jour), qui fut suivi quatre jours et dut être interrompu à cause d'accidents iodiques (céphalalgie, coryza, larmoiements intenses). Depuis, la céphalalgie a persisté quoique moins violente.

Le malade prit alors pendant huit jours des pilules à base d'extrait de ciguë, sans en retirer plus de profit.

Vers le mois de juin apparurent quelques douleurs ; ce sont: 1° Des névralgies dans les dents inférieures du côté gauche, ayant gagné, il y a quinze jours, les dents supérieures du même côté. — Le malade y accuse une douleur sourde, sans rémissions bien sensibles, mais avec exacerbations nocturnes. Les dents sont saines, et la percussion avec un instrument mousse n'y éveille aucune douleur. — 2° Une douleur obscure, avec exacerbations nocturnes, dans l'oreille gauche ; les accès sont assez violents pour empêcher le décubitus de ce côté, qui était habituel au malade. — 3° Dans la tumeur, indolente jusqu'alors, se montrent des picotements, des fourmillements continuels, avec des accès douloureux que le malade compare à la piqûre d'une poignée d'aiguilles. C'est à cette époque que le malade se décide à venir à Paris pour se faire opérer par M. Demarquay.

Voici les symptômes fournis par l'examen physique : Le maxillaire inférieur est le siége d'une tumeur volumineuse, grosse comme les deux poings environ, qui fait corps avec lui et occupe sa moitié gauche principalement, le débordant en bas et en dehors. Ces limites sont : à droite, une verticale passant par la commissure labiale ; en haut, l'arcade dentaire et une horizontale qui la continue en arrière ; à gauche, le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; en bas, la tumeur a envahi la région sus-hyoïdienne et va jusqu'à l'os hyoïde. La surface est lisse et présente quelques bosselures peu saillantes ; elle n'est pas adhérente à la peau, mais fait corps avec le maxillaire. Sa consistance est dure, elle ne se laisse pas déprimer par le doigt. Pas de paralysie de la sensibilité ni à la peau ni à la muqueuse buccale.

L'écartement des mâchoires est à peu près impossible depuis un mois. — Les dents ne permettent pas l'introduction du petit doigt, et l'on sent sous la peau le masséter contracturé. L'exploration de la tumeur par la bouche est ainsi rendue difficile ; mais à l'aide d'un stylet on peut vérifier qu'elle ne proémine guère dans la cavité buccale.

25 juillet. Depuis l'entrée du malade, la tumeur augmente sensiblement de volume. Cet accroissement rapide et la vigoureuse constitution du malade, décident M. Demarquay à l'ablation de la portion d'os atteinte. Deux ponctions exploratrices avec une épingle conduisent sur des parties dures, ce qui fait croire que le point de départ était dans le périoste et que la tumeur avait respecté l'os.

Opération le 29 juillet. Le malade préalablement chloroformé, M. Demarquay pratique à la peau une incision courbe, qui part de 0m01 au-dessous de la commissure labiale droite et, passant le long du bord inférieur du maxillaire, s'étend jusqu'au devant de l'oreille gauche. La tumeur ainsi mise à nu, la peau est disséquée en formant deux lambeaux, l'un supérieur, constitué par la lèvre inférieure, l'autre inférieur, formé par les téguments de la région sous-hyoïdienne. Le maxillaire inférieur est sectionné, en dehors de l'incisive inférieure droite avec la scie à chaîne, au-dessous de l'apophyse coronoïde gauche à l'aide d'une forte pince incisive.

La tumeur ainsi mobilisée est attirée au dehors par un aide, et M. Demarquay termine son ablation en sectionnant la muqueuse buccale sur ses limites et en détachant les insertions des muscles des apophyses géni. En ce moment, la langue se pelotonne sur elle-même, sa partie dorsale se portant en haut et en arrière, sa pointe se dirigeant en bas. Les deux lèvres de l'incision de la peau sont réunies à l'aide de sutures métalliques, et, pour obvier au renversement de la langue, M. Demarquay a l'ingénieuse idée de comprendre dans deux ou trois points de suture à la fois les lèvres de la plaie et l'insertion maxillaire des muscles génio-glosses. En même temps, pour s'opposer à la stagnation des liquides putrides dans le vaste cloaque formé par l'ablation de la tumeur, cloaque qui communique largement avec la bouche, il pratique une contre-ouverture à sa partie la plus déclive, et y passe un drain qui ressort par la bouche. Les parties sont soutenues à l'aide d'une fronde et constamment recouvertes d'eau glacée; des injections d'eau froide sont faites toutes les trois heures par le drain — Le malade, qui avait perdu pendant l'opération une grande quantité de sang, paraissait devoir bien en supporter les suites. Pas de réaction intense. Pouls petit; température à 36°,8 le soir de l'opération. On l'alimente à l'aide d'un long biberon qui porte les liquides dans le pharynx, le 2e temps de la déglutition étant supprimé.

30 juillet. Le malade a passé une bonne nuit. Il se lève sur

son séant pour écrire et boire. — T. 36°, 2 ; le pouls est toujours petit. — La lèvre inférieure se réchauffe. — Tout à coup vers 1 heure, le malade se cyanose rapidement, se refroidit, et il meurt en quelques instants.

Autopsie, faite le 1er août. Anémie de tous les viscères, sans qu'on pût trouver aucune autre cause prochaine de la mort.

Examen histologique, par M. Chouppe. La tumeur est un sarcome, ainsi qu'on l'avait soupçonné pendant la vie. Une coupe mince, durcie convenablement et colorée par le picro-carmimate montre : Une grande quantité de cellules embryonnaires, avec quelques cellules-mères (plaques à noyaux multiples); de plus, quelques travées formées par des cellules fusiformes. Notre tumeur renferme donc les éléments des variétés embryonnaire, myéloïde et fasciculée du sarcome. Une section faite à travers l'épaisseur de la tumeur montre qu'elle occupait toute l'épaisseur de l'os sur les parties atteintes.

SOCIETÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 1er février 1875. — Présidence de M. du Vivier.

Note sur l'anasarque dans la coqueluche ; par M. le Dr Pierreson, ancien interne des hôpitaux.

Dans un grand nombre de cas de coqueluche on rencontre un léger degré d'œdème au visage, aux paupières et quelquefois aux mains. Selon Trousseau même, cette bouffissure de la face, qui persiste souvent pendant trois semaines, peut suffire à elle seule pour qu'un médecin exercé soupçonne l'existence de cette affection.

A une période avancée de la maladie, chez certains sujets prédisposés, et, alors surtout qu'ils sont épuisés par les quintes, et les vomissements, on peut voir survenir de l'œdème des malléoles et des jambes.

Mais il ne s'agit dans toutes circonstances que d'un œdème partiel, et non pas d'une hydropisie généralisée. Cependant on voit aussi l'anasarque signalée parmi les complications de la coqueluche par quelques auteurs qui l'ont observée plus spécialement dans le cours de certaines épidémies.

Ainsi Rosen qui a décrit une épidémie des plus graves, ayant régné en Suède en 1769, met l'anasarque avec l'émaciation et les crachements de sang, au nombre des conséquences ordinaires de la coqueluche, qui débutait par de la fièvre, et s'accompagnait d'abondantes épistaxis. Dans une autre épidémie, qui survint dans l'année 1780 à Erlang, on vit la maladie se compliquer d'anasarque et d'ascite, et se terminer souvent par une phthisie pulmonaire.

D'après Lombard (de Genève), l'anasarque était une complication assez fréquente de la coqueluche au moment où il écrivait. Il rapporte qu'un de ses collègues avait rencontré trois cas de ce genre pendant l'épidémie qui régnait en 1838. Un enfant était âgé d'un an, les autres avaient deux et trois ans (Dublin, *journal of med.*, sc. 1838).

Dans leur traité des maladies des enfants (t. 2, p. 630), MM. Rilliet et Barthez en citent un cas observé par l'un d'eux en 1850. Les faits que nous allons rapporter, en sont deux nouveaux exemples :

Obs. I. — Charles X..., âgé de 4 ans et demi, pâle et chétif appartenant à une famille des plus pauvres demeurant faubourg Saint-Honoré, n° 223.

Au commencement du mois de mars 1872 il avait contracté la coqueluche, qui régnait épidémiquement dans le quartier ; mais il n'en était pas très-souffrant, car il continuait de sortir et n'avait même pas été présenté à la consultation du bureau de bienfaisance.

Il y avait deux mois qu'il était dans cet état, lorsqu'à la suite d'un refroidissement il eut des accidents plus sérieux. Lorsque je le vis, il avait une fièvre intense, l'appétit était perdu, la peau était chaude, le pouls était fréquent, mais petit et faible. Il y avait une dyspnée extrême et la face était violacée. Sonorité normale de la poitrine. A l'auscultation, rales ronflants, sibilants et sous-crépitants humides des deux côtés en avant et en arrière dans toute la hauteur. — Bronchite aiguë généralisée. Traitement : Vomitif, vésicatoire. Loch pectoral.

Même état deux jours après, dyspnée toujours aussi prononcée, face violacée, nouveau vomitif.

La dyspnée diminua, mais la fièvre persista et il se manifesta un nouveau symptôme. Il y avait bien eu jusque-là un léger gonflement des paupières et de la face, mais, à ce moment, ce gonflement était beaucoup plus marqué, et frappa notre attention. Les paupières se présentaient sous la forme de deux bourrelets, fermant presque complètement les yeux, et les joues étaient très-tuméfiées.

Puis quelques jours après, avec cette bouffissure du visage, les mains présentèrent à leurs faces dorsales un gonflement œdémateux qui gagna bientôt les avant-bras et surtout celui du côté droit. La toux et la dyspnée n'avaient pas beaucoup diminué et le petit malade, qui avait toujours de la fièvre, ne reprenait pas d'appétit.

Peu de jours ensuite, les pieds furent envahis à leur tour par l'hydropisie, qui ne disparut pas d'ailleurs des parties supérieures du corps. L'œdème occupa d'abord les malléoles et la face dorsale des pieds, pour gagner dans l'espace d'une semaine les jambes, les cuisses et même les bourses.

Du reste, malgré deux purgatifs et un nouveau vésicatoire sur le thorax, en avant, les accidents ne cédaient pas.

La dyspnée était toujours très-marquée, la toux fréquente s'accompagnait d'une expectoration abondante.

A l'auscultation on entendait toujours les mêmes râles dans toute la hauteur des deux poumons. Il y avait eu une épistaxis à diverses reprises. La fièvre persistait, l'appétit ne revenait pas et l'enfant qui ne prenait que du bouillon s'affaiblissait notablement.

Pendant que l'hydropisie occupait toujours les diverses régions indiquées, on vit peu à peu le ventre se tuméfier et présenter tous les signes d'un épanchement ascitique. Enfin la gêne de la respiration augmentant toujours, en explorant la poitrine nous reconnûmes un hydrothorax du côté droit.

Pour soutenir les forces du malade on lui fit prendre du sirop de quinquina, du vin et du café, et contre l'hydrothorax on appliqua un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine en arrière. Mais malgré ce traitement l'asphyxie fit de plus en plus de progrès et la mort survint six semaines après le début des accidents.

Obs. II. Georges X..., âgé de 17 mois, frère du précédent petit garçon qui lui avait donné la coqueluche ; enfant chétif, élevé au biberon et ayant eu la diarrhée à plusieurs reprises.

La coqueluche l'avait encore affaibli parce que les quintes très-fortes amenaient le rejet de presque tous les aliments par le vomissement. A la suite d'un refroidissement, la toux était devenue plus fréquente, l'appétit avait disparu et la fièvre s'était déclarée. Je constatai une bronchite généralisée sans signes d'asphyxie.

Traitement : vomitif, emplâtre de thapsia sur le thorax. Pour combattre la bronchite qui persistait sans être très-intense, deux nouveaux vomitifs furent encore donnés dans l'espace de six jours. A ce moment, alors que les accidents thoraciques ne présentaient pas une grande gravité, il se manifesta un gonflement marqué des paupières et des joues.

Puis, quelques jours après, les pieds offrirent, à leur face dorsale, une tuméfaction œdémateuse, et enfin les mains elles-mêmes ainsi que les bras furent également envahis par l'hydropisie dans l'espace d'une huitaine de jours. Il faut noter qu'il n'y eut ni ascite, ni hydrothorax, à aucune époque de la maladie.

L'enfant resta dans cet état une quinzaine de jours avec l'œdème des parties indiquées, la coqueluche et la bronchite ne se modifiant que fort peu ; les quintes étant toujours fréquentes et amenant le rejet des aliments. — *Traitement* : Sirop de quinquina, vin, café, bouillon, lait. Enveloppement des pieds dans de la ouate. Badigeonnage de teinture d'iode sur la poitrine.

Ce fut à ce moment que nous pûmes recueillir des urines et les examiner. Elles étaient pâles, décolorées, mais ne présentaient aucun précipité par la chaleur et par l'acide nitrique. Il n'y avait pas d'albuminurie.

Puis l'enfant fut pris d'une diarrhée assez intense qui céda facilement au sous-nitrate de bismuth. Cette complication augmenta encore la faiblesse, mais on vit cependant alors disparaître graduellement l'œdème de la face, des bras, des mains et même des pieds.

L'anasarque ayant ainsi disparu, on pouvait croire à une amélioration, bien que les quintes de la coqueluche fussent encore assez fréquentes, lorsqu'on vit bientôt se montrer de nouveau le gonflement des pieds et des mains, ainsi que l'œdème des paupières.

Le traitement tonique fut continué ainsi que les moyens employés pour entretenir la chaleur des extrémités, et, au bout de quelque temps, on eut la satisfaction de voir cesser l'œdème des mains. Il n'en fut pas de même de celui des pieds et des paupières, qui persista malgré ce traitement, et se montra du reste jusqu'à la fin.

L'enfant qui ne prenait que du bouillon comme aliment, et qui le vomissait souvent au moment des quintes s'affaiblissait de plus en plus. Cependant la température étant devenue beaucoup plus favorable, car la coqueluche ayant débuté vers le mois d'avril, et la bronchite ayant paru vers le mois de juin, nous étions arrivés au mois de juillet, les quintes de la coqueluche semblèrent moins fréquentes et moins fortes. L'enfant reprit alors un peu d'appétit et l'état semblait meilleur malgré la persistance de l'œdème, des paupières et des pieds, lorsqu'à la suite d'un nouveau refroidissement, il se déclara une broncho-pneumonie qui entraîna la mort en 48 heures. Quel est donc le mécanisme de l'anasarque dans ces deux faits et dans les cas analogues ?

Lombard (de Genève), fait remarquer que les trois enfants observés par un de ses collègues, pendant l'épidémie de 1838, ont succombé après avoir présenté les symptômes caractéristiques de l'hydropisie qui suit la scarlatine, mais sans que cette complication existât chez aucun d'eux.

Aucun des deux enfants soumis à notre observation n'avait pas non plus été atteint de la scarlatine, et, d'ailleurs, on a vu qu'il n'y avait pas d'albumine chez le plus jeune. Bien que nous n'ayons pas examiné ses urines, il nous paraît probable que le premier enfant n'avait pas non plus d'albuminurie, car son histoire a la plus grande analogie avec celle d'un autre petit malade, chez lequel elle ne fut pas constatée davantage, que MM. Rilliet et Barthez rapportent en ces termes : « L'un de nous a observé, en 1850, sur un enfant de 5 ans, arrivé au cinquième mois, d'une coqueluche compliquée de bronchite, une anasarque généralisée avec ascite et hypertrophie du foie, les urines n'étaient pas albumineuses, mais l'enfant était très-probablement tuberculeux. »

On sait, en effet, que, dans la tuberculisation pulmonaire, indépendamment des gonflements œdémateux dus à des thromboses veineuses, on voit souvent à une période avancée l'œdème se montrer aux malléoles, et gagner les membres inférieurs. Il est rare, cependant, que dans ces cas l'hydropisie se généralise et envahisse les parties supérieures du corps.

D'ailleurs, il n'y avait de signes de tuberculose chronique chez aucun de nos deux malades, et tout au plus pourrait-on admettre que le plus âgé était atteint d'une phthisie galopante.

Les hydropisies se montrent souvent dans le cours de tous les états cachectiques, et, surtout chez les enfants, d'après MM. Rilliet et Barthez, qui les ont notées chez plus du huitième des malades qu'ils ont observés. Or, nous avons indiqué que les deux enfants dont il a été question plus haut, vivaient dans des conditions hygiéniques défavorables, et que le plus jeune avait été atteint de diarrhée à plusieurs reprises, nous avons aussi constaté que ces causes débilitantes avaient manifestement détérioré leur constitution.

Faut-il donc attribuer à l'état cachectique dans lequel ils étaient, et que la coqueluche n'avait pu qu'augmenter, le développement de l'anasarque ?

Cette explication est peut-être applicable à notre deuxième observation, dans laquelle il s'agissait d'un enfant déjà affaibli par une mauvaise alimentation et par la diarrhée, et épuisé encore par les quintes et les vomissements de la coqueluche.

Mais nous ne croyons pas devoir accepter le même mécanisme de l'anasarque pour le premier fait. Il n'y avait certainement pas, dans ce cas, un état cachectique assez prononcé avant la coqueluche, et cette maladie n'a été ni assez grave, ni assez longue pour avoir déterminé une dyscerasie capable d'entraîner la transsudation de la sérosité du sang dans le tissu cellulaire.

Quant à nous, nous pensons que l'anasarque a eu pour point de départ une insuffisance cardiaque. N'avons-nous pas eu, en effet, sous les yeux les principaux symptômes de l'asystolie tels que la coloration violacée de la face, la petitesse du pouls, et enfin l'infiltration du tissu cellulaire et les épanchements séreux dans les cavités splanchniques ?

D'ailleurs, par les quintes de toux pendant lesquelles la circulation pulmonaire est entravée, la coqueluche ne peut-elle amener des lésions dans les cavités droites du cœur qui doivent ainsi subir un certain degré de dilatation ?

Dans les cas ordinaires, ces lésions peuvent ne pas être assez prononcées pour entraîner une stase veineuse générale et la force contractile de l'organe combat la gêne circulatoire. Mais que la dyspnée soit poussée à l'extrême par une bronchite généralisée, ou que surtout le cœur se ressente de l'adynamie générale, et il y aura insuffisance, il y aura asystolie.

En résumé, nous pensons que l'anasarque qui apparaît quelquefois dans le cours de la coqueluche peut être due à la cachexie ; mais que dans certains cas elle est produite par une fatigue et une insuffisance du cœur. Quel que soit, du reste, le mécanisme de l'anasarque dans ces circonstances, on voit que cette complication est d'un pronostic grave, ainsi que J. Frank l'avait établi. La maladie s'est terminée par la mort dans les cas cités par Lombard (de Genève), dans le fait rapporté par MM. Rilliet et Barthez et dans ceux que nous avons relatés plus haut.

Le traitement tonique sera indiqué lorsque l'hydropisie sera sous la dépendance d'un état cachectique. Lorsqu'elle paraîtra être produite par l'insuffisance cardiaque, on pourra insister sur les excitants généraux, tels que le café et l'alcool et sur les agents directs de la tonicité de l'organe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1875. — Présidence de M. L. Le Fort.

Presque toute la séance a été prise par des présentations d'appareils, M. Poulet (de Lyon) a montré, à la Société un nouveau tracteur applicable au forceps dans les cas de dystocie. Il a présenté en outre un *sériceps,* tissu en soie, de forme spéciale, destiné à être fixé autour de la tête du fœtus et à permettre des tractions bien moins dangereuses qu'avec le forceps.

M. Gairal insiste sur un anneau en caoutchouc destiné à être introduit dans le vagin des femmes qui sont affectées de prolapsus où de déviation de l'utérus. Cet instrument, qu'il ne faut pas confondre avec un pessaire, lui a fourni les meilleurs résultats dans un grand nombre de cas.

M. Borin, de Lyon, présente un instrument destiné à fermer l'ouverture vulvaire en serrant les grandes lèvres l'une contre l'autre. Il appelle cet instrument le *fermoir vulvo-vaginal.* Il est d'habitude très-bien supporté et rend des services dans les cas de chute de la matrice et de fistule vésico-vaginale. Il montre encore un autre fermoir destiné à comprimer le bout des seins chez les nourrices qui perdent leur lait.

M. Le Fort a enlevé ce matin une tumeur qu'un homme portait à la partie externe de la cuisse; elle était sous-cutanée et adhérente au fascia lata. L'examen a montré qu'elle était formée par des couches concentriques de fibrine. Le malade avait reçu un coup à cet endroit, il y a vingt ans. I. B.

---

18. Gouttes antigastralgiques.

Teinture de noix vomique.............. 2 grammes.
— de castoreum................ 2 —

Deux gouttes pendant la crise dans une demi-tasse d'infusion de camomille.

19. Potion contre l'enrouement (Fourreau de Beauregard).

Ammoniaque liquide........................ 10 gouttes.
Sirop d'érysimum........................ 25 grammes.
Infusion de tilleul........................ 90 —

F. s. a. une potion, à prendre en une fois dans l'enrouement par hypérémie laryngée.

MALADIES DES ENFANTS.

I. Kyste congénital du cou, par M. C. B. Fifield (*The Boston med. and surg. Journ.*, 1872, p. 317.)

II. Guérison par vaccination d'une tumeur érectile de la face, par Goudet. (*Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse romande*, n° 11, 1873.)

III. Nouvelle méthode curative des convulsions des enfants. symptomatiques des vers intestinaux, par A. Olcoli. (*Académie de Médecine de Turin*, 20 décembre 1873.)

IV. Mezzo semplice per impedire la masturbazione nei ragazzini. (*Moyen simple d'empêcher l'onanisme chez les enfants*) : par Porro. (*Riv. di medicina, chir. et terapeutica*, di Soresina, fascicule 6°, Juin.)

Il s'agit d'un enfant nouveau-né qui, dès la naissance, présentait dans la région cervicale postérieure gauche, une tumeur un peu plus grosse que les deux poings. Elle était tendue, paraissait entièrement fluctuante, et était suspendue au-dessus de l'épaule correspondante. — Elle roulait et se déplaçait lorsqu'on imprimait des mouvements à l'enfant. Dans l'aisselle du même côté il y avait une autre tumeur semblable à la première, mais beaucoup plus petite et contenant évidemment du liquide. Comprimait-on la tumeur cervicale ? la tumeur axillaire se distendait, tandis que la première devenait flasque et *vice versa*. Le liquide ne refluait pas à travers un canal sous-cutané, mais paraissait passer directement à travers l'épaule, dans l'espace compris entre l'omoplate et la clavicule, par un col étroit semblable à celui qui unit les deux globes d'un sablier. Quelque temps après la naissance, les tumeurs étaient plus flasques. Jour par jour, elles continuèrent à décroître au point qu'elles devinrent à peine visibles et elles demeurèrent dans cet état jusqu'en janvier 1860, 9 mois après la naissance. Mais, à partir de là, elles augmentèrent de nouveau et atteignirent à peu près leurs dimensions primitives. La tumeur supérieure était la plus volumineuse. Elles étaient tout à fait dures et donnaient au toucher une sensation semblable à celle qu'on éprouve en passant le doigt sur la surface fœtale du placenta. Elles étaient plus tendues et l'enfant criait lorsqu'on les palpait. Il y a quelque temps, M. Fifield revit l'enfant: le kyste supérieur avait suppuré et donnait issue à du pus roussâtre. Maintenant (1872) la tumeur a disparu et l'enfant qui, d'ailleurs, n'a aucune autre difformité, est bien portant. A l'époque où il publia ce fait pour la première fois, l'auteur fit la remarque que cette affection pourrait être désignée sous le nom d'hydrocèle du cou.

Wernher a donné à ces kystes le nom d'*hygroma congénital du cou*. M. Boinet a fait en 1859, à la *Société de chirurgie*, une communication relative au traitement de ces kystes congénitaux par l'injection de teinture d'iode. En 1868, M. Boucher a traité cette question dans sa thèse (*Etude sur les kystes congénitaux du cou*), et a relaté les succès obtenus par M. Roux (de Toulon).

M. Fifield, à la fin de sa note, insiste sur les points suivants qui, dit-il, sont en contradiction avec les opinions formulées par M. Boucher: 1° Des kystes congénitaux simples peuvent se montrer à la région postérieure du cou; 2° ils peuvent dépasser les limites assignées à ces sortes de tumeurs par M. Boucher et apparaître dans l'aisselle; 3° contrairement au dire de Boucher et de Wernher, on peut trouver un kyste à la région postérieure du cou chez un enfant à terme n'ayant aucune autre difformité; 4° enfin, ces tumeurs peuvent disparaître spontanément.

G..., âgée de 2 mois, porte au-dessous de l'œil, sur la pommette gauche, une tumeur érectile de forme à peu près circulaire et large d'environ 2 centimètres. La tumeur est de couleur rouge violacée, cédant sous le doigt, mais reparaissant aussitôt; elle fait relief au-dessus de la peau avoisinante qui est parfaitement saine. Alors que l'enfant avait 10 à 12 jours, les parents découvrirent sous l'œil gauche un petit point rouge qui s'est agrandi peu à peu, pour constituer la tumeur actuelle. L'enfant n'étant pas vacciné, M. Goudet résolut de tenter la guérison de la tumeur par la vaccination.

« La lymphe de deux tubes bien remplis, fut soigneusement déposée sur une série de pe i es égratignur s faites avec la pointe de la lancette sur la peau saine bordant immédiatement le nœvus. Quelques piqûres faites sur la tumeur même avec la pointe d'une aiguille fine imbibée de vaccin, déterminèrent un écoulement de sang que j'arrêtai au moyen d'une petite rondelle d'amadou. Cinq jours plus tard le nœvus était entièrement cerné par une magnifique auréole vaccinale. »

Il se forma des croûtes qui tombèrent successivement, les unes sans hémorrhagie, les autres en produisant un écoulement de sang qui s'arrêta spontanément. Six mois après l'opération, on trouvait, à la place du nœvus, « une petite cicatrice à peine apparente et de même couleur que la peau avoisinante. »

L'auteur de ce mémoire, après avoir vu plusieurs cas d'helminthiase, dont la mort a été déterminée par les convulsions, contre lesquelles le médecin est tout à fait impuissant, s'est demandé s'il était possible d'agir sur les ascarides non pas pour les expulser, mais pour leur empêcher d'exercer leur influence. Il croit avoir réalisé cette idée en se servant du lait, qu'il introduit par les fosses nasales. Depuis qu'il emploie, il n'a pas eu de nouveau cas de mort à enregistrer.

L'auteur ayant été consulté pour un enfant de 4 ans et demi qui s'adonnait avec fureur à l'onanisme, eut l'idée de lui traverser le prépuce avec un anneau d'or analogue à ceux que les jeunes filles portent aux oreilles. Le moyen fut efficace, et la santé de l'enfant qui commençait déjà à s'altérer, fut complètement rétablie. Les érections n'étaient pas rendues douloureuses par la présence de l'anneau. L'auteur ajoute, que ce moyen peut être applicable aux jeunes filles, en traversant les grandes lèvres pour les réunir à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. G. M.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques réflexions sur le traitement de la diphthérie en général et sur l'emploi des balsamiques en particulier ; par le docteur Pierre Bastiou. Ad. Delahaye 1874.

Comme appendice à sa thèse, que M. Bouteillier a analysée avec soin dans le n° 14 du *Progrès médical*, M. P. Bastiou donne la description d'un nouveau modèle de trocart. Grâce à une disposition aussi simple qu'ingénieuse, ce trocart indique à l'opérateur le moment précis où, des parties solides il pénètre dans des parties liquides ou gazeuses. On ne peut en aucune manière perforer le poumon dans les cas d'épanchements pleuraux par exemple. Un autre avantage de cet instrument consiste en ce qu'il peut servir pour les fonctions exploratrices par suite d'une cannelure spéciale pratiquée dans la lame. Voici la coupe et la description de cet instrument.

Il se compose d'une tige ordinaire T et d'une canule C, que l'on fixe à un manche M par un mouvement de baïonnette. Dans l'intérieur du manche se trouve un ressort à boudin R, de la force voulue, qui pousse la lame en avant. Le mouvement de va-et-vient de celle-ci est limité par un petit bouton O dans les deux points A et B de l'ouverture *ab* pratiquée dans la virole du manche. (*Fig.* 00.) La lame est canelée dans une longueur telle que la cannelure disparait quand on presse la pointe du trocart. Elle apparaît très-visiblement dans le cas contraire.



Fig. 15

Au repos, rien ne contrebalançant la force du ressort, la lame est poussés en avant et le bouton O est au point A de sa course Mais, si on appuie la pointe du trocart contre un corps résistant, le ressort cède, et immédiatement le point O rentre de A en B. Cet instrument est donc d'une grande simplicité.

Voici ce qui arrive : sitôt que l'on applique le trocart sur une partie quelconque du cadavre, la lame rentre dans le manche, et le bouton O se maintient au point B tant que l'on est dans les parties solides ; bientôt la paroi est traversée, et, à cet instant, on voit le bouton descendre en A. En y arrivant, il produit un choc que l'on sent à la main, et qui s'accompa-

gne d'un bruit qui va jusqu'à l'OREILLE. A ce moment aussi la cannelure plonge dans le liquide; celui-ci s'y précipite et vient se montrer à l'opérateur, pour peu qu'il retire la lame hors la canule. La partie non cannelée intercepte le passage de l'air. Ainsi, là où le trocart ordinaire n'indique rien outre une sensation particulière de vide, trois sens, l'OUIE, la VUE et le TOUCHER avertissent, par cet instrument, que l'on est dans la collection à évacuer.

Eléments d'urologie ou analyse des urines, des dépôts et calculs urinaires; par A. RABUTEAU. In-12 de 256 pages avec 36 figures dans le texte.

Sous le titre qui précède, M. le Dr Rabuteau vient de faire paraître à la librairie Lauwereyns un petit livre destiné à rendre de nombreux services à ceux qui désirent s'occuper sérieusement de l'examen des urines.

Cette branche de la médecine, dont l'origine remonte aux temps les plus reculés, resta longtemps en discrédit auprès des médecins, c'est qu'avant l'introduction de l'étude chimique et microscopique, l'examen de l'urine avait peu de valeur scientifique et était abandonné à cause de l'abus qu'en avaient fait les charlatans et les empiriques. Mais, après les travaux de Rouellé, Fourcroy et Vauquelin, cette science put s'asseoir sur des bases nouvelles et solides; l'impulsion, une fois donnée, ne s'arrêta point, et aujourd'hui plus que jamais, l'attention du monde médical tend à se porter de ce côté. L'examen de l'urine est devenu un des éléments les plus sûrs et les plus exacts du diagnostic. Le traité le plus complet publié sur ce sujet est celui de Neubauer et Vogel, traduit par le docteur Gauthier; mais c'est un livre spécial pour le chimiste et dans lequel le praticien trouve peu à prendre. M. le docteur Rabuteau en disant, dans son introduction, que nous ne possédons que quelques traductions, paraît avoir oublié l'excellent traité de chimie médicale publié par le docteur Méhu, et qui se trouve actuellement dans toutes les mains.

Après avoir consacré quelques lignes à exposer les bases de son travail, M. Rabuteau entre dans les généralités sur l'excrétion urinaire; explique son mécanisme et cite un assez grand nombre de recherches personnelles sur les variations de la quantité d'urine à l'état normal; il examine à ce sujet l'influence des saisons, de la quantité plus ou moins grande d'eau ingérée et celle des médicaments.

L'auteur passe ensuite en revue les divers caractères physiques et chimiques de l'urine : *quantité, aspect, couleur, réaction, odeur* et *densité* et termine en disant quelques mots d'un caractère qu'il vient d'introduire dans l'urologie : la *chaleur spécifique*. Ces divers points sont traités avec tous les détails suffisants. A la suite, vient l'étude des principes que l'on rencontre dans l'urine normale, et qui sont divisés en deux groupes, substances inorganiques et substances organiques.

Parmi les premières, *l'eau* est la plus importante, aussi M. Rabuteau s'étend-il longuement sur ce sujet. Il parle d'abord de la quantité d'urine à l'état normal et de ses variations sous l'influence de l'alimentation et de la médication; il étudie ces mêmes variations dans les cas pathologiques, *polyurie* simple ou *hydrurie* (dont les principales causes occasionnelles sont : *l'hystérie, les lésions traumatiques de la tête*; *les excès alcooliques*) puis la *polyurie* avec *azoturie* dans laquelle l'augmentation d'eau s'accompagne de celle des matières extractives. Ce même ordre est suivi pour l'examen des sels minéraux, *chlorures, sulfates, phosphates, azotates*.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude des produits organiques dont le plus important est l'urée. Quelques lignes seulement sont consacrées aux propriétés chimiques de cette substance, mais son état naturel, son origine, ses variations à l'état normal et pathologique, ainsi que sous l'influence des divers médicaments sont longuement décrites; l'étude de ce corps est terminée par la description de ses divers modes de dosage, mais seulement de ceux qui sont susceptibles d'une application clinique. La même marche est adoptée pour l'acide *urique*, l'acide *hippurique*, la *créatine*, la *créatinine*. Pour être complet l'auteur dit ensuite quelques mots de corps sans grande importance au point de vue auquel il se place : la *xanthine*, les acides *phénique, taurilique, damalurique*. Ce chapitre se termine par l'étude des matières colorantes de l'urine, l'*urochrôme*, l'*indicane*; leur extraction et leurs propriétés.

Dans la seconde partie de son ouvrage; M. Rabuteau étudie les produits anormaux qui sont divisés en : 1° Substances inorganiques; 2° Substances organiques; 3° Substances organisées.

Dans le premier groupe est une série très-importante, celle des composés ammoniacaux; aussi M. Rabuteau insiste-t-il longuement sur ce sujet qu'il a étudié d'une façon spéciale; d'après lui, aucun de ces composés n'existe dans l'urine normale.

Dans les urines pathologiques on rencontre le *carbonate d'ammoniaque*, le *phosphate ammoniaco-magnésien* et l'*urate acide d'ammoniaque*. On peut facilement, en suivant le procédé de l'auteur rechercher et doser l'ammoniaque provenant de ces sels.

Une partie assez étendue de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la glucose et de l'albumine; la recherche et le dosage de ces corps sont, en effet, de la plus haute importance. L'auteur commence par indiquer les propriétés physiques et chimiques de la glucose ainsi que les réactions qui servent à la caractériser; il l'étudie ensuite au point de vue physiologique et pathologique et décrit les divers modes de dosage les plus employés : (liqueur cupro-potassique, fermentation et examen optique). M. Rabuteau s'occupe ensuite de l'albumine et cite une liste provenant de recherches personnelles sur les sels qui coagulent cette substance.

Quelques pages suivent qui ont pour objet l'examen des matières colorantes et des acides biliaires qui peuvent passer dans l'urine. Viennent ensuite de biens bonnes indications pour caractériser le sang, le mucus, et divers champignons et infusoires qui peuvent se trouver accidentellement dans l'urine. Le dernier chapitre traite de la recherche dans l'urine des diverses substances toxiques et médicamenteuses. Cette partie est très-intéressante, mais l'auteur n'aurait pu, sans sortir de son programme, y donner de plus longs développements.

Ce petit traité sera bien accueilli, et il le mérite, de tous ceux qui s'occupent de l'examen de l'urine, et sera surtout utile aux étudiants; ils trouveront là le résumé des leçons professées par l'auteur qui a déjà su par son travail et son mérite se faire un nom dans la science. YVON.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Service de M. BUCQUOY. Salle Saint-Jean (H.) : 4, endopéricardite, pleurésie sèche; 6, kyste du foie traité par la méthode de Récamier; 13, pleuro-pneumonie; 19, paralysie générale; 26, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Philippe (F.) : 4, ulcère simple de l'estomac; 14, péricardite; 15, kyste multiloculaire de l'ovaire, péritonite chronique et ascite. 16, laryngite syphilitique, trachéotomie; 22, gangrène pulmonaire (guérison). — Salle Sainte-Marie (F.) : 5, tremblement mercuriel; 8, péritonite puerpérale.

Service de M. DESPRÉS. — Salle Saint-Jacques (F.) : 5, glaucome aigu: ophthalmie sympathique; 8, squirrhe du sein droit; 11, arthrite fongueuse du genou; 15, ectropion double compliqué de blépharospasme; 22, hernie crurale (épiplocèle), pseudo-étranglement. — Salle Cochin (H.) : 7, arthrite temporo-maxillaire; 15, cystite purulente, tubercules de la prostate; 16, phlegmon de l'orbite; 19, phlegmon simple du bras, persistance du trou de Botal? 25, érysipèle phlegmoneux. — Baraque III (H.) : 5, coxalgie suppurée avec fistule; 16, brûlures de la jambe, 1er, 2e, 3e, 4e degré; 7, abcès sur le trajet des lymphatiques de la jambe. — Baraque I (H.) : 8, kyste dermoïde du sourcil; 38, fistule lymphatique.

Hôpital Necker. — Service de M. DELPECH. Consultations le lundi. Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 1, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 6, pelvi-péritonite; 14, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie; 15, anémie, œdème de la glotte; 16, paraplégie hystérique; 18, pelvi-péritonite; 20, rhumatisme noueux; 23, pérityphlite; 26, épithélioma du vagin. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, dyspepsie; 4, dilatation bronchique; 10, paraplégie (ramollissement de la moelle); 17, névralgie rhumatismale du plexus brachial; 20, fièvre typhoïde; 28, broncho-pneumonie; 30, intoxication par le sulfure de carbone.

Service de M. CHAUFFARD. Consultations le mercredi. Salle Sainte-Cécile (crèche) : 24, méningite tuberculeuse. — Salle Sainte-Eugénie (F.) : 1, cirrhose hépatique; 8, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Luc (H.) : 4, ataxie locomotrice, atrophie des nerfs optiques; 11, péritonite; 12, laryngo-typhus, trachéotomie; 13, pleurésie aiguë, ponctions; 17, fièvre typhoïde, 18, endopéricardite rhumatismale, pleurésie.

Service de M. Potain. Consultations le jeudi. Salle Sainte-Anne (F.) : 8 insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral; 10, hystérie et hystéro-épilepsie; 19, maladie de Ménière, grippe; 27, pneumonie caséeuse. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, insuffisance mitrale et tricuspidienne; 7, leucocythémie, hypertrophie de la rate; 18, pleurésie; 24, insuffisance mitrale récente; 27, inversion du cœur, rhumatisme subaigu; 29, polyurie simple.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 2, intoxication saturnine; 11, ramollissement cérébral; 12, entérite tuberculeuse; 21, fièvre typhoïde; 25, péricardite rhumatismale; 28, hémoptysie. — Salle Sainte-Claire : 6, embarras gastrique; 7, métrorrhagie; 12, ramollissement cérébral; 17, fièvre typhoïde; 20, pleurésie tuberculeuse; 38, mal de Pott.

Service de M. Dolbeau. (H.) : 2, fracture de jambe; 5, kyste du dos du pied; 13, fracture du fémur; 15, fracture de jambe; 17, roséole syphilitique; 18, carie des parois abdominales; 23, tumeur ganglionnaire sous-maxillaire; 28, fracture du fémur; 27, syphilis viscérale; 32, tumeur ganglionnaire de l'aîne; 46, bubon scrofuleux; 56, cataracte. — (F.): 7, épulis; 10, coxalgie; 17, fistule vésico-vaginale, adénite inguinale.

Service de M. Le Fort. (F.) : 9 abcès dentaire, nécrose du maxillaire; 11, caucer du sein; 12, phlegmon du ligament externe; 16, kyste du foie. — (H.) : 4, fracture comminutive de la jambe; 11, rupture du ligament latéral externe du genou; 26, polype naso-pharyngien; 36, fracture de la rotule; 41, rétrécissement de l'urèthre; 57, rétrécissement de l'œsophage.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Gombault. Salle Sainte-Eugénie : 31, hystérie, hernie, anesthésie, lypémanie; 33, goître; 34, cancer de l'estomac sans vomissements; 35, hémorrhagie cérébrale; 37, kyste de l'ovaire; 42, myélite chronique, paraplégie; 14, cirrhose; 18, tumeur abdominale, ascite. — M. Labbé. Salle St-Gabriel : 2, épithélioma de la paroi thoracique traité par les caustiques, érysipèle traité par le cautère actuel; 3, orchite; 9, tumeur blanche du genou, redressement; 10, abcès gangréneux de la joue, chûte de 17 dents en 15 jours; 29, abcès de l'aisselle; 24, calcul de la vessie; 25, hémophyle, petit sarcome de la cuisse; 27, fistule anale. — Salle Saint-Jean : 19, tumeur de la parotide; 20, goître exophthalmique; 15, polypes multiples de l'utérus; 22, kyste de l'ovaire; 17, tumeur fibreuse.

Hôtel-Dieu. — M. Richet a repris ses leçons cliniques le mercredi 6 avril, à 9 h. 1/2, et les continuera les mardis et samedis à la même heure, dans le grand amphithéâtre. — M. Béhier. Leçons cliniques les lundis et vendredis, à 9 h. 1/2. — Tous les mercredis, leçons et démonstrations histologiques et chimiques, par H. Liouville et E. Hardy. — M. Cusco. Consultation et examen des malades à l'ophthalmoscope, le jeudi, à 10 h.— M. Hérard. Consultation le jeudi et examen des malades par les élèves le vendredi à 8 h. 1/2.

Service de M. Béhier. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 9 et 26, pneumonie; 13, pachyméningite; 19, mal de Bright; 37, ataxie; 39, phthisie laryngée.— (F.) : 2, tumeur abdominale; 10, dothiénenterie; 11, sclérose en plaques; 22, hémorrhagie cérébrale; 23, pneumonie; 13, 16, 26, variole.

Service de M. Richet. Salle Sainte-Marthe (H.) : 6, hernie étranglée; 14, fistules anales; 37, cancer du larynx (trachéotomie); 46, mal perforant. — Salle Saint-Charles : 1, tumeur blanche du genou; 2, tumeur fibreuse sphacéléc de l'utérus; 11, luxation de l'épaule; 25, érysipèle de la face.

Enseignement médical libre.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. — Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

Opérations des voies urinaires. M. le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours public le mercredi 7 avril, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, les lundis, mercredis et vendredis.

Médecine opératoire des voies urinaires. — M. le Dr Mallez, commencera son cours (semestre d'été) le mardi 6 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, pour le continuer les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Les élèves seront exercés à toutes les opérations.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 2 avril 1875, on a constaté 1,010 décès, savoir : variole, 7; — rougeole, 12; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 47;— pneumonie, 128;— dyssenterie, 1;— *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 4; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 13;— croup, 18; — affections puerpérales, 10; — autres affections aiguës, 268; — affections chroniques, 424, dont 198 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 38; — causes accidentelles, 19.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 21 au 27 mars, 1,680, savoir : variole, 1; — rougeole, 17; — scarlatine, 24; — fièvre typhoïde, 9; — érysipèle, 8; — bronchite, 320 ; — pneumonie, 122 ; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 22; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 14; — croup, 18, — coqueluche, 39.

Faculté de médecine de paris. — *Concours d'agrégation en chirurgie.* — Les épreuves commenceront le 1er avril. Le jury est composé de MM. Richet, président, Lefort, Verneuil, Trélat, Depaul, Cruveillier, Demarquay, pour Paris ; Rigaud, de Nancy, Boyer, de Montpellier. Ce dernier n'ayant pu accepter, a été remplacé par M. Gosselin. Il en résulte que la Faculté de Montpellier n'a plus de représentant dans le jury.

— Les concurrents inscrits pour prendre part au concours, et qui ont répondu à l'appel de leurs noms sont : pour Paris, MM. Paul Berger, Blum, Félizet, Humbert, Julien (inscrit pour les trois facultés), Lucas-Championnière, Marchand, Monod, Nepveu, Penières (pour Paris et Montpellier), S. Pozzi, Richelot, Terrillon, Thorens.

Pour Montpellier : M. Roustan (il faut ajouter les noms de MM. Julien et Penières, inscrits en même temps pour Paris). Un seul candidat se présente pour Nancy : M. Julien, inscrit d'ailleurs pour les trois Facultés. — Les candidats pour la section d'accouchements sont : Pour Paris : MM. Chantreuil, Pinard, de Soyre. — Il n'y a aucun candidat pour les places d'agrégés en accouchements vacantes à Nancy et à Montpellier. — La composition écrite a eu lieu samedi 3 avril, à une heure. Les candidats (chirurgie) ont eu à traiter la question suivante : *Appareils ligamenteux du rachis; des différents modes de progression chez l'homme* ; les candidats, pour les accouchements, ont eu à traiter cette question : *corps de Wolf, menstruation.* Les séances du concours se tiendront le mardi à 5 heures les jeudi et samedi à 4 h. 1/2.

Concours (*Bureau central, médecine*). — Le concours ponr deux places au bureau central s'ouvrira jeudi 15 courant à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Les candidats inscrits sont au nombre de 36 : MM. Caresme, Carrière, Chouppe, Danlos, Dehove, Decori, Desplats, Dieulafoy, Du Castel, Gaillard-Lacombe, Gingcot, Gouguenheim, Gouraud, Grancher, Hallopeau, Hemey, Hirtz, Huchard, Joffroy, Laborde, Labadie-Lagrave, Landrieux, Legroux, Liouville, Quinquaud, Rathery, Renault (A.), Renaut (J.), Rendu, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Straus, Tenneson, Troisier. — Les juges du concours sont : MM. Andral, Fauvel, Labric, Lailler, Marrotte, Tardieu et Broca ?

Ecole préparatoire de médecine d'Amiens. — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant de pathologie externe à ladite école, précédemment fixée au 17 février 1875, est reportée par arrêté du 1er mars au 21 juillet 1875.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira à ladite école le 2 novembre 1875.

Ecole préparatoire de Toulouse. — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie à ladite école, qui devait avoir lieu le 7 mars, est reportée au 8 novembre.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. — Imprimerie Cerf et fils, rue du Plessis, 5

3e ANNÉE. — N° 16 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 17 AVRIL 1875.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Messieurs,

Les substances toxiques et médicamenteuses peuvent être introduites dans l'économie par divers procédés. On fait pénétrer les gaz et les vapeurs par la surface des organes respiratoires, et ce procédé est également mis en usage pour les substances liquides, parce que la muqueuse pulmonaire absorbe mieux que la muqueuse de l'appareil digestif.

On connaît les expériences de Gohier qui a pu injecter dans les poumons d'un cheval jusqu'à 32 litres d'eau sans le tuer ; celles de M. Colin qui a pratiqué des injections du même genre et qui a vu dix-huit litres d'eau injectés dans l'espace de trois heures, dans les poumons d'un cheval, être absorbés complétement. M. Claude Bernard, dans ses leçons sur l'*anesthésie* et l'*asphyxie* cite aussi les expériences de M. Ségalas dans lesquelles trois centigrammes d'extrait de noix vomique, en solution dans soixante grammes d'eau, injectés dans la trachée, tuaient en deux minutes, les chiens soumis à l'injection tandis que l'introduction de dix centigrammes du même extrait dans l'estomac ne déterminaient aucun effet. Les observations publiées par M. Jousset (de Bellesme), et reproduites dans les leçons de M. Cl. Bernard, montrent que, dans des cas urgents, lorsqu'il s'agit d'une fièvre intermittente pernicieuse, par exemple (c'est dans ces conditions que les essais de M. Jousset ont été faits), l'injection de sulfate de quinine dans la trachée peut offrir de sérieux avantages.

Peut-être faudrait-il essayer ce mode d'introduction des médicaments dans d'autres cas où l'absorption se fait partout ailleurs avec une désespérante lenteur, comme on le voit dans les cas de choléra.

Nous aurons recours, pour certaines expériences, à l'absorption par la muqueuse des organes digestifs, bien qu'elle présente de nombreux inconvénients. Ainsi, les poisons ingérés dans l'estomac peuvent provoquer des vomissements ou des selles diarrhéiques qui entraînent au dehors la substance ingérée. Il peut arriver aussi que la substance toxique soit modifiée par l'action du suc gastrique.

D'autre part, l'absorption est plus ou moins rapide, suivant que l'estomac est plein d'aliments ou qu'il est vide. Je parle bien entendu de l'absorption de l'agent toxique ou médicamenteux. Les effets de certaines substances peuvent être rendus plus rapides ou plus certains par le fait de la présence de matières en digestion dans l'estomac. C'est ce qui aura lieu pour les cyanures qui produiront, dans ces conditions, un dégagement immédiat d'acide cyanhydrique. Mais pour les matières qui sont absorbées en nature, la vacuité de l'estomac favorisera, leur pénétration dans le sang.

D'une façon générale, on doit dire d'ailleurs que la membrane muqueuse gastrique des mammifères absorbe assez lentement, même dans l'état de vacuité du ventricule, la plupart des poisons. C'est ainsi que le curare, introduit dans les voies digestives d'un mammifère, ne détermine d'effets toxiques que lorsqu'il est ingéré en très-grande quantité. Cela tient à la lenteur de l'absorption ; le curare absorbé ainsi, peu à peu, est éliminé au fur et à mesure, de telle sorte qu'il ne se trouve, à aucun moment, en assez grande quantité dans l'organisme, pour exercer son action caractéristique. Ce qui le prouve bien, c'est que si l'on néphrotomise un animal, avant d'introduire du curare dans son estomac, on constate que, comme l'a montré M. Cl. Bernard, les effets de la curarisation se produisent parce que le poison peut s'accumuler dans l'organisme, sa principale voie d'élimination étant supprimée.

La strychnine est, de même, absorbée très-lentement par la membrane muqueuse stomacale; M. Bouley avait noté que des chevaux auxquels on avait coupé préalablement les nerfs pneumogastriques, et dans l'estomac desquels on introduisait un sel de strychnine, n'étaient pas empoisonnés.

On en avait conclu que la membrane muqueuse de ces animaux n'absorbe pas la strychnine. Cette conclusion est erronée, car, si l'on recherche la strychnine dans le contenu de l'estomac quelques heures après l'expérience, on voit qu'elle a disparu. Pourquoi donc les chevaux, dont les nerfs vagues sont intacts, sont-ils empoisonnés rapidement par la même dose de strychnine qui reste inoffensive, lorsque ces nerfs sont sectionnés ? Ce résultat tient à la paralysie des fibres musculaires de l'estomac, produite par la section des nerfs. La strychnine reste alors confinée dans l'estomac qui ne jouit à l'état normal, vis-à-vis de cette substance, que d'une propriété absorbante très-faible ; l'absorption se fait très-lentement et le poison s'élimine au fur et à mesure qu'il absorbe, de sorte que la strychnine ne se trouve, à aucun moment, en quantité suffisante dans l'organisme pour déterminer ses effets ordinaires. Lorsque les nerfs vagues sont au contraire intacts, les mouvements de l'estomac font passer la strychnine dans l'intestin, où l'absorption est très-active, et l'intoxication ne tarde pas à avoir lieu.

Les veines sont fréquemment choisies pour l'introduction des poisons dans l'organisme. Ce procédé présente de grands avantages sous le rapport de la rapidité de l'absorption, mais il n'est pas sans inconvénients.

Danger de coaguler le sang, d'injecter de l'air, ou des particules solides en suspension dans les liquides vecteurs ; danger plus grand de produire la syncope et la mort immédiate par action directe du liquide injecté sur le cœur. Vous savez tous, messieurs, que l'endocarde est doué de sensibilité. Si donc cette paroi se trouve tout à coup en contact avec un liquide irritant, il en résulte un trouble, et même un arrêt des battements du cœur. J'ai souvent constaté ce fait dans les cas d'injection de chloral par la veine fémorale.

A cette occasion, je ne saurais trop m'élever contre l'habitude qu'ont certains expérimentateurs de faire les injections par la veine jugulaire. Combien le danger que je viens de signaler pour la veine fémorale n'est-il pas plus grand, quand il s'agit de la veine jugulaire, si proche du cœur, que le poison y arrive avant d'avoir eu le temps de se mélanger avec la masse de sang, et de perdre ainsi ses propriétés irritantes !

Je ne saurais donc trop vous engager à ne jamais choisir la veine jugulaire pour y faire l'injection de substances toxiques ou médicamenteuses. Vous éviterez ainsi l'erreur commise par beaucoup d'expérimentateurs, qui ont indiqué, comme effet physiologique, des troubles cardiaques causés par une action directe des liquides injectés sur la paroi interne du cœur.

Enfin, la voie d'introduction la plus communément employée est l'injection, ou l'insertion sous-cutanée, des poisons ou des médicaments. Cette méthode est, en général, préférable aux méthodes précédentes. Elle est surtout ex-

(1) Voir les nos 11 et 13 du *Progrès médical*.

cellente quand il s'agit d'injecter sous la peau une quantité peu considérable de substance dissoute.

Cependant elle a été la source de nombreuses erreurs, résultats d'un mode opératoire défectueux. Les substances toxiques, introduites sous la peau, peuvent agir localement, directement et déterminer des accidents locaux inflammatoires qui par les troubles généraux auxquels ils donnent lieu secondairement, viennent compliquer, dans certains cas, les effets des substances toxiques dont on veut étudier l'action physiologique.

D'autre part, si l'on emploie pour véhicule un liquide capable d'agir chimiquement sur les tissus (alcool concentré, acides, etc.), ce liquide peut déterminer une corrugation de la région dans laquelle il est introduit; les vaisseaux se ferment alors à la circulation, et l'absorption de la substance active, dont on veut étudier les effets, se trouve ainsi devenue impossible.

En outre, et c'est là un point sur lequel j'appelle tout particulièrement votre attention, les substances dissoutes dans des liquides facilement absorbables se répandent, par diffusion, de proche en proche, jusqu'à une distance souvent très-grande du lieu où elles sont introduites. C'est du moins ce qui arrive toujours sur la grenouille, même lorsque la substance est introduite à l'état solide, à condition toutefois qu'elle soit facilement soluble dans les liquides interstitiels de l'économie.

C'est pour ne pas s'être assez préoccupés de ce fait que nombre d'expérimentateurs ont commis des erreurs très-regrettables, au sujet de l'action physiologique de certaines substances toxiques. Ainsi, on a prétendu que les sels solubles de cuivre, de mercure, etc., sont des poisons du cœur.

Il est facile de mettre en évidence l'erreur que l'on a commise et de montrer comment elle pouvait être évitée. Le sulfate de cuivre, par exemple, a été considéré par M. Armand Moreau, comme un poison du cœur. Il avait introduit cette substance sous la peau du dos de plusieurs grenouilles, et il avait vu le cœur s'arrêter avant que les nerfs périphériques eussent perdu leur motricité. Or, si l'introduction du poison avait été faite dans un point du corps éloigné du cœur, le même résultat ne se serait pas produit. Nous avons fait hier deux expériences comparatives. On a introduit sous la peau du dos d'une grenouille, un cristal de sulfate de cuivre, et sous la peau de la partie inférieure de la jambe d'une autre grenouille, un cristal semblable au précédent. La première grenouille est morte hier, après notre départ du laboratoire; il est probable, d'après ce que j'ai vu dans d'autres expériences, que, comme le dit M. Moreau, le cœur s'est arrêté alors que les nerfs et les muscles des membres avaient conservé leurs propriétés physiologiques.

Voici l'autre grenouille; vous la voyez pleine de vigueur: le pied et la jambe qui ont été en contact avec le sulfate de cuivre sont verdâtres et cadavérisées.

Si le cœur s'est arrêté chez la grenouille dont la région dorsale a été mise en contact avec le sulfate de cuivre, c'est que cette substance se dissolvant peu à peu dans le liquide lymphatique a pénétré par diffusion au travers de la paroi du corps et est allée agir directement sur le myocarde. Bien certainement même, le sulfate de cuivre, sur cette grenouille, aura atteint la moelle épinière par le même procédé et aura détruit, ses propriétés physiologiques.

Certains sels métalliques se répandent ainsi avec une grande rapidité dans toute l'étendue du corps, et vont détruire sur place, par action chimique, les propriétés physiologiques des muscles. On fait de ces sels des poisons musculaires. C'est encore une erreur, dérivant de la même source.

Il faut éviter autant que possible cette diffusion des substances solubles, lorsqu'on fait des expériences sur des grenouilles. Pour cela deux précautions indispensables doivent être prises.

L'on doit d'abord toujours introduire la substance toxique le plus loin possible du cœur et des centres nerveux. Pour les centres nerveux, quelle meilleure preuve de l'importance de cette précaution pourrais-je citer que l'expérience faite. il y a longtemps (1842) par Stilling? Ce célèbre savant a montré que l'on peut obtenir les effets caractéristiques du strychnisme, en introduisant de la strychnine sous la peau d'une grenouille dont tous les viscères, le cœur y compris, ont été enlevés. Il est bien évident que, dans ce cas, la strychnine a produit son action après avoir imprégné tout ce qui restait de la grenouille en même temps que la moelle. Pour le cœur, je vous rappelle ce que je viens de vous dire du sulfate de cuivre; combien d'autres exemples ne pourrais-je pas citer?

Il faut donc introduire, la substance toxique sous la peau d'une des mains ou d'un des pieds.

La seconde précaution à prendre consiste à ne jamais injecter une grande quantité de liquide. Si l'on injecte un centimètre cube d'eau, on est exposé aux erreurs que l'on voulait éviter. C'est en injectant ainsi des solutions de sels métalliques que l'on est arrivé à ranger, au nombre des poisons musculaires, tant de substances qui n'agissent aucunement sur les muscles, par l'intermédiaire de la circulation. On doit donc introduire la substance à essayer, soit à l'état solide, soit en solution aussi concentrée que possible, de façon à ne faire pénétrer sous la peau qu'une très-petite quantité de liquide.

L'action physiologique caractéristique d'un poison ou d'un médicament n'a lieu, pour certains agents, qu'à des doses fixes, déterminées. Si la dose de certaines substances est trop forte, on peut amener la mort de l'animal en expérience, sans produire les effets qui caractérisent véritablement l'action physiologique de ces substances.

Les expériences de MM. Gréhant et Duquesnel sur l'aconitine en sont un exemple. Ces expérimentateurs ont montré en effet que, si on injecte, sous la peau d'une grenouille, une faible dose d'aconitine cristallisée (un vingtième de milligramme), on détermine des effets analogues à ceux du curare, c'est-à-dire une abolition de la motricité des nerfs, alors que la contractilité musculaire est encore intacte. Si au contraire, on injecte une solution d'un milligramme de la même substance, le même effet ne se produit plus. Or, il est facile de reconnaître que cette différence d'action tient à ce que, dans le second cas, le cœur s'arrête sous l'influence de l'aconitine, avant que ce poison ait eu le temps d'abolir l'influence que les nerfs moteurs exercent sur les muscles.

L'action physiologique des poisons est un champ de recherches qui n'a pas été complétement exploré, et dans les travaux entrepris sur ce sujet, on rencontre un certain nombre d'erreurs que nous signalerons lorsque nous les rencontrerons sur notre chemin.

J'aurais voulu, dans cette leçon vous dire quelques mots des interprétations que M. Cl. Bernard a données à propos des résultats auxquels l'ont conduit ses investigations sur le mode d'action des substances toxiques. Mais le temps ne me le permet pas: je puis à peine énoncer quelques-unes des propositions que je voulais développer devant vous. J'aurai l'occasion d'ailleurs de revenir amplement sur ces propositions.

Vous savez que les travaux de M. Cl. Bernard sur les poisons et les médicaments ont servi de base à des classifications de ces substances. On a admis des poisons des nerfs moteurs, des poisons des nerfs sensitifs, des poisons des muscles.

Or, cette classification me paraît très-attaquable.

Je ne puis admettre l'existence d'agents toxiques qui tueraient la fibre nerveuse motrice, qui anéantiraient sa propriété, durant la vie de l'animal, par l'intermédiaire des voies circulatoires, et dont le type serait le curare. Le curare, d'après moi, laisse, du moins au début de son action, la propriété physiologique de la fibre nerveuse motrice, la *névrilité*, tout-à-fait intacte, comme il laisse intacte la propriété physiologique musculaire primitive, la *contractilité*.

Dans une certaine période de son action, il rompt pour ainsi dire la continuité physiologique entre la fibre ner-

veuse et le faisceau musculaire primitif, de telle sorte que les excitations qui parcourent la fibre nerveuse ne peuvent plus se communiquer au faisceau musculaire; mais, je le répète, il n'y a pas, à ce moment, abolition de la propriété physiologique de la fibre nerveuse. Les modifications qui ont lieu dans toute la largeur de la fibre nerveuse sous l'influence des excitants, chez un animal sain, se produisent encore chez l'animal curarisé, lorsqu'on irrite les nerfs moteurs par des agents d'excitation mécanique ou galvanique, mais le muscle, quoique encore irritable, n'est plus provoqué à la contraction par ces excitations; il y a entre les deux éléments un obstacle qui arrête toute communication.

D'autre part, la strychnine ne tue pas non plus les fibres sensitives des nerfs. Comme je vous l'ai dit, elle excite, elle exalte les propriétés de la substance grise de la moelle; des convulsions tétaniques réflexes se déclarent, puis, après une certaine période de tétanos strychnique, l'animal (grenouille) entre en complète résolution. Mais il est aisé de faire voir, et je vous le montrerai, que la sensibilité est alors conservée.

Enfin, s'il est vrai qu'il y ait des poisons musculaires, et cela est contestable, ces poisons sont des substances végétales (digitaline, inée, upas-antiar, vératrine, etc.) ou animales (venins du crapaud, de la salamandre aquatique), il est inexact de ranger dans ce groupe les sels métalliques qui y ont été classés. Le sulfocyanure lui-même, qui a été considéré comme un type de cette sorte d'agents toxiques, ne détruit les propriétés des muscles que lorsqu'il entre directement en contact avec eux; il ne paraît pas pouvoir produire le même effet lorsqu'il se répand dans l'organisme par la voie de la circulation. Je dois dire, d'ailleurs, que M. Cl. Bernard a lui-même fait des réserves sur le mode d'action de cette substance. Mais les physiologistes qui ont répété ses expériences ont été beaucoup plus affirmatifs que lui. Ce que je dis ici du sulfocyanure de potassium n'est pas nouveau, il y a bien longtemps que je l'ai déjà publié, et je l'ai avancé, non seulement pour ce sel, mais encore pour l'ensemble des sels qui ont été désignés, bien à tort, sous le nom de poisons musculaires.

Je termine là les notions générales que je voulais vous donner, et nous commencerons nos études par celle du Jaborandi qui préoccupe aujourd'hui, à juste titre, le monde médical. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1).

Parmi les épileptiques et les hystériques du service de M. Charcot à la Salpêtrière, l'une des plus intéressantes, par la multiplicité et la variété des accidents qu'elle éprouve, est sans contredit Rosalie Leroux. Tous les médecins qui ont été internes ou externes à la Salpêtrière, tous ceux qui, dans ces dernières années, ont assisté aux leçons de notre éminent maître, ont fait la connaissance de cette malade et ont gardé le souvenir des épisodes de son affection dont ils ont pu être témoins. Ces raisons, jointes aux analogies que son histoire présente avec celle d'une autre malade — qui préoccupe un peu partout et les médecins et les théologiens — nous ont encouragé à rapporter ici sa longue observation.

Deux observations d'hystérie.

Leroux Rosalie, âgée de 52 ans, est entrée à la Salpêtrière le 27 juillet 1846. Elle avait alors 23 ans.

Antécédents. — Sa mère, qui était cuisinière dans une maison bourgeoise, se débarrassa d'elle en la mettant dès sa naissance à l'hospice des Enfants assistés. Elle fut envoyée par l'administration de l'Assistance publique dans un petit village de Picardie, qu'elle désigne sous le nom d'Avigny et dont elle a gardé le meilleur souvenir.—La nourrice à laquelle on l'avait confiée avait si peu de soin d'elle, que les voisins, scandalisés, appelèrent l'attention de l'autorité sur sa conduite. « J'étais pleine de vermine, dit notre malade; j'avais des croûtes et des trous dans la tête; on me laissait toujours dans le berceau. Alors il est venu des *maîtres* (1) qui m'ont placé chez une autre nourrice. » Là elle ne fut guère mieux traitée. Elle sortait bien de sa couchette, mais lorsqu'elle était levée et installée dans une chaise au milieu de la chambre, la nourrice s'en allait travailler dans le bois. Aussi était-elle encore incapable de marcher lorsque, à 4 ans et demi, des « Messieurs » sont venus la voir; ils ont voulu qu'elle se levât, mais elle n'a pu faire un pas parce qu'elle était « nouée. » En conséquence, elle fut emmenée chez une troisième nourrice. Celle-ci, déjà riche de cinq enfants, s'en occupa comme si elle eut été sa fille. On lui fit prendre des bains de sang et bientôt elle put marcher (6 ans). Jamais elle n'a été à l'école, et si, dans une certaine mesure, les agents de l'administration se sont préoccupés de son développement physique, ils ont complétement oublié de s'assurer de sa culture intellectuelle.

Première peur. — A onze ans, L..., allant porter le déjeuner à son père nourricier qui travaillait dans un village voisin (Noireterre), rencontra un chien qui avait les yeux hors de la tête, la gueule pleine de bave, la queue traînante et balayant le sol. Cette vue l'effraya. Elle avait à son doigt une bague qu'elle appelle la bague de saint Hubert-le-Glorieux et pour se préserver du danger, elle récita la prière qui se rapportait à cet anneau. Voyant que, malgré cette précaution, le chien qu'elle supposait enragé la suivait toujours, sa frayeur redoubla. Elle s'enfuit, tomba par terre et se fit à la racine du nez, au poignet et au genou du côté droit de profondes blessures dont elle porte les marques indélébiles (2). Elle put se relever néanmoins, et reprendre sa course folle jusqu'à la maison où, en arrivant, elle tomba de nouveau, le corps tout roïde et couvert d'une sueur froide. On essaya, mais en vain, de la saigner aux bras et aux pieds et ce ne fut qu'au bout de six heures qu'elle recouvra la connaissance. Durant huit jours, elle fut souffrante; elle avait de « fausses peurs, » s'imaginait voir le chien courant après elle et se trouvait mal.

A partir de cette *première peur*, elle fut sujette à des accidents qu'elle qualifie de « pertes de connaissance; » elles duraient de 8 à 10 minutes et s'accompagnaient quelquefois de chute (3).

Elle quitta sa mère nourrice à 14 ans pour aller, chez un marchand, garder un jeune enfant de 5 ou 6 ans et faire les commissions. Là, on lui apprit le catéchisme et on lui fit faire sa première communion à 15 ans. Nous insistons sur ces détails parce qu'ils font ressortir que l'instruction de cette malade a été des plus insignifiantes et qu'ils montrent que nous avons à faire, dans ce cas, à une malade aussi simple, sinon plus, que *Louise Lateau* de Bois-d'Haine.

Seconde peur à 16 ans. C'est encore en se rendant à Noireterre qu'elle eut sa seconde peur. Voyant un attroupement autour d'une maison, elle voulut en connaître la cause et, malgré les recommandations des personnes sensées qui, sachant qu'elle était malade, essayaient de l'éloigner, elle se faufila jusque dans la maison où elle vit le cadavre d'une femme que son mari venait d'assassiner. L'aspect du cadavre, la vue de l'assassin arrêté par les gendarmes, déterminèrent chez elle une « attaque de nerfs » et on fut obligé de la porter dans une habitation voisine. Cet évènement augmenta la fréquence de ses « pertes de connaissance » sur lesquelles elle ne nous fournit aucun renseignement précis. Ce qu'elle sait, c'est

(1) Voir les nos 12, 13 et 15 du *Progrès médical*.

(1) Probablement des inspecteurs ou des agents de l'Assistance publique.

(2) La cicatrice du genou droit, longue de 7 à 8 centimètres, l'a toujours empêchée de se mettre à genou. A chaque tentative qu'elle fait pour prendre cette attitude, elle « sent que le cœur s'en va et qu'elle va perdre connaissance. »

(3) Elle avait, chez sa mère-nourrice, la garde d'un « petit Parisien » abandonné comme elle et âgé de 8 mois. Dans une de ses « chutes, » elle l'entraîna, et tomba sans doute par-dessus lui; trois jours après cet enfant succomba.

qu'elle ne se débattait pas beaucoup, qu'elle avait des « fourmiches » dans les membres et des sifflements dans la tête, dans les tempes, etc.

Elle n'en continuait pas moins à aider dans son commerce, son patron, M. Coupat-Fontaine, qui allait aux environs, même à plus de six lieues, vendre toute espèce de marchandises. Celui-ci la renvoyait souvent, à toute heure, donner de ses nouvelles à sa maison ou reporter de l'argent. C'est dans un de ces voyages, à 19 ans, qu'elle eut sa *troisième peur*.

Troisième peur. — Une nuit d'hiver, traversant un bois où, deux années auparavant, on avait tué une enfant de 10 ans, et portant sur elle une somme de 200 francs, elle fut poursuivie par un voleur. Elle se sauva, appelant au secours; mais, de plus en plus épouvantée par cet homme qui lui criait : « Je t'attraperai, va gueuse! tu as beau faire, » elle s'accrocha dans des « éronces » et tomba sans connaissance, en proie à une violente attaque convulsive. Les ouvriers d'une verrerie voisine, ayant entendu ses cris, accoururent à son secours et la transportèrent chez eux où elle passa la nuit. Les convulsions persistèrent jusqu'au matin. Lorsque revint la connaissance, L... était paralysée et contracturée du côté droit. « Ma jambe et mon bras, dit-elle, étaient tout retournés. »

La parole était difficile, sans doute à cause d'une contracture des mâchoires car elle fut pendant trois jours sans pouvoir ni boire ni manger. Elle fut agitée toute une semaine, par des « peurs » fréquentes, se figurant sans cesse qu'elle était poursuivie par des voleurs. Elle passa les huit mois qui suivirent sans accès, mais au lit ou couchée sur un matelas placé dans le jardin. Alors survinrent des *attaques nerveuses avec convulsions* si intenses qu'elle défonça deux fois le pied du lit et se blessa les orteils, bien que plusieurs hommes fussent occupés nuit et jour à la maintenir. Une semaine plus tard les attaques, cessèrent, la paralysie et la contracture disparurent.

Un filateur, M. Boutard, la retira de chez M. Coupat-Fontaine. Et, de 21 à 22 ans et demi elle travailla dans une fabrique autant que le lui permit sa maladie.

Les attaques revenaient toutes les semaines. Pensant que les douleurs de tête qu'elle éprouvait à cette époque étaient dues à ce que les règles ne venaient pas, on lui fit prendre de l'armoise et du safran. Enfin, elle fut réglée à 21 ans. Voyant que la menstruation, attendue avec impatience pour savoir si elle n'améliorerait pas la situation, loin de produire un effet bienfaisant, aggravait la maladie, Ler.., fut renvoyée à Paris, aux Enfants-Assistés. Elle y resta quelques jours, étonna le médecin et les religieuses par l'intensité de ses convulsions, et fut conduite à la Salpêtrière, qu'elle n'a pas quittée, depuis 1840.

A l'origine de son séjour dans cet établissement, L... avait des séries d'attaques d'une violence extrême, qu'aucun avertissement ne précédait et qui obligeaient à la camisoler et à la mettre en loge. Parfois, elle parvenait à tromper la surveillance, à se délivrer de ses lieus et se sauvait dans les cours, pieds nus, marchant sur les épines, les cailloux, sans rien sentir, grimpant dans les arbres, sur les toits ; maintes fois, elle s'est échappée toute nue, jusque dans les rues voisines, s'imaginant toujours que les voleurs ou le chien enragé la poursuivaient. Souvent dans ses courses effréuées, elle s'est grièvement blessée.

Soumise à divers traitements (saignée du bras, de la jugulaire, etc.), elle n'en a retiré aucun bénéfice. A une date qu'elle ne peut pas indiquer, elle resta « en *léthargie* pendant 3 jours et 3 nuits. » Elle ne se rappelle pas si ses membres et son corps étaient rigides, mais elle était comme morte et ne prenait aucun aliment.

De Saint-Germain, interne du service, a donné la relation suivante d'une attaque dont il fut témoin le 8 janvier 1859 : « Quelques jours avant, dit-il, L... a des étourdissements ; ses traits sont décomposés, elle déclare qu'elle n'est pas comme à son ordinaire. Cet état dure deux, trois, quatre jours ; puis, tout d'un coup, elle tombe et jette des cris. Ses membres se contracturent avec une force effrayante, les doigts et le poignet sont fléchis au point que les doigts vont toucher le bord radial de l'avant-bras. Ses membres inférieurs sont aussi fortement fléchis, le genou appuyant sur la bouche et les talons aux fesses ; elle est littéralement pelotonnée. Elle a des mouvements brusques, d'une force extraordinaire ; à peine si cinq ou six personnes peuvent la maîtriser. De temps en temps, elle se frappe la poitrine avec force, à la région précordiale, et, si l'on n'a la précaution de placer un coussin, qui amortit les coups, il s'y produit des ecchymoses. Elle cherche à mordre ceux qui l'entourent, elle-même quelquefois et souvent ses oreillers. La face est congestionnée, les yeux grands ouverts, hagards, fixes, les pupilles dilatées. Si l'on approche les doigts des yeux, elle ne s'en aperçoit qu'au moment où l'on y touche.

« Elle est complétement anesthésiée d'un côté ; la sensibilité est bien diminuée de l'autre. Elle se met dans des fureurs atroces, elle entend tout ce qui se passe autour d'elle, et, si l'on dit quelque chose relatif à sa position malheureuse, elle se prend de haine contre la personne qui a parlé et cherche à la mordre. Elle se jette de côté et d'autre avec violence. Cet état dure souvent plusieurs jours. On a remarqué que les attaques sont moins longues, moins fortes, quand on l'a chloroformisée. Elle reste dans la résolution complète tant qu'on la maintient sous l'influence du chloroforme. » Pendant les intervalles de rémission légère des convulsions, la connaissance revient, mais incomplétement. L... crie qu'on lui tire la jambe, le bras ou la tête, qu'elle a des animaux dans les yeux, la tête ou le ventre. Ses idées sont incohérentes.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Rétablissement de la circulation dans des veines oblitérées;

Par **A. PITRES**, interne des hôpitaux

Dans le courant du mois de novembre 1874, il est mort, dans le service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière, une malade, atteinte d'un cancer ulcéré de la vulve et du vagin. Cette malade présentait en outre, depuis environ deux mois, un œdème très-considérable des deux membres inférieurs. Lorsqu'on fit son autopsie, on trouva une vaste ulcération, étendue de la face interne et supérieure des cuisses jusqu'au mont de Vénus. Les grandes et les petites lèvres étaient complétement détruites. La muqueuse vaginale dans sa moitié inférieure était indurée et ulcérée. Les culs-de-sac du vagin, l'utérus, les ovaires ne présentaient aucune lésion appréciable. Le foie avait son volume normal. Sur la face convexe de cet organe, existait un nodule arrondi, grisâtre, du volume d'une noisette, adhérant au tissu hépatique voisin. Les reins et les corps vertébraux étaient sains. Je dirai tout de suite que l'examen histologique des parties indurées de la muqueuse vaginale. et de la tumeur secondaire du foie, a été pratiqué, et qu'il s'agissait d'un carcinome vrai, pourvu d'un stroma fibreux, à travées assez épaisses.

La raison de l'œdème des membres inférieurs se trouvait dans des altérations profondes de l'origine des vaisseaux de ces membres. Tous les ganglions lymphatiques du bassin et de la région lombaire étaient tuméfiés : plusieurs étaient déjà ramollis et se présentaient sous la forme de coques fibreuses, pleines d'une matière pulpeuse et jaunâtre ; ces ganglions, adhérents les uns aux autres, formaient de chaque côté, depuis les aines jusqu'à la colonne lombaire, un chapelet de masses dures, ayant à un certain endroit le volume d'un gros œuf de dinde.

La partie inférieure de l'aorte et de la veine cave inférieure, les vaisseaux iliaques internes et externes, les vaisseaux hypogastriques, traversaient ces amas ganglionnaires, qui adhéraient fortement à leur tunique externe. Les artères n'avaient subi aucune diminution dans leur calibre ; leur lumière était vide, et leur tunique interne paraissait saine.

Les veines, au contraire, avaient subi des lésions profondes. La veine cave inférieure, au-dessus de sa bifurcation, était entourée d'une grosse masse ganglionnaire qui la comprimait de toutes parts. A ce niveau, elle n'avait pas plus de 3 millimètres de diamètre, et sa cavité était oblitérée par une substance rosée, résistante, et fortement adhérente aux parois veineu-

ses. Au-dessus, la veine cave s'élargissait progressivement jusqu'à la hauteur des veines rénales, où elle recouvrait à peu près ses diamètres ordinaires, mais dans toute cette étendue, elle était remplie par un caillot grisâtre, feuilleté, humide et sans adhérences solides. Au-dessous de la bifurcation de la veine cave, les veines iliaques, fémorales, poplitées, et les veines de la jambe, étaient diminuées de volume, les veines iliaques avaient trois mill. de diamètre, les fémorales et les poplitées quatre, les veines de la jambe étaient relativement moins atrophiées. La lumière de toutes ces veines était occupée par une substance rougeâtre ou briquetée, très-solidement unie aux parois des vaisseaux, et creusée de canaux par lesquels s'écoulait du sang liquide ou fraîchement coagulé. Si après avoir coupé transversalement une de ces veines en un point, on exerçait une compression à une certaine distance de la section, on voyait le sang affluer, en plus grande abondance, par les orifices de ces canaux.

Leur nombre et leur disposition étaient, du reste, très-variables. Sur certaines coupes, on n'en distinguait qu'un ou deux par lesquels s'écoulaient de grosses gouttelettes de sang, tandis que sur d'autres, ils étaient à peine visibles à la loupe et ne laissaient sortir le sang qu'en nappe.

Ce simple examen à l'œil nu nous apprenait donc que la veine était oblitérée par un caillot organisé ou en voie d'organisation, mais qu'il existait cependant dans l'intérieur de la masse oblitérante, une série de lacunes ou de canaux irréguliers renfermant du sang frais.

L'examen microscopique a confirmé ces données, et a permis de suivre pas à pas le mode de formation de ces canaux. Il a été pratiqué sur une série de coupes de la veine fémorale droite, durcie par le procédé de l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Ces coupes colorées par le picro-carminate d'ammoniaque, ont été ensuite montées dans la glycérine et soumises à l'examen.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la grande différence d'aspect que présentent les préparations, provenant cependant de parties de la veine très-voisines les unes des autres. Sur certaines coupes, on distingue au centre, un amas de substance jaunâtre, granuleuse, ne se colorant pas par le carmin et qui n'est autre chose que le reste du caillot sanguin désagrégé. Cette masse granuleuse est entourée par une couronne festonnée de tissu conjonctif, étendue jusqu'à la tunique interne de la veine et sillonnée par de nombreux capillaires embryonnaires, communiquant en plusieurs points avec les vasa vasorum dilatés. Sur des coupes pratiquées à une petite distance de ce point, l'amas central de globules désagrégés a complétement disparu et le tissu conjonctif avec ses vaisseaux embryonnaires occupe toute la cavité de la veine. Plusieurs de ces vaisseaux présentent dans leur longueur des dilatations ampullaires, irrégulières, et leur cavité devient beaucoup plus considérable.

Un peu plus loin encore, les vaisseaux énormément élargis ne sont plus séparés que par des cloisons embryonnaires délicates, et le tissu qui oblitère la veine ressemble tout-à-fait, sur ces préparations, à celui de certains angiomes caverneux. Enfin, en certains endroits, les cloisons ont tout-à-fait disparu, et tous les vaisseaux sont confondus dans un canal commun, dont la cavité occupe presque toute la lumière de la veine.

L'interprétation de ces apparences si variées ne présentera plus de difficultés si l'on veut bien se rappeler le mécanisme de l'organisation des caillots. Lorsqu'une veine est oblitérée par du sang coagulé dans son intérieur, on voit dès les premiers jours qui suivent l'oblitération, les vasa vasorum se dilater. Puis la membrane interne de la veine prolifère et s'épaissit. Il se forme alors à la périphérie du caillot une couronne de tissu embryonnaire, dans lequel les vasa vasorum envoient de nombreux prolongements capillaires.

Le caillot lui-même, pendant ce temps, s'atrophie et se désagrège : les globules perdent leur matière colorante ; ils deviennent jaunâtres et granuleux. A mesure que le néo-tissu périphérique s'avance vers le centre de la lumière du vaisseau, il prend la place du coagulum désagrégé, et, au bout d'un temps qui varie de 15 jours à plusieurs mois, celui-ci est totalement résorbé, et le vaisseau n'est plus oblitéré par le caillot primitif, mais par un tissu de nouvelle formation qui s'est peu à peu substitué aux éléments du thrombus.

Lorsque les choses en sont arrivées à ce point, le néo-tissu oblitérant peut subir diverses modifications, dont les plus ordinaires sont l'*organisation fibreuse*, plus fréquente dans les artères que dans les veines, et la *métamorphose caverneuse*, plus fréquente au contraire dans les veines que dans les artères, et dont il est facile dans notre cas d'étudier toutes les phases. Cette métamorphose caverneuse est le résultat de la dilatation incessante des vaisseaux embryonnaires qui traversent le néo-tissu, et de la résorption des cloisons qui les séparent, jusqu'à ce qu'ils se soient confondus dans un petit nombre de canaux volumineux. Lorsque ces phénomènes sont accomplis, la veine est en partie rendue à sa destination.

Il se fait, en effet, dans ces canaux, qui communiquent fréquemment avec les vasa vasorum, une ébauche de circulation, d'autant plus complète que le travail de résorption est plus avancé et qu'il s'est opéré sur une plus grande étendue du thrombus. A ce propos, il est important de noter que, lorsqu'une veine est oblitérée dans une certaine étendue, le travail d'organisation, qui prend naissance sur ses parois, ne se produit pas uniformément avec la même intensité dans toute la longueur de la veine. Il se fait au contraire par éclats, par bourgeons irréguliers qui fragmentent le caillot avant de le résorber, et il en résulte que, sur des points très-voisins d'une même veine, on pourra observer des degrés très-différents d'organisation des thrombus.

Pour revenir à notre malade, voici, selon toute probabilité, comment les phénomènes morbides se sont enchaînés. Le cancer primitif de la vulve et du vagin a déterminé la dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques pelviens et lombaires. Ceux-ci, en se développant outre mesure, ont comprimé la veine cave inférieure et les veines iliaques : la circulation veineuse a été interrompue, et il s'est formé un caillot dans toute l'étendue des grosses veines des membres inférieurs. Ce caillot a subi les modifications qui s'opèrent dans les caillots hématiques intra-veineux, et au moment de la mort, la circulation était déjà en grande partie rétablie dans les veines des membres inférieurs. (Voir page 213).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Pensions et limite d'âge des médecins.

Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 7 avril, a donné à une question de pensions et d'indemnité une solution de nature à rassurer bien des gens sur ses tendances. Des comptes-rendus très-brefs et peu clairs, publiés à ce sujet par les journaux politiques, il résulte que ce Conseil, loin d'être révolutionnaire comme on l'en soupçonnait, conserve volontiers les traditions et les errements de ses prédécesseurs, dont il suit pieusement les principes. On a changé l'instrument, mais c'est toujours le même air.

M. Métivier présentait un rapport tendant à l'allocation d'indemnités à d'anciens médecins de l'état-civil, n'ayant pas droit à une pension de retraite. Il est impossible de deviner si ce sont, d'une façon générale, les médecins de l'état-civil qui, ne subissant pas de retenue, n'ont pas droit à une pension, ou s'il s'agissait des médecins, ayant subi la retenue, mais ne se trouvant pas dans les conditions de la retraite. Faute de temps pour aller aux renseignements, nous considérerons les deux hypothèses, bien qu'une proposition de M. Forest rende la première plus probable. Supposons donc d'abord que les médecins de l'état-civil, en général, ne subissent pas de retenue et n'ont, en aucun cas, droit à une pension. Ainsi posée, la question ne semblait susceptible que d'une solution rationnelle et démocratique : *pas de droit, pas de pension*, pas d'indemnité. C'est déjà bien assez d'appliquer le détestable et socialiste

principe des retraites quand la loi y oblige, sans l'étendre aux cas où il n'a que faire. Le devoir et l'intérêt de l'Etat ou d'une commune, comme d'un industriel quelconque, est de payer convenablement les services qu'on lui rend, et tant qu'on les lui rend ; il n'a pas pour mission d'assurer le bien-être de ses employés, au détriment des contribuables. Le rôle de Providence, qu'il assume trop volontiers, ne lui convient en aucune façon. — Mais, dira-t-on, la rétribution attachée au titre de médecin de l'état-civil est insuffisante ? soit ; qu'on l'augmente ! Mais telle qu'elle est, ceux qui acceptent ces fonctions la connaissent, et quand ils l'ont reçue en échange de leurs services, les conditions du contrat étant remplies de part et d'autre, on ne leur doit plus rien.

Si, au contraire, le rapport visait des médecins ayant, en vertu d'une disposition générale, subi la retenue, mais ne remplissant pas les conditions d'âge ou de temps d'exercice donnant droit à la retraite, ils sont mal venus encore à réclamer une indemnité. Ils savaient, eux aussi, quand ils ont accepté leurs fonctions, quelles chances ils couraient. Ils savaient qu'ils subiraient la retenue, que ne pouvant remplir les conditions nécessaires pour obtenir une pension de retraite, ils s'exposaient à la subir gratuitement ; de quoi se plaindraient-ils ? N'a-t-on pas tenu les engagements pris envers eux ? Sans doute, au fond, et c'est là une des mille absurdités du système des retraites, ils ont souffert un préjudice, mais c'est qu'ils l'ont bien voulu. Le service de médecin de l'état-civil, s'il est presque gratuit, n'est pas obligatoire.

Un Conseil, décidé à rompre avec les abus, devait donc, dans les deux cas, refuser l'allocation demandée, et, dans la seconde hypothèse, condamner en même temps, au moins par un considérant, le système qui mène à des contradictions pareilles. Le Conseil municipal a cru mieux faire, en adoptant les conclusions du rapport.

Bien plus, contre l'avis de l'administration, il a accueilli la proposition de M. Forest, demandant le retrait de l'arrêté de 1869, fixant la limite d'âge à 62 ans, et la suppression de cette limite. Des fonctionnaires qui n'ont pas droit à la pension de retraite ne sauraient être assujettis à la limite d'âge, selon M. Forest. En d'autres termes, le caractère de fonctionnaire est indélébile et sacro-saint. Voilà un médecin que des fonctions obligent à courir son quartier, à monter à tous les étages pour constater une naissance ou un décès ; son âge, ses forces diminuées, ne lui permettent plus de faire son service ; qu'importe ! selon M. Forest, il faut qu'il garde sa place jusqu'à la mort, ou qu'on lui donne une retraite ; dans tous les cas, il faut le payer à ne rien faire. Et le Conseil fait sienne cette belle théorie. Décidément le fonctionnarisme est l'arche-sainte et le Conseil municipal en a la garde.

Chose étrange, dans cette assemblée dont plusieurs membres, à raison de leur titre de médecin, savent ou doivent savoir mieux que personne, que les fonctions fatigantes et pénibles de médecin de l'état-civil, ne peuvent être convenablement remplies qu'à la condition de jouir de toute sa vigueur, de toutes ses facultés physiques, personne ne semble avoir soutenu la nécessité de la limite d'âge. C'est un fonctionnaire, c'est le directeur de l'administration générale qui a seul soutenu qu'on avait assez fait en reportant cette limite à 68 ans ; seul il a paru comprendre que certaines fonctions exigaient certaines conditions de capacité physique. Le Conseil municipal en a jugé autrement et il a donné raison à M. Forest : La fonction donne la capacité, ce n'est pas la capacité qui doit donner la fonction. Quiconque a émargé une fois, doit émarger toujours.

E. E.

Réunion des Sociétés Savantes à la Sorbonne.— Concours d'Agrégation de chirurgie.

Nos lecteurs ne s'étonneront point que nous ayons passé jusqu'ici sous silence la réunion des Délégués des Sociétés Savantes des départements à la Sorbonne ; le nombre des communications sur des sujets de médecine proprement dite, est en effet, fort restreint ; plusieurs ont été faites en double à cette réunion et à d'autres Sociétés Savantes de Paris (Académie de Médecine, Société de Chirurgie). Il nous paraît superflu d'y insister, renvoyant pour plus de détails aux compte-rendus publiés par le *Journal Officiel*.

M. L'Inspecteur général Chauffard vient d'adresser au Ministre de l'Instruction publique un rapport sur le Concours d'Agrégation des Facultés de Médecine (Voir *Journal Officiel*, 9 avril). Les désidérata formulés par l'honorable Rapporteur, sont l'expression des sentiments de la Presse Médicale en presque totalité.

On se souvient, en effet, des critiques que souleva dans les divers Journaux de Paris (Journaux médicaux, bien entendu), la mesure aussi intempestive que peu réfléchie de feu M. le Ministre de l'Instruction publique, critiques bien justifiées par les résultats : deux candidats pour deux places à Montpellier, pas de nominations pour deux places à Nancy.

La même pénurie de candidats, s'est fait voir pour le Concours de Chirurgie qui vient de s'ouvrir : un seul candidat se présente pour Nancy ; encore est-il inscrit pour les trois Facultés ; deux pour Montpellier. Autre inconvénient : le professeur Boyer empêché ne peut faire partie du Jury et voilà un Concours qui doit fournir un candidat à la Faculté de Montpellier, sans que les professeurs de cette école y soient représentés.

N'insistons pas davantage sur une mesure, nous l'espérons, définitivement jugée ; les critiques étaient fondées ; les résultats sont là pour le prouver. « Cette mesure, dit M. Chauffard, avait pour mobile le désir de relever l'agrégation des Facultés de province, soit en forçant les candidats de province à des efforts plus sérieux, soit en offrant aux nombreux Candidats de Paris une situation d'agrégé à occuper en province, s'ils ne réussissaient pas à obtenir celle qu'ils ambitionnaient à Paris...... Il est bien peu probable qu'aucun Candidat, inscrit pour Paris, eût accepté une nomination pour les facultés de province. La situation faite aux agrégés est trop précaire, trop inférieure à ce qu'elle exige de savoir et de sacrifices, pour tenter, à elle seule, un candidat et lui faire abandonner le commencement de situation qu'il a su se créer par son travail, par l'estime conquise dans le milieu où il a vécu. Cette centralisation, dans l'état actuel des choses, n'a donc qu'un effet, celui d'éloigner les candidats de province, en leur imposant des déplacements onéreux que souvent les plus méritants ne peuvent pas supporter. »

Ces réflexions concordent trop bien avec celles que nous

faisions au début du concours pour que nous y ajoutions aucun commentaire.

Une autre question est soulevée par M. Chauffard dans son rapport; c'est celle des thèses. « Le jury, dit-il, a été frappé des inconvénients sérieux qui résultaient du court espace de temps accordé pour des travaux aussi étendus et souvent pleins de difficulté. Il a pensé qu'il serait possible de parer à ces inconvénients, en donnant le sujet des thèses dès le début des épreuves *définitives* du concours. »

Cette réforme, sur laquelle nous appelions l'attention des professeurs et du Ministre dans notre avant-dernier numéro, tout en différant, sur quelques points, des vues et des sentiments du jury, nous paraît opportune et réclame la sollicitude de qui de droit. Nous maintenons néanmoins nos réserves au sujet du choix des sujets de thèses; le candidat qui n'avait que 15 jours pour maudire ses juges aurait l'avantage de les maudire pendant deux mois; la science et les élèves n'en retireraient pas un profit suffisant. Ce n'est pas encore par ce procédé qu'on encouragera les travaux vraiment originaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 *avril.* — Présidence de M. Magnan.

M. de Sinety. Les travaux de beaucoup d'auteurs (N. Guillot, Gubler, etc.), ont montré que chez presque tous les enfants dans les quelques jours de la naissance, il y a une vraie sécrétion laiteuse et que cette sécrétion peut continuer pendant deux mois. Mes propres observations confirment ce qui a déjà été dit à ce sujet, au point de vue de l'étude clinique. Mais les histologistes qui en ont parlé, et en particulier Kölliker, n'admettent pas là une vraie sécrétion. Mes recherches personnelles m'ont amené à une conclusion tout à fait contraire, et je crois qu'au fond, malgré quelques différences, le phénomène est, en petit, absolument semblable à ce qui se passe chez l'adulte. Si on examine une mamelle d'enfant mort-né à terme, on peut constater que les descriptions de Langer et de Kölliker s'y rapportent parfaitement. On voit quelquefois, déjà à cet âge et même plus tôt, que l'extrémité des conduits glandulaires terminée en massue, forme des cavités tapissées d'une seule couche d'épithélium cubique. Ces cavités contiennent des gouttelettes graisseuses libres et des corpuscules du colostrum. Ce fait n'est pas constant, et souvent chez le fœtus à terme les canaux sont oblitérés dans toute leur étendue par des masses épithéliales. D'autres fois, à huit mois de la vie intra-utérine, on trouve déjà l'extrémité terminale des conduits formant une espèce de cavité.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le développement de la mamelle est très-variable et souvent l'apparition du colostrum précède et d'autres fois suit l'époque de la naissance. Mais il y a une grande différence entre la glande mammaire d'un enfant le jour de sa naissance et ce même organe sept ou huit jours après, c'est-à-dire au moment où le liquide que l'on obtient en pressant la mamelle, de transparant devient opaque. La mamelle offre alors les caractères de la glande adulte en miniature. Les canaux galactophores, d'abord rectilignes, forment ensuite des sinus et plus loin se divisent et se subdivisent de façon à former une masse de cavités tapissées d'épithélium cubique et dont une partie contient du lait qui masque l'épithélium, tandis que d'autres ne contiennent pas trace de graisse. J'ai souvent observé la même chose chez l'adulte qu'à côté d'acini pleins de lait, on en trouvait de tout à fait vides.

Y a-t-il pour la mamelle, comme Heidenhain l'a supposé pour la glande sous-maxillaire et le rein et Wottich pour le oie, une partie de la glande qui se repose pendant que l'autre sécrète ? C'est une hypothèse qui ne peut être résolue que par des recherches ultérieures et que je ne donne qu'avec toute réserve.

Quant à ne pas considérer comme des acini les cavités sécrétantes de cette glande, j'avoue que cette opinion me paraît difficile à soutenir. Quoique cependant il y ait de grandes différences entre la glande de cet enfant et celle de l'adulte, je ne vois là qu'une question de quantité. Incontestablement, chez une nourrice adulte, la division est poussée beaucoup plus loin, les acini sont extrêmement plus nombreux et la surface sécrétante bien plus étendue. Mais l'épithélium est le même ainsi que le produit, comme le démontrent l'analyse chimique et l'examen histologique.

On ne trouve pas chez l'enfant ces lobes et ces lobules réunis par groupes et séparés les uns des autres par de grands espaces conjonctifs. On pourrait presque dire que la mamelle de l'enfant au moment où elle produit du lait ne forme qu'un seul lobe.

J'ai toujours trouvé le foie gras chez les enfants dont les mamelles contenaient du lait. Mais il n'était pas possible de localiser la situation de la graisse dans le lobule hépatique et de faire la part de ce qui pourrait être produit par le foie ou introduit par l'alimentation lactée.

Dans trois cas, j'ai recherché le sucre dans l'urine des enfants en lactation et je n'en ai pas trouvé. Ce qui est conforme à ce que j'avais déjà vu chez l'adulte, c'est que le sucre n'apparaît dans l'urine que quand la production du lait est très-abondante.

Je signale à la société, un cas de lactation précoce chez une primipare de 19 ans, qui a avorté à deux mois. Ses seins produisaient abondamment du colostrum et 6 jours après l'avortement les deux mamelles sécrétaient du lait ayant le goût et tous les caractères du lait normal. 10 jours après, quoique moindre, la secrétion continuait encore et je ne doute pas que cette femme n'eut fait une bonne nourrice.

M. Affre fait une très-intéressante communication sur un cas d'apoplexie lamineuse siégeant au front, sur la ligne médiane.

M. Brown-Séquard après avoir pratiqué des cautérisations souvent fort profondes sur les lobes cérébraux de cochons d'Inde a constaté une sorte de paralysie dont il veut entretenir la société. Il n'a fait l'expérience que quatre fois, mais toujours il a constaté du côté correspondant une apparence de paralysie qui se traduit, dans la patte, par un écartement des doigts et une attitude spéciale, l'animal relève la patte, mais il n'en peut pas moins exécuter tous les mouvements, ce qui éloigne l'idée d'une paralysie d'un groupe quelconque de muscles. En essayant d'interpréter ces faits, M. Brown-Séquard en arrive à cette conclusion que l'attitude spéciale du membre doit être due à la paralysie du sens musculaire du côté correspondant au lobe cérébral cautérisé.

A ce propos, M. Brown-Séquard rappelle que pour expliquer les paralysies correspondantes et non opposées à la lésion, des hypothèses nombreuses ont été émises. M. Longet croyait à une absence d'entrecroisement des pyramides. Mais en existe-t-il un seul cas authentique. Certainement il ne faut pas ajouter une très-grande foi au dire de M. Serres qui prétend avoir fait plus de mille examens de bulbe sans rencontrer cette absence d'entrecroisement, car M. Serres exagérait souvent; mais, ce qui est plus important, depuis qu'on sait vraiment examiner cette région, l'entrecroisement a été retrouvé. — On a expliqué encore les paralysies directes par ce fait qu'avec la grosse lésion du côté correspondant a la paralysie existait une lésion moins considérable et facilement inaperçue du côté opposé. Et ce serait cette dernière qui provoquerait la paralysie. Il est vrai qu'il resterait à expliquer pourquoi une petite lésion déterminerait des phénomènes morbides, tandis que la grosse lésion resterait silencieuse. — M. Brown-Séquard ne partage aucune de ses opinions. Le lésions agiraient non pas directement, mais en provoquant des phénomènes d'arrêt, de sorte que toute paralysie proviendrait non pas de telle ou telle lésion, mais de l'influence de telle ou telle lésion sur une région plus ou moins éloignée de la substance cérébrale, région ayant sous sa dépendance des organes paralysés.

M. ONIMUS a étudié la contractilité musculaire sur le dernier supplicié porté à l'Ecole pratique. L'exécution avait eu lieu à six heures du matin, à huit heures il a pu l'examiner. Il a constaté que l'oreillette droite se contractait encore spontanément. Les ventricules étaient immobiles, mais la moindre excitation pravoquait chez eux une contraction. Plus de trois heures après les courants continus appliqués sur la peau, déterminaient la contraction des muscles sous-jacents et cela lorsque déjà les réophores, appliqués sur les tissus nerveux, n'amenaient aucun phénomène de contractilité musculaire.

M. A. ROBIN continuant la série de ses communications sur l'action du jaborandi expose certains phénomènes rares que l'on peut observer. Il a étudié : 1° l'effet du jaborandi sur la muqueuse des voies urinaires et a constaté dans neuf cas des irritations d'intensité variable : cuisson, douleurs, écoulement urèthral et cystite même ; 2° l'influence du jaborandi sur la sécrétion urinaire — à dose massive, le jaborandi diminue cette sécrétion; à dose fractionnée, il l'active et devient un véritable diurétique ; 3° dans un cas d'érysipèle de la face survenu chez une nourrice, M. Robin a constaté que la sécrétion lactée qui avait été suspendue s'est rétablie sous l'influence du médicament. M. Robin se propose de tenter de nouveau cet effet lorsque l'occasion se présentera. P. RECLUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. CHARCOT lit un rapport sur une observation de *kyste suppuré du foie opéré et guéri* par M. Lajoux. Les conclusions du rapporteur sont adoptées et une lettre de remerciement sera adressée à l'auteur.

M. PIDOUX donne lecture d'un rapport au nom de la commission du *prix Godard.* Six mémoires ont été envoyés. L'un d'eux est la thèse de M. Thaon : *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.* On nous permettra de dire ici avec quel plaisir nous avons entendu M. le Rapporteur faire l'éloge de cet ouvrage qui, de même que la thèse de M. Grancher, a parfaitement démontré l'unité de la phthisie et de la tuberculose et convaincu d'erreur les théories histologiques des Allemands sur ce sujet.

M. COLIN lit le rapport sur le prix fondé par M. Rufz de Lavison, à décerner au meilleur ouvrage *sur les modifications apportées aux races humaines et animales par les différents climats.* Un seul mémoire a été envoyé. Les conclusions des deux précédents rapports seront lues et discutées en comité secret.

M. MIALHE lit une note sur *la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque* dans l'économie. Comme M. Pasteur, l'orateur pense que l'urine devient ammoniacale seulement dans la vessie. L'urine de l'homme peut être alcaline sans ammoniaque, elle doit alors son alcalinité à du bicarbonate de soude, à des phosphates et à des sels de magnésie.

M. COLIN. D'après M. Pasteur, si on introduit une sonde malpropre dans la vessie de l'homme l'urine devient ammoniacale. Or, M. Colin a introduit dans la vessie d'une vache une certaine quantité d'urine fermentée et il n'a pas observé la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque ; comment cela se fait-il? ne peut-on pas penser que l'urine devient alcaline ailleurs que dans la vessie.

M. PASTEUR trouve que l'expérience de M. Colin ne démontre rien, attendu que la vessie de la vache était saine, tandis qu'il n'en est pas ainsi quand on introduit une sonde chez l'homme. Un état pathologique de l'organe peut être, non une cause occasionnelle, mais une cause prédisposante à l'alcalinité.

M. GOSSELIN a trouvé des urines ammoniacales dans des vessies où la sonde n'avait jamais été introduite. Il croit que l'inflammation en général, et notamment l'inflammation suppurative, prédispose à l'alcalinité. C'est bien le petit ferment, nommé par M. Pasteur *torula*, qui rend l'urine ammoniacale, mais il existe dans l'économie ailleurs que dans la vessie.

M. CHAUFFARD. On pourrait demander si les ferments, pénétrant de l'extérieur, ne pourraient remonter jusqu'aux reins en passant par la vessie.

M. COLIN. Tous les calculs du rein contiennent des sels ammoniacaux. La transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque ne pourrait-elle être due à la décomposition de ces sels? MM. MIALHE ET PASTEUR font observer que la présence des sels ammoniacaux dans les calculs du rein n'a rien de commun avec la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

M. ROUBAUD lit une note sur les propriétés thérapeutiques du *bromure de lithium.* Elles sont lithontriptiques et sédatives. Le bromure de lithium se donne à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes par jour. On l'administre en sirop, en potion, en pilules. — A 5 heures, comité secret. G. DU B.

Commissons de prix pour l'année 1875. — Prix de l'académie : MM. Broca, Giraldès, Hervez de Chégoin, Legouest et Verneuil. — P. Civrieux : MM. Baillarger, Chauffard, Jolly, Le Roy de Méricourt et Pidoux. — P. Capuron : MM. Barthez, Depaul, Goubaux, Jacquemier, et Tarnier. — P. Barbier : MM. Bourdon, Bouillaud, Colin, A. Guérin et Laboulbène. — P. Godard : MM. Bouvier, Cloquet, Dolbeau, Larrey et Trélat.—P. d'Argenteuil : MM. Demarquay, Gosselin, Ricord, Ségalas et Voillemier. — P. Mussart : MM. Gubler, G. Guérin, Marrotte, Richet et Sappey.—P. Lefèvre : MM. Guéneau de Mussy, Hirtz, Peisse, Sée et Tardieu.—P. Portal : MM. Barth, Béhier, Charcot, Robin et Vulpian.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 janvier.

1. Allocution de M. CHARCOT.

Messieurs,

En ouvrant la séance qui inaugure la série de vos travaux, pour l'année 1875, je veux vous remercier, tout d'abord, de l'honneur que vous me faites en m'appelant de nouveau à présider vos réunions. Cette mission, que vous me confiez pour la seconde fois, je l'accepte avec un sentiment, éclairé aujourd'hui par plus d'expérience des devoirs qu'elle m'impose ; je l'accepte aussi — je le dis sans affectation — avec un vif plaisir : car je me suis facilement habitué à compter parmi les heures les plus agréables et les plus fructueuses d'une existence occupée à des soins très-divers, celles que, depuis deux ans, je passe au milieu de vous.

Mais je ne saurais m'arrêter sur un point qui me concerne personnellement. Je dois maintenant, suivant la coutume, jeter un coup d'œil rapide sur le passé et relever en deux mots les événements principaux qui, dans notre Société, ont marqué la précédente année.

Vous n'avez pas oublié que nos séances ont compté plus d'une fois près de vingt communications, que ces vingt communications, en général préparées avec grand soin, ont été animées par des discussions pleines d'intérêt ; que l'assistance toujours nombreuse et attentive a été souvent honorée par la présence d'anciens collègues, occupant aujourd'hui, dans la hiérarchie, les rangs les plus distingués; que les compétitions ont été ardentes, passionnées même ; qu'enfin la publication de nos actes pour 1874, s'est faite avec une exactitude pour ainsi dire mathématique, et qu'elle offre sous tous les rapports un progrès constant qui frappe tous les yeux. Ce sont là, Messieurs, des faits qui témoignent éloquemment de l'activité scientifique et de la prospérité intellectuelle de la Société.

Et, cependant, je ne puis vous le laisser ignorer, au milieu de ce ciel si pur en apparence, quelques *points noirs* se sont produits. Il s'agit de l'inexécution, plusieurs fois constatée, des articles 59 et 61 de nos règlements. Je laisse à M. le Trésorier et à M. l'Archiviste, auxquels cette tâche revient de droit, le soin de vous en dire plus long et d'entrer dans le détail. Il est clair que si, contre toute attente, cet oubli de lois librement consenties se reproduisait fréquemment, l'existence matérielle de notre association pourrait, dans un avenir plus ou moins éloigné, en être ébranlée. Mais cela ne sera pas. Une question de budget, qui peut être résolue par une souscription régulière à nos Bulletins, ne saurait être la cause d'un relâchement dans les liens qui nous unissent. Il suffira, j'en ai la ferme assurance, de montrer à nos collègues le danger et

de leur adresser un appel nouveau pour que les nuages signalés à l'horizon soient bientôt dissipés.

Pour terminer ce bref exposé de notre situation, il me reste à remplir un devoir triste : il me faut évoquer le souveuir de ceux que nous avons perdus. Après notre illustre président, la mort a frappé deux de nos membres correspondants les plus distingués et les plus regrettables. Leudet père, de Rouen, et Bardiuet, de Limoges. Mais ce n'est pas tout, — ceux-là du moins avaient fourui une longue et laborieuse carrière, — elle a frappé encore brutalement, dans l'âge de l'épanouissement, deux ardents pionniers de notre science, Muron et Bassereau, tous deux membres adjoints. D'importants travaux, vous le savez, les avaient déjà distingués et fesaient entrevoir, pour eux, un brillant avenir. La Société a fait eu eux uue perte qu'elle a vivement ressentie. — Qu'ils reçoiveut, en ce jour, solennellement, le fidèle hommage de uos regrets.

2. Rétablissement de la circulation dans des veines oblitérées; par M. A. Pitres, interne des hôpitaux (V. p. 208).

M. Charcot. Les faits du genre de celui-ci sont très-intéressants; car les causes des coagulations veineuses dans les cancers de l'utérus sont encore fort obscures.

M. Després. J'ai eu l'occasion d'observer uue phlegmatia alba dolens chez une femme qui avait, non pas un cancer, mais une hernie de l'utérus.

Bieu que l'utérus fût descendu depuis 7 ans, j'ai réussi à le réduire ; huit jours après, il sortit de nouveau et je le réduisis encore ; mais au bout de trois jours, la malade avait une phlegmatia alba dolens du côté gauche. Ou peut admettre dans ce cas, il me semble, que l'utérus avait en quelque sorte perdu droit de domicile, et que la coagulation résultait de la compression exercée sur la veine par cet utérus remis en place. La compression sur les veines me paraît être la cause des coagulations dans le plus grand nombre des cas.

M. Charcot. Il est certain que la compression joue souvent un graud rôle dans la pathogénie des obstructions veiueuses, mais le fait n'est pas aussi géuéral que semble le croire M. Després. Toute l'histoire des oblitérations dans la tuberculose vient protester contre cette idée.

En fait, il y a plusieurs causes occasionnelles, qui out été bieu étudiées par Virchow. Dans ces couditions, l'affaiblissement du cœur et le ralentissemeut de la circulatiou s'ajoutent à l'altération du sang pour ameuer les coagulatious.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *avril* 1875. — Présidence de M. L. Le Fort.

La Société procède à l'électiou d'uu membre titulaire. Sur 23 votauts, *M. Périer* est élu par 17 voix. *M. Krishaber* obtient 5 voix, M. Th. Anger 1

M. Tillaux lit uu rapport sur une observation d'ablation d'un cancer du seiu par la ligature élastique chez une femme de 84 ans, préseutée par M. Périer. La douleur, provoquée par la constriction, a été très-vive pendant plus de 24 heures. Ce n'est que le 28e jour que la ligature est tombée ; la cicatrisatiou était déjà complète. M. Périer n'a employé ce procédé que faute d'en pouvoir employer un autre. La malade fort incommodée par de continuelles douleurs réclamait une iuterveution. L'observation sera publiée au Bulletin.

M. Verneuil. On a trop d'engouement à l'étranger pour ce genre de diérèse : en Augleterre on opère toutes les fistules à l'auus par la constriction élastique. Il a opéré ainsi deux fistules à l'anus d'à peiue 2 centimètres ; pendant 24 heures la douleur a été des plus vives. La section ne s'est faite qu'après 3 jours dans un cas, 4 jours dans l'autre. Dans uu cas de fistule du gros orteil traitée de cette façon, il a failli perdre son malade pour avoir renouvelé la constriction. En somme ce procédé n'offre pas de grands avantages, il est très-douloureux et peut même être dangereux.

M. Després a enlevé par la ligature élastique un épithélioma de la langue. La ligature, douloureuse pendant quelques heures, est tombée au bout de huit jours. Ce moyen est très-applicable quand il ne doit pas diviser la peau, ce qui est fort douloureux.

M. Polaillon dans un cas de spina bifida de la nuque presque pédiculé et dont le liquide ne rentrait dans le rachis que par une petite ouverture, voulut essayer de cette constriction pour oblitérer la communication ; mais il dût renoncer à la continuer en présence des douleurs et des accidents nerveux qu'elle provoquait.

M. Duplay se propose de faire une communication ultérieure à ce sujet. Il a employé un grand nombre de fois la ligature élastique; elle est douloureuse, mais elle permet d'opérer certains malades sans leur faire garder le lit.

M. Wast, membre correspondant, lit une observation de kyste de l'ovaire, ponctionné un grand nombre de fois. On peut, de cette façon, prolonger longtemps la vie des malades. Celle-ci, en quatre aus et trois mois, a subi 118 ponctions qui ont fait sortir de son kyste 21 hectolitres de liquide.

M. Polaillon présente uue môle hydatique de l'âge de 7 mois environ, qui avait été confondu avec un corps fibreux de l'utérus. Il insiste sur les difficultés que présente quelquefois ce diagnostic.

M. Tillaux. Les phlébites consécutives aux fractures ont déjà été étudiées ; il survient une thrombose, un embolus se détache, pénètre dans l'artère pulmonaire, et le malade meurt asphyxié. Virchow a soutenu que les caillots ne s'arrêtaient jamais dans le cœur, mais allaient toujours dans le poumon. M. Tillaux a assisté à la mort par syncope d'une femme de 56 ans, 43 jours après une fracture, bi-malléolaire. A l'autopsie, il trouva un caillot remplissant la veine fémorale depuis le creux poplité jusqu'à l'arcade crurale, adhérent à l'embouchure de la saphène iuterue. Dans le ventricule droit, retenu par les colonnettes, il rencontra un caillot de 2 centimètres, s'adaptant à celui de la fémorale. La malade était morte par embolie cardiaque.

M. Le Dentu demande si cette femme avait des varices, elles sont souvent la cause d'embolie. — M. Tillaux répond qu'elle n'avait pas de varices, et en ce moment, il a dans son service deux autres cas de phlébite survenue à la suite d'une fracture de jambe, sans qu'il y ait de varices. Une discussion s'engage entre M. Tillaux et MM. Terrier et Després, qui prétendent que la thrombose a précédé la phlébite. — M. Gaugeot présente un malade porteur d'une bourse séreuse crépitante sous-scapulaire. I. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE (1).

VII. Traité des maladies des yeux, par M. X. Galezowski, deuxième édition, avec 464 figures dans le texte. Paris, J. B. Baillière, 1875.

VIII. Essais sur les mouvements de l'Iris, par P. Franciel. Thèse de Paris, n° 249. — 1874.

IX. Des altérations de la vue dans certains cas d'hypermétropie. (Recueil d'ophthalmologie, de Galezowski Paris, Asselin, éditeur.

VII. Il nous souvient d'avoir autrefois apprécié avec sévérité la 1re éditiou de cet ouvrage, dout le caractère trop peu scientifique contrastait avec d'autres traités contemporains véritablement magistraux ; l'auteur a aujourd'hui largement modifié plans et détails, aussi possédons-nous maintenant un livre où sont alliées dans une sage mesure les exigences de la pratique et de la science pure. Divisions précises et méthodiques du sujet, exposition concise et aphoristique, facile à retenir parce qu'elle met en relief le point principal, telles sont les qualités remarquables du nouveau traité. Prenons un exemple : S'agit-il des maladies de la rétine ? l'exposé rapide des connaissances anatomiques et physiologiques nous initie aux phénomènes de sensation lumineuse ; puis vient le mode d'exploration. La pathologie est précédée d'un tableau synoptique des maladies à étudier : apoplexie, rétinite, troubles visuels de la grossesse, ritinite pigmentaire, altération de la macula, embolie de l'artère centrale de la rétine, décollement de la rétine, tumeurs de la rétine, anomalies de la rétine.

A chaque article, autant que le permettent les progrès de la science actuelle, nous trouvons annexé un résumé d'anatomie

(1) Voir les N°s 1 et 10.

pathologique extrait d'un grand nombre de travaux dont l'auteur a pris soin de nous donner l'indication bibliographique. Dans ce volume de 1.000 pages, l'ophthalmoscopie, l'optométrie, les opérations, la médecine légale, civile et militaire, l'embryologie, ont trouvé place.

Chaque page, pour ainsi dire, contient des figures explicatives; elles ne sont point toutes assurément originales, et quelques-unes ont souffert de leur transplantation sur un sol rugueux, mais elles viennent à leur place, elles éclaircissent les descriptions, et si ce n'est point encore pour l'anatomie pathologique surtout, la perfection désirable, au moins l'indication est-elle tracée, et nous devons tenir grand compte de ce premier effort.

Rompu depuis longtemps à l'initiation des étudiants dans le sanctuaire ophthalmologique, M. Galezowski a désiré leur fournir, non pas un manuel, le livre est au-dessus de cette qualification, mais un résumé classique, agréable et très-complet de la science à laquelle il s'est consacré. L'esprit général de cet ouvrage est, en outre, excellent parce qu'il est vraiment médical. Armé de l'ophthalmoscope, M. Galezowski ne voit pas seulement le fond de l'œil, il étudie toute l'économie, et peut-être même va-t-il très-loin dans l'interprétation des phénomènes oculaires par les troubles généraux de l'organisme. N'oublions pas que l'auteur a longuement, un des premiers en France, étudié les troubles de la papille dans les maladies cérébrales, et que ses travaux les plus récents indiquent toujours cette tendance véritablement physiologique à rechercher dans la circulation oculaire la réflexion de modificateurs éloignés.

En vrai médecin, M. Galezowski sait formuler, et il le prouve par les nombreuses recettes de collyres, de liniments, de pommades, de solutions, de poudres, de paquets, de prises, qu'il met à la disposition des praticiens. Or, comme l'auteur possède une clinique ancienne et bien achalandée, ces prescriptions peuvent être accueillies en confiance : elles sont le fruit de nombreuses observations antérieures et d'une longue expérimentation. Heureuse alliance de la clinique et des recherches théoriques, exposition brève et claire rendue plus évidente encore par les efforts intelligents de l'éditeur, ensemble complet de la science ophthalmologique avec quelques points faibles, il est vrai (mais quel est le livre parfait aux yeux du critique ?), telles sont les conditions de ce nouveau traité destiné, nous n'en doutons pas, à recevoir un accueil au moins aussi empressé que son aîné.

VIII. Cette monographie inaugurale est une étude bien ordonnée des différentes causes des mouvements de l'iris. Se bornant à ce point restreint de la physiologie oculaire, l'auteur a voulu se rendre un compte exact des différentes théories émises jusqu'à ce jour sur les mouvements de l'iris. Il en a recherché toutes les causes et les a jugées sainement. Voici du reste les conclusions fournies à la fin de ce travail :

Les mouvements de l'iris sont tous de nature musculaire. On doit rejeter la théorie de la réplétion des vaisseaux développée par Rouget. La 3e paire se distribue aux fibres circulaires ; le grand sympathique, aux fibres rayonnées. Les impressions optiques agissent sur l'iris par l'intermédiaire de la 3e paire, et les impressions sensitives, par l'intermédiaire du grand sympathique.

Le centre cilio-spinal, les tubercules quadrijumeaux sont des centres de mouvement de l'iris, démontrés par la physiologie et la pathologie. L'accommodation, les mouvements musculaires, s'accompagnent de mouvements de la pupille. L'action directe de la lumière sur l'iris même, admissible chez la grenouille, n'est pas démontrée chez l'homme. Pour établir chacune de ces conclusions, l'auteur a pris soin de rapporter toutes ces expériences, leur origine, en les discutant, en les soumettant à une judicieuse analyse.

IX. Parmi les travaux contenus dans ce numéro, nous signalerons une étude, sinon neuve, du moins méthodiquement faite, de M. Cuignet, sur *l'altération de la vue dans certains cas d'hypermétropie.*

Certains auteurs avaient regardé cette affection comme congénitale ; M. Cuignet a remarqué qu'elle attaquait l'œil le plus hypermétrope, qu'elle accompagnait surtout les trabisme convergent, qu'elle était souvent progressive, centrale, non congénitale et sans lésion matérielle appréciable. Il la croit curable dans une certaine limite.

Cette fatigue de la vue serait d'abord une photophobie avec attitude spéciale de la tête ; elle deviendrait une véritable diminution de l'acuité visuelle, au deuxième degré ; puis une amaurose curable par les verres convexes appropriés, enfin une véritable amaurose unilatérale irrémédiable. Notre confrère a tracé en un mot, de main de maître, assurément un vrai tableau assez connu d'une des complications de l'hypermétropie. Fr. P.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation

(Section de médecine.)

I. L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique ? Thèse de concours pour l'agrégation, par Debove. Savy, éditeur.

Le sujet de cette thèse est certainement des plus difficiles à traiter. L'action physiologique des médicaments est encore si peu connue, qu'il était peut-être prématuré de demander si elle pouvait servir de règle ? M. Debove, à notre humble avis, s'est acquitté de sa tâche, aussi bien que le permettaient les conditions particulières dans lesquelles il était obligé de faire ce travail. Nous nous permettrons, toutefois, une critique qui n'a rien de personnel, car on pourrait l'étendre à presque toutes les thèses du concours.

Un membre d'un jury affirme un fait contestable, ce fait devient immédiatement une vérité pour le candidat. Prenons un exemple. M. Debove prête à Traube l'opinion suivante : La digitale abaisse la tension artérielle. Traube admet, au contraire, que la digitale, à dose médicamenteuse, élève cette tension ; mais M. Hirtz, membre du jury, a dit : « Traube, basé (*sic*) sur le travail de Hossa et de Ludwig et sur celui de Volkmann, établissant que la pression artérielle est en raison directe de l'accélération du pouls, Traube conclut que la digitale diminue la pression vasculaire. » (Art. *Digitale* du *Dict. de méd. et chir. pratiques.*) Ce simple énoncé contient plusieurs inexactitudes. D'abord, Traube a fait avec la digitale des centaines d'expériences, il a mesuré directement la pression sanguine avec le kymographion, et ce n'est point par un simple raisonnement et en se basant sur les expériences d'autres physiologistes, qu'il est arrivé à ces conclusions : « Selon que l'on emploie de faibles doses ou de fortes doses, dit-il, la tension artérielle est bien différente : avec de fortes doses, la tension est abaissée, avec de faibles doses, elle est élevée (1). »

Si nous prenons la thèse récente de M. Gourvat (1870), nous voyons l'auteur de cet excellent travail, s'appuyant, lui aussi, sur le témoignage de M. Hirtz, admettre que Traube a observé, sous l'influence de la digitale, un abaissement constant de la pression artérielle. M. Gourvat a cru M. Hirtz sur parole : il a eu tort de ne pas vérifier le texte original.

Prenons encore dans la thèse que nous analysons un exemple de l'influence que peut exercer sur un candidat l'opinion d'un de ses juges. M. Debove cite la phrase suivante de M. Hirtz : « Pour faire une thérapeutique scientifique, dit-il, il faut connaître à fond la physiologie de la maladie et la physiologie du médicament, afin de dominer l'une par l'autre. » En réalité, nous ne comprenons guère le sens d'une pareille phrase. Que signifie cet amoncèlement de physiologies montant les unes sur les autres, se dominant l'une l'autre ? M. Debove a été bien sévère pour M. Hirtz, en tirant de l'oubli cet axiome étrange.

Cette discussion nous entraîne un peu loin de la thèse que nous voulons analyser. Nous dirons seulement que M. Debove a bien rempli une tâche difficile, que tout en faisant ressortir les incertitudes actuelles de la physiologie et l'impossibilité de prendre cette science encore à ses débuts comme règle thérapeutique, il a eu grand soin de montrer les indications fournies dès maintenant à la thérapeutique par la physiologie et

(1) *Die symptome des respirations und circulation apparat.* S. 41.

laisse prévoir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, on serait autorisé à être plus affirmatif que ne le lui permettait l'état actuel de la science. X.

II. De l'abus en thérapeutique, par H. LIOUVILLE. Br. in-8° de 78 pages. Germer-Baillière, libraire-éditeur.

De l'abus en thérapeutique : tel est le sujet de thèse échu à M. Liouville au concours de l'agrégation ; sujet ardu, sujet difficile et qui, pour être exposé avec tout le soin désirable, demanderait beaucoup plus de temps qu'il n'en est accordé aux candidats. Malgré quelques reproches qu'on pourrait adresser à ce travail, il n'en constitue pas moins une étude digne d'éloges, et qui pourra servir de point de départ aux travailleurs qui, plus tard, voudront traiter à fond cette question importante. L'auteur définit d'abord son sujet. L'abus en thérapeutique résulte du mauvais usage que l'on fait d'un traitement. Les causes en sont diverses ; à tous les âges, une des plus importantes est celle qui résulte de l'esprit de système et de l'autorité exagérée que le systématique s'attribue ou conquiert. Une autre cause a sa source dans les idées dominantes ou exclusives d'une époque. La science elle-même peut être une cause d'abus ; c'est ainsi que le parallèle établi d'une façon absolue entre les faits se passant dans les expériences chez les animaux (surtout ceux qui sont éloignés de notre espèce) et les faits qui se passent chez l'homme, conduirait aux plus graves résultats.

Selon M. Liouville, il faut éviter : 1° De mettre en usage des agents thérapeutiques qui ne sont pas nécessaires ou utiles ; 2° d'administrer des remèdes hors du temps opportun ; 3° de faire usage de doses exagérées. — A propos de chacune de ces trois conditions, l'auteur nous donne des exemples frappants qu'il trouve dans l'histoire de la médecine, s'appuyant surtout sur les abus qu'ont donné à diverses époques la suppression de certains flux, de certaines sécrétions que Récamier appelait *servitudes idiosyncrasiques* (sueurs habituelles, hémorrhoïdes, etc.,) la diète ou l'alimentation exagérée, la saignée, les purgatifs, l'administration de certains médicaments, tels que l'antimoine, le mercure, etc.

Mais, ajoute l'auteur, si la confiance exagérée dans la puissance des agents thérapeutiques qui peut résulter des idées systématiques, engendre facilement des abus sérieux, il peut découler une autre conséquence fort importante du spectacle des abus qui se commettent ou se sont commis dans la pratique médicale, c'est d'entraîner le médecin jusqu'au doute, à l'indifférence ou même au septicisme. M. Liouville combat ce penchant et, de l'étude à laquelle il se livre, il arrive à cette conclusion : Expectative pure, quand rien autre n'est indiqué ; expectative mitigée, quand nous pouvons calculer la force de la collaboration de la nature ; mais une surveillance constante et la résolution d'intervenir s'il le faut, dès qu'il le faudra et dans la mesure nécessaire. Tel est, en résumé, le travail de M. Liouville ; disons qu'il s'en est tiré à son honneur ; s'il ne donne pas au praticien d'aperçus nouveaux, il expose du moins avec clarté et méthode un point de pathologie générale qui avait été laissé un peu dans l'ombre, ou qui, du moins jusqu'ici, n'avait été qu'incidemment traité. G. PELTIER.

20. Sirop antiscrofuleux (*M. Verneuil*).

Iodure de potassium	4	grammes.
Teinture d'iode	4	—
Sirop de gentiane	150	—
Sirop de quinquina	150	—

Une à deux cuillerées à café par jour aux personnes atteintes de scrofules. En même temps, huile de foie de morue et tisanes amères. (*Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*).

21. Potion antiblennorrhagique (*Lamare*).

Teinture de haschich	2	grammes
Acide benzoïque	1	—
Julep gommeux	60	—

F. S. A. Une potion, à donner dans les vingt-quatre heures, aux personnes atteintes de blennorrhagie, alors qu'il est trop tard pour avoir recours à la méthode abortive, et que l'écoulement étaut franchement purulent et la miction douloureuse, il est encore trop tôt pour s'adresser aux balsamiques. On prescrit en même temps des boissons rafraîchissantes et des injections d'eau simple très-souvent répétées; selon l'auteur, la douleur diminue au bout de quelques jours de ce traitement, et on peut commencer l'usage du copahu et du cubèbe. (*Union Médicale*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. SIREDEY. Consultations les lundis. Spéculum les mercredis et les vendredis. Visite à 8 heures. Examen des malades par les élèves. Salle Sainte-Anne (accouchements). — Salle Sainte-Marthe his (crèche) : 1, entérite tuberculeuse; 7, variole. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 3, méningite tuberculeuse; 6, grippe; 9, pneumonie franche; 12, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite; 15, insuffisance et retrécissement mitral, congestion énorme du foie; 18, phlegmon du ligament large droit; 30, syphilis; 32, phlegmon du ligament large gauche, péritouite. — Salle Saint-Augustin bis (H.) : 1, affection du foie, mégalo-splénie; purpura; 4, pneumonie chronique; 7, albuminurie chronique; 15, pachyméningite; 19, affection mitrale, symphise cardiaque, amnésie verbale, hémiplégie droite; 23, mal de Bright à début dyspnéique; 30, insuffisance mitrale. — On vaccine à la salle Sainte-Anne les dimanches.

Service de M. TILLAUX. Opérations les mercredis. Consultations mardi, jeudi et samedi. Pour les maladies des oreilles les dimanches à 9 heures.

Service de M. PANAS. Opérations les jeudis (pour les maladies des yeux) et les samedis. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Serviée de M. ISAMBERT. Laryngoscopie les jeudis.

Service de M. RAYNAUD. Salle Saint-Landry : 12, ictère grave; 6, leucocythémie. — Salle Sainte-Mathilde : chlorose, phlegmatia alba dolens, pleuro-pneumonie double, péricardite.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. LAILLER. Leçons cliniques le vendredi, à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Foy (F.) : 1, lupus scrofuleux; 4, syphilis, perforation du palais; 5, eczéma impétigineux; 9, stomatite mercurielle; 16, syphilide papuleuse; 17, scrofulide tnberculeuse de la cuisse; 18, impétigo syphilitique; 21, lupus érythémateux. — Salle Saint-Mathieu (H.) : 23. psoriasis; 25, syphilide squameuse; 26, psoriasis; 39, eczéma du cuir chevelu; 42, chancre de la lèvre; 52, phthiriase; 57, érythème en cocarde; 59, syphilis maligne; 65, érythème avec urticaire; 74, favus; 80, gale.

Service de M. PÉAN. Leçons le samedi. Salle Sainte-Marthe (F.) : 57, carie du l'apophyse mastoïdienne, abcès; 58, tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne; 68, ostéite hypertrophique du fémur; 69, kyste suppuré de la glande vulvo-vaginale; 74, fracture sus-malléolaire. — Salle Saint-Augustin (H.) : 12, écrasement de la main; 22, ulcérations syphilitiques (lèvre et nez); 23, atrophie des péroniers latéraux; 27, résection du coude; 28, périostite du tibia; 62, rétrécissement du rectum, fistules multiples. — Le *Musée anatomo-pathologique* de Saint-Louis est ouvert tous les jours de 8 à 11 heures du matin.

Hôpital de la Charité. Service de M. TRÉLAT. Salle Sainte-Rose (F.) : 2, déchirure du périnée, 4, carcinome du maxillaire en voie de récidive; 10 et 12, carcinomes du sein enlevés au moyen du galvano-cautère ; 14, plaie du nerf cubital et des tendons fléchisseurs; 16, tarsalgie; 19, épithélioma utérin; 20, arthrite et hygroma. — Salle Saint-Jean (H.) : 2, ongle incarné; 4, abcès de la hourse séreuse sous-deltoïdienne; 6, ostéo-sarcome du bassin; 7, phlegmon du pied, arthrite suppurée du turse; 11, abcès profond de la cuisse consécutif à une périostite du fémur; 12, érysipèle phlegmoneux des paupières.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — M. le Dr LANDOLT commencera son cours samedi 17 avril, à 3 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Il traitera du diagnostic des maladies des yeux et des moyens d'exploration de l'organe visuel au point de vue des maladies générales (inspection générale des yeux, des paupières, des voies lacrymales ; diagnostic et mensuration du strabisme; détermination de la tension intra-oculaire, de l'acuité visuelle, de l'accommodation et de la réfraction, etc.).

Maladies des yeux. — M. le Dr MEYER a repris ses leçons le lundi 5 avril, à une heure, à la clinique, rue de l'Ancienne-Comédie, 21, et les continuera les lundis et vendredis suivants.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 9 avril 1875, on a constaté 1,060 décès, savoir : variole, 4; — rougeole, 16; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 20; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 58; — pneumonie, 133; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 1; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 18; — croup, 11; — affections puerpérales, 9; — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 467, dont 186 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 22; — causes accidentelles, 24.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 28 mars au 3 avril 1,873, savoir : variole, 1; — rougeole, 24; — scarlatine, 32; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 7; — bronchite, 328 ; — pneumonie, 133 ; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 24; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 16; — croup, 15, — coqueluche, 92.

CONCOURS. — (Bureau central, chirurgie). — Les candidats au concours pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central, qui doit s'ouvrir le 26 avril sont : MM. Berger, Boilod, Coyne, Farabeuf, Félizet, Gillette, Humbert, Laugier, Marchand, Monod, Nepveu, Richelot, Penière, Pozzi, Terrillon, Thorens. (*Gaz. des hôp.*) — Le jury du concours de médecine est ainsi modifié : M. Gombault remplace M. Tardieu et M. Alp. Guérin remplace M. Broca.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — 1° *Cours de médecine opératoire.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont préve-

nus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 19 avril 187 , à deux heures. M. le docteur Tillaux traitera des résections et des opérations spéciales. M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des amputations. M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des ligatures d'artères. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie.* — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique, continueront à être faites par M. le docteur Grancher, chef du laboratoire, MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être réformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

Hopital civil de Versailles. — Un concours pour une place d'interne audit hôpital doit s'ouvrir prochainement. Les pièces à produire sont : 1° Une demande à l'administration de l'hôpital; 2° La feuille d'inscription; 3° Un certificat de moralité.

Médecins militaires. — Par décret en date du 25 février 1875, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaire :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe.* M. Dufour (Gustave-Charles-Bernard), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Astié, retraité.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe.* M. Dauvé (Stanislas-Paul), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Dufour, promu.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe.* (Ancienneté) M. Cotte (Paul-Melchior), médecin-major de 2e classe au 20e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Combes, décédé. — (Choix) M. de Courtois (Henri-Amédée), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Magusier, retraité. — (Ancienneté) M. Le Pelletier (Eugène-Emile), médecin-major de 2e classe au 12e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Perréon, retraité. — (Choix) M. Bernard (Désiré), médecin-major de 2e classe au 1er régiment du génie, en remplacement de M. Dauvé, promu.

4° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe.* (Ancienneté) M. Truqué (François-Théophile), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, en remplacement de M. Beylier, décédé.

Par décret en date du 25 mars 1875, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre. *Au grade de médecin-major de 1re classe.* (Ancienneté.) M. Guimberteau (Louis-Henri), médecin-major de 2e classe au 30e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Hayer, décédé. — (Choix.) M. Guillemin (Isidore-Frédéric), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Eynaud, retraité. — (Ancienneté. M. Dehaussaux (Adolphe-Nathalie), médecin major de 2e classe au 15e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Sardou, mis en non-activité. — (Choix.) M. Massaloup (Auguste-Eleutère), médecin major de 2e classe à la garde républicaine, en remplacement de M Bouchoy, décédé. — (Ancienneté.) M. Denoix (Victor-Émile), médecin major de 2e classe au 4e régiment de hussards, en remplacement de M. de Guillin, mis en non-activité.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe. M. Latour (Noël-Eugène), pharmacien principal de 2e classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, en remplacement de M. Roucher, décédé.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe. M. Ollivier (Eugène-Prosper), pharmacien major de 1re classe attaché au ministère de la guerre, en remplacement de M. Latour, promu.

Au grade de pharmacien major de 1re classe. (Choix.) M. Privat (Pierre-Paul), pharmacien major de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Mercier, retraité. — (Ancienneté.) M. Paradis (Pierre-Adolphe-Gabriel), pharmacien major de 2e classe à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Ollivier, promu.

Faculté des sciences de Paris. — *Création d'une chaire de chimie.* — L'assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit : Article premier. — Il est ouvert au Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, sur l'exercice 1875, section première, chapitre 7, un crédit supplémentaire de 17,000 francs applicables aux dépenses d'une troisième chaire de chimie à la Faculté des sciences de Paris (chimie organique).

Nominations. — Les amis de l'Université se réjouiront d'apprendre que le doct. Jobert, va prendre possession de la chaire de zoologie, à l'École Polytechnique au Brésil. — M. le docteur Chénieux est nommé médecin adjoint du lycée de Limoges.

Nécrologie. Un des pharmaciens de Paris les plus justement estimés, Amb. Buirat, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir subitement, à l'âge de 46 ans. — M. le Dr Rendu, médecin à Compiègne, vient de mourir à l'âge de 63 ans.

— La ville de Tours vient de perdre un clinicien célèbre, Jean-François Miquel. Elève et ami de Bretonneau, Miquel sut, au milieu des revers les plus grands, ne jamais dévier de cette belle maxime : L'homme ne vaut que par le bien qu'il fait. A la honte des administrateurs de cette époque, il ne put se faire nommer médecin de l'hôpital général de Tours, où son enseignement eût rendu de très-grands services. La ville de Tours reconnaissante envers cet homme de bien lui a voté la concession d'un terrain à perpétuité. Miquel laisse deux ouvrages qui contiennent tous ses mémoires : *Lettres d'un vétéran de l'école de Bretonneau et Trousseau*; Tours, Mazereau, 1868; — *Tribut à la chirurgie du vétéran de l'école de Bretonneau*, Tours, Mazereau, 1872. — Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la mort, à 48 ans, de M. Adrien Delahaye, l'un des principaux éditeurs d'ouvrages de médecine.

Hygiène alimentaire. — En vertu d'un décret daté du 27 mars sont interdits. Article premier. — L'entrée et le transit de pommes de terre provenant des États-Unis d'Amérique et du Canada apportées soit directement, soit des entrepôts. Cette prohibition s'étend aux caves desdites pommes de terre ainsi qu'aux sacs, futailles et autre objets ayant servi à l'emballage des tubercules.

Suicide d'un enfant. — Un enfant de 14 ans, apprenti garçon boucher, vient de se suicider rue Lamartine. C'est à la suite d'une escapade faite en compagnie de quelques jeunes vauriens de son âge que le pauvre enfant dépensa une somme de 40 francs appartenant à son patron. Rentré chez celui-ci, il craignit les reproches qu'il avait encourus et le matin, avant le jour, il se pendit dans sa chambre. (*Le Temps.*)

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Chénieux, est institué, par suite du concours ouvert le 18 janvier, suppléant des chaires de pathologie externe et d'accouchements.

École de médecine de Reims. — M. le docteur Beltz (Xavier-Camille) est institué, après concours, suppléant le chirurgie et d'accouchements.

Nouveau journal. — Il paraît à Montpellier, depuis le 1er janvier, un journal intitulé : *Revue médicale et pharmaceutique du Midi.* Les secrétaires de la rédaction sont M. le Dr A. Belujou et MM. D. Belujou et Gely, pharmaciens.

Prix. La *Société médicale d'Amiens*, dans sa séance du 6 janvier 1875, a décidé de mettre au concours pour les années 1875 et 1876 les questions suivantes : Année 1875. 1° *De la valeur des résections osseuses dans les cas de lésions traumatiques des os et des articulations.* Médailles d'or de la valeur de 200 fr. — 2° Une médaille d'or de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales. Les mémoires doivent être inédits et manuscrits, ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au secrétariat de la Société, avant le 1er mai 1876.

Année 1876. — 1° *Des rapports qui existent entre le pouls et la température du corps, dans les maladies aiguës, et des indications qui en résultent pour le diagnostic, le pronostic, et le traitement.* Médaille d'or de la valeur de 500 francs. 2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales. Les mémoires doivent être inédits et manuscrits, ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, avant le 1er janvier 1877.

Bon exemple donné par un médecin. — Une nouvelle école protestante va s'élever au bas du quartier des Martyrs, sur les terrains inoccupés situés à l'angle des rues Choron, Milton et H. Lebas Les travaux sont commencés. Ces terrains appartenaient à la ville qui les a cédés à M. le Dr Moricand Ce dernier s'est engagé par contrat à y faire construire à ses frais une école protestante qui, dans un délai déterminé, retournera à la ville. Cinq cents élèves pourront y trouver place. Les dépenses sont évaluées à ,000 francs. On pense que tout sera terminé pour la fin de l'été 1876. (*Le Temps.*)

Vacances médicales. — On demande un médecin à Yerres (Seine-et-Oise), à 22 kilomètres de Paris, sur le chemin de fer de Lyon (station de Montgeron). Population en hiver 1,600 habitants, en été 2,000. — Un médecin de province, malade, demande un jeune docteur pour le remplacer pendant quelque semaines. S'adresser pour les renseignements à M. le docteur Constantin Paul, 48, rue de Luxembourg.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 17 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 24 AVRIL 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. PARROT**

De l'athrepsie.

VIe LEÇON. — *Troubles de la respiration et de la circulation. — Température. — Poids* (1).

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur

Messieurs,

Quelle action le processus athrepsique exerce-t-il sur la respiration, la circulation, la calorification et sur le travail nutritif? A ceux qui me demanderaient pourquoi je n'ai pas encore abordé cette étude qui, en nosographie, occupe habituellement le premier rang, je répondrai que pour le faire avec profit, il était indispensable de connaître les affections qui marquent les phases diverses de la maladie. C'est donc ici qu'à mon avis se trouve sa véritable place.

Je commence par les troubles respiratoires, parce qu'ils sont plus apparents que les autres et plus faciles à constater. Le nouveau-né bien portant, vous le savez, respire environ 50 fois par minute ; et la maladie ne modifie pas sensiblement ce nombre, comme le montre le tableau n° 1.

Mais si la fréquence des mouvements respiratoires ne subit pas de changement notable, il n'en est pas de même de leur ampleur. Elle s'exagère dans des proportions tout à fait inattendues, en même temps que les yeux s'enfoncent et se sèchent, que la fontanelle se déprime et que les os crâniens chevauchent. Le thorax se meut avec une énergie extrême et bien surprenante chez des êtres si débiles. Tous les muscles destinés à dilater la poitrine sont mis en jeu. La partie antérieure des côtes et le sternum, encore cartilagineux, résistent mal à une action aussi puissante, sont profondément déprimés à chaque inspiration, et bientôt se creusent en un infundibulum qui finit par devenir permanent, et que la mort même ne fait pas disparaître. C'est à tort que M. Bouchaud (2) attribue cette déformation à un amoindrissement dans le volume des organes thoraciques ; car loin de diminuer, leur volume augmente, soit par le fait de la pneumonie, soit par l'emphysème qui, à des degrés divers existe presque constamment. Sa véritable cause est l'existence d'un état dyspnéique et le défaut de résistance de la région antérieure du thorax pendant que le diaphragme se contracte avec énergie. Remettant à plus tard l'explication de la dyspnée, je dois vous dire qu'elle est parmi les symptômes qui les premiers annoncent la gravité de l'athrepsie. Elle coïncide avec les troubles encéphalopathiques, les précède souvent et accompagne toujours la cyanose.

Dans la période terminale, les inspirations diminuent en même temps de fréquence et d'ampleur, et quelques instants avant la mort, on n'en compte parfois que 16, 8, 2, et même une par minute. Cette chute de la fonction pulmonaire est beaucoup plus accentuée et plus rapide que celle du pouls et de la température, et elle marque toujours un anéantissement prochain.

Je vous ai déjà dit quelques mots des troubles circulatoires, à propos des modifications que subit la coloration de la peau. Vous vous rappelez qu'à une période avancée, les extrémités et certaines régions de la face deviennent violacées, et que le corps tout entier présente une teinte livide. Ce sont là les signes extérieurs et certains d'une gêne circulatoire très-prononcée. Aujourd'hui, je dois vous dire ce que l'on observe du côté du cœur et de la radiale? L'exploration de ce vaisseau est toujours malaisée et le plus souvent impossible ; c'est donc à la région précordiale qu'il faut chercher le pouls et le compter. Dans le plus grand nombre des cas, l'on y parvient, mais il en est où le bruit respiratoire couvre complétement ceux du cœur, d'ailleurs très-affaiblis; alors le stéthoscope peut être fort utile; en éloignant l'oreille du thorax, il la rend moins impressionnable à son agitation et lui permet de discerner ce qui se passe du côté du cœur.

Vous savez qu'à l'état normal, celui-ci bat environ 140 fois par minute. Ce chiffre n'est dépassé que dans les premiers jours de la maladie, et celui de 190, signalé par M. Bouchaud (1), doit être considéré comme tout à fait exceptionnel. D'ordinaire, il tombe rapidement au-dessous de la moyenne et décroît d'une manière progressive, non toutefois sans subir d'assez nombreuses oscillations. Dans les derniers instants de la vie, la diminution du nombre et de l'intensité des battements du cœur, s'accentue notablement, et on les voit tomber à 80, 60, 40 et même à 30. Leur rhythme ne subit en général aucun trouble. (2)

Les modifications de la température sont beaucoup plus faciles à suivre que celles de la respiration et du pouls, grâce à l'usage du thermomètre ; aussi les résultats ont-ils une précision plus grande. Après s'être un peu élevée, ce qui est plus habituel, sans avoir subi aucun changement notable durant les premiers jours, la température rectale ne tarde pas à s'abaisser au-dessous de la normale. Sa décroissance suit alors une marche continue, non toutefois sans que l'on constate chez quelques enfants des oscillations qui peuvent se traduire par une différence de près de 2 degrés d'un jour à l'autre. Ainsi, tel malade chez lequel on avait noté 35°,6, en aura peut-être 37 à la visite suivante, pour redescendre à 35 vingt-quatre heures après. Cela a lieu dans tout le cours de la maladie, excepté dans la dernière période.

Comme vous le verrez bientôt, l'élévation de la température coïncide avec une perte de poids considérable et un amaigrissement rapide, surtout lorsque le mal suit une marche accélérée. — Les chiffres les plus habituels sont compris entre 36° et 34°, mais nous avons noté des températures plus basses ; par exemple 30° et même dans un cas 25°,9. L'âge exerce ici une influence incontestable et les abaissements thermiques les plus accentués se produisent sur les avortons et sur les enfants chétifs, atteints presque immédiatement après la naissance. Ainsi, la ligne des températures, dans l'athrepsie, reste habituellement au-dessous de la normale, et, considérée dans son ensemble, elle s'abaisse d'une manière constante jusqu'à la mort, qui ne détermine aucun changement dans sa direction. Elle suit donc une marche opposée à celle que l'on trouve dans les diverses maladies des autres âges, où la température ne cesse de s'élever pour s'abaisser d'une manière brusque après le dernier soupir, et tomber ainsi rapidement au-dessous du chiffre physiologique. En sorte que dans l'athrepsie, sur la ligne décroissante des températures, rien ne marque l'instant de la mort, qui, d'ordinaire, est représenté par le sommet de l'angle que forment deux lignes à direction contraire : celle de l'agonie, qui monte, et celle de la mort, qui descend.

Plus les enfants sont chétifs lorsque le mal les atteint, plus est rapide et uniforme l'abaissement de leur température ; plus aussi, l'on doit tenir compte, dans les évaluations thermométriques, des influences extérieures, de l'état

(1) Voir les nos 43 à 49, 51 et 52 du *Progrès médical* (1874) et nos 1, 2, 3 et 7 (1875). — (2) Loc. cit. p. 102.

(1) Loc. cit. p. 106.
(2) Ces diverses particularités sont mises en relief par les tableaux et les courbes que l'on trouvera plus loin.

atmosphérique, de la chaleur ambiante, de celle des corps dont on les enveloppe, car les individus naturellement faibles et les avortons, subissent très-aisément les actions extrinsèques, et la température des objets qui les entourent, modifie très-sensiblement celle qui leur est propre (1).

Dans l'athrepsie, l'organisme éprouve des pertes considérables. C'est là le fait essentiel de ce processus morbide, celui auquel aboutissent tous les troubles que l'on y observe.

Quand l'abaissement nutritif est la conséquence d'une inanition expérimentale, il est facile de suivre sa marche et d'en étudier tous les détails ; c'est ce qu'a fait Chossat avec le succès que l'on connaît. Cliniquement, l'observation du phénomène est plus difficile et il a été jusqu'ici peu étudié. Toutefois, nous trouvons dans le travail de M. Bouchaud (p. 115) quelques documents intéressants.

Justement frappé de l'abaissement continu et considérable du poids, l'auteur l'a pris pour base d'une division de la maladie en 4 périodes.

Dans la 1re ou *latente*	l'enfant perd	1/10 de son poids.	
— 2e ou *d'amaigrissement*	—	1/6	—
— 3e ou *d'excitation*	—	1/4	—
— 4e ou *léthargique*	—	1/3	—

Cela est simple et séduisant, et l'on comprend quel parti l'on en pourrait tirer au point de vue du pronostic, mais la détermination des nombres sus-indiqués implique la connaissance préalable du poids du nouveau-né au début des accidents ; or, l'on n'est appelé d'ordinaire qu'au bout de deux ou trois jours, c'est-à-dire à un moment où les pertes sont déjà considérables. J'ajoute que l'état de l'enfant, lorsque le mal éclate, son âge, la marche des accidents et bien d'autres circonstances moins faciles à déterminer, influent considérablement sur les modifications que nous révèle la balance.

En négligeant quelques oscillations occasionnées par l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac ou par une garde-robe récente, l'on peut dire que le poids s'abaisse d'une manière continue, mais non toujours régulière. A de certains moments, les pertes sont considérables; à d'autres, elles sont minimes, et présentent alors une véritable uniformité.

Habituellement, les enfants robustes sont ceux qui maigrissent le plus. Cette remarque, faite par M. Bouchaud (2) est confirmée par notre tableau n° 1, qui a trait à 12 cas, rangés suivant l'ordre qu'assigne à chacun d'eux la perte moyenne subie par vingt-quatre heures. Les nombres 100 et 35 représentent les termes extrêmes ; ils correspondent, le premier, à un poids initial de 2,631 grammes, et le second à un poids de 1,720 grammes. Un calcul très-simple montre que, pour ces douze observations, la perte moyenne est de 49 grammes, et qu'elle correspond à un poids initial de 2,105 grammes.

Je vous répète, car c'est là un fait très-intéressant, qu'il existe un rapport des plus nets entre les modifications du poids et celles que subit simultanément la température. Chez la plupart des malades, soyez sûr que lorsque vous verrez celle-ci s'élever d'une manière inusitée, la balance accusera un déchet considérable.

De ce que je viens de vous dire des grandes fonctions, il résulte que dans l'athrepsie confirmée, elles s'accomplissent au-dessous du niveau normal, et qu'elles s'affaiblissent d'une manière continue jusqu'à leur anéantissement complet.

(1) Dans le chapitre où il parle de l'inanition, Wunderlich (De la température, traduct. française, Paris 1872, p. 286) dit : L'abaissement de la température est aussi très-considérable peu de temps avant la mort, chez les enfants plongés dans le marasme, et il est surtout marqué dans l'état cachectique de la syphilis infantile. Dans un cas semblable que j'ai récemment observé à ma clinique, la température tomba au-dessous de l'état normal, six jours avant la mort, et descendit successivement jusqu'à 25° C. (mens. rect.) Dans un des cas d'*atrophie infantile commune* (étisie) elle tomba à 28°,6 cent.

(2) Loc. cit. p. 117.

Pour rendre cette vérité plus saisissante, j'ai cru devoir vous en donner la représentation graphique (Tableau I).

Tableau I. — *Athrepsie sans complications.*

Poids initial.	Perte de poids.	Moyenne par jour. Température.	Moyenne par jour. Pouls.	Moyenne par jour. Respiration.	Age au moment de la mort.	Durée.	
					Jours.	Jours.	
2.631	100	35,6	»	56	13	4	
2.879	68	37,6	»	»	20	10	Embonpoint primitif.
1.905	56	35,2	120	47	15	9	Aucune trace du point d'ossification fémoral.
2.398	53	36,7	»	»	24	6	
2.420	47	37,9	»	»	24	4	
1.300	47	33,5	»	»	13	3	
1.890	40	36,8	»	»	6	2	Non à terme.
2.063	38	34,4	84	»	14	3	
2.000	38	36,7	117	47	20	10	
2.070	37	36,8	120	48	16	3	
1.980	35	35,4	»	»	24	3	
1.720	35	35,8	127	43	18	9	
25.256	594	432,4	568	241	207	66	
Moyenne. 2.105	49	36	114	48	17	5	

Les courbes fonctionnelles que, pour un même cas, j'ai à dessein groupées dans un seul tableau, en donnant une forme aux particularités énoncées plus haut, rendront votre conviction plus ferme sur ce point capital de la pathologie infantile. (A suivre).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de Médecine. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

I. Nous consacrerons la première partie du cours de cette année à *l'étude anatomo-pathologique de l'encéphale*. Dans un auditoire composé de médecins, c'est là un sujet dont l'importance ne saurait échapper à personne. Mais, si je ne me trompe, il s'y attache parmi quelques-uns, par suite sans doute de ses abords, en apparence peu attrayants, un assez mauvais renom. J'espère être suffisamment heureux pour vous persuader bientôt, Messieurs, qu'un tel jugement serait injuste et j'ai la conviction qu'à l'aide d'une méthode, plusieurs fois éprouvée déjà, à l'aide aussi d'une certaine dose de patience et d'un peu de bonne volonté — et ce n'est pas de mon côté, je vous le promets, qu'elle fera défaut, — nous parviendrons, sans trop de difficulté et sans trop de fatigue, à l'accomplissement de la tâche que nous allons entreprendre.

Aujourd'hui, pour ne pas vous conduire de plein pied, et sans préparation, dans le domaine que nous devons parcourir ensemble, je voudrais, en manière d'introduction, vous présenter quelques observations relatives à des faits généraux, dont nous trouverons à chaque pas l'application dans nos leçons ultérieures.

Comme je ne crois guère à l'efficacité des généralités privées de leur substratum matériel, surtout en matière d'anatomie pathologique, j'invoquerai un certain nombre d'exemples, qui nous serviront, pour ainsi dire, de point d'appui. Ces exemples, je les détacherai d'un des chapitres les plus importants de la pathologie de l'encéphale, celui où il est traité de la *localisation dans les maladies cérébrales*.

Différentes raisons me décident à ce choix. En premier lieu le sujet est un de ceux où l'heureuse influence des études anatomo-pathologiques sur les affaires de la clinique se

(1) Afin de rendre l'exposition plus simple et plus rapide, nous conserverons à ce *résumé* la forme habituelle des leçons.

fait le mieux sentir. C'est, en effet, sur le principe des localisations cérébrales qu'est fondé ce qu'on pourrait appeler le *diagnostic régional* des affections encéphaliques, cet idéal vers lequel, dans la section spéciale de la pathologie que nous envisageons, doivent tendre tous les efforts du clinicien.

D'un autre côté, cette question des localisations cérébrales vient d'entrer dans une phase nouvelle et elle fixe l'attention de tous, non-seulement en France mais encore à l'étranger. Bien que nous ne voulions pas sacrifier plus qu'il ne faut à la mode, nous ne saurions cependant nous soustraire à l'attrait qu'offrent toujours les investigations récentes, les faits nouvellement mis en lumière.

J'ajouterai enfin que, à propos du dernier concours d'agrégation de médecine, cet intéressant chapitre a été exposé, avec une grande distinction, sous forme de thèse, par mon ami et ancien élève, M. le Dr Lépine, agrégé de cette faculté Je serai heureux, je vous l'avoue, de pouvoir utiliser les observations délicates qui abondent dans ce travail et de mettre à profit les richesses d'érudition que l'auteur y a accumulées.

Il ne saurait s'agir, cela va de soi, dans ces leçons préliminaires que d'une esquisse faite à grands traits. Tous les sujets qui vont être ébauchés devant vous, devront être repris plus tard, soumis à une étude plus approfondie et fouillés, en quelque sorte, jusque dans leurs moindres détails.

II. Il n'est pas nécessaire actuellement, je pense, d'entrer dans de longs développements pour faire comprendre ce qu'on entend par *localisation*, quand on parle de physiologie et de pathologie cérébrales. Le terme est, depuis longtemps, passé dans la langue usuelle et chacun sait ce qu'il signifie. Je me bornerai à vous rappeler que le principe des localisations cérébrales est fondé sur la proposition suivante: L'encéphale ne représente pas un organe homogène, unitaire, mais bien une association, ou si vous le voulez une fédération constituée par un certain nombre d'organes divers. A chacun de ces organes se rattacheraient physiologiquement des propriétés, des fonctions, des facultés distinctes Or, les propriétés physiologiques de chacune de ces parties étant connues, il deviendrait possible d'en déduire les conditions de l'état pathologique, celui-ci ne pouvant être qu'une modification plus ou moins prononcée de l'état normal, sans l'intervention de lois nouvelles.

Il importe de rechercher maintenant sur quels fondements repose cette proposition. Pour en arriver là, nous devrons faire appel tour à tour aux données fournies par l'anatomie normale, la physiologie expérimentale et enfin par l'observation clinique appuyée sur l'examen méthodique et minutieux des lésions organiques. Je ne saurais trop faire ressortir que les documents du dernier ordre devront figurer constamment parmi les plus importants et les plus décisifs. Car, si les premiers peuvent mettre souvent sur la voie des localisations, seuls ceux-là permettront de juger en dernier ressort et de *fournir la preuve*, du moins pour ce qui concerne l'homme, objet spécial de nos études.

A. D'après ce qui précède, le moment est venu d'envisager l'encéphale d'abord sous le rapport morphologique. Nous n'allons pas entrer, vous l'avez compris, dans une description en règle. Je me propose d'indiquer seulement quelques traits généraux qu'il est indispensable de connaître pour le but que nous poursuivons et, afin de simplifier une situation fort complexe, je me limiterai au cerveau, c'est-à-dire à la masse de substance nerveuse, composée de deux hémisphères et située à l'extrémité supérieure de ce qu'on désigne sous le nom de *pédoncules cérébraux*.

Les deux hémisphères, vous le savez, sont symétriques ou peu s'en faut, et identiques quant à leur structure, de telle sorte que, anatomiquement parlant, ce que l'on dit de l'un peut s'appliquer rigoureusement à l'autre. Chacun d'eux est recouvert et comme enveloppé d'une couche de substance grise. La partie centrale est formée par une masse de substance blanche dans laquelle sont creusées les cavités ventriculaires et où apparaissent comme enclavés les noyaux ganglionnaires centraux, à savoir les *couches optiques* et les *corps striés*.

Une coupe transverse, pratiquée au niveau des éminences mamillaires, est bien propre à montrer ce qu'il y a de plus saillant dans la disposition réciproque des parties centrales (*Fig. 14*).

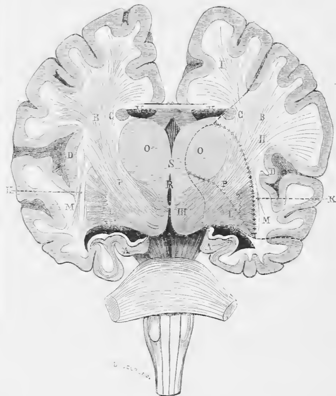


Fig. 14. Coupe verticale et transversale du cerveau faite en arrière des tubercules mamillaires ou en avant des pédoncules. — S, commissure grise; — O, O, couches optiques; — V, ventricule latéral; — V', sa corne sphénoïdale; — P, P, capsule interne ou pied de l'expansion pédonculaire; — L, L, noyau lenticulaire; — K, capsule externe; — M. M, avant-mur; — R, troisième ventricule; — A, corne d'Ammon.

Immédiatement au-dessus de la protubérance, vous voyez la face inférieure du pédoncule cérébral, dont le pied ou étage inférieur est issu, pour une bonne partie, des pyramides antérieures bulbaires. En remontant, vous voyez ensuite le prolongement pédonculaire ayant l'aspect d'un tractus blanc qu'on appelle, dans la nomenclature de Burdach, la *capsule interne* (P) et, plus haut, la couronne rayonnante de Reil (B), composée de fibres qui se dirigent dans tous les sens vers la substance grise corticale. Reste une masse de substance blanche, formée de fibres commissurales unissant les hémisphères ou allant d'une circonvolution à l'autre. En dedans se trouve la couche optique (O) et la queue du corps strié (C). En dehors de la capsule interne, vous rencontrez le noyau lenticulaire du corps strié (L) avec ses trois segments. Ce sont là, peut-être, autant de centres doués de propriétés, de fonctions distinctes, mais, ne l'oubliez pas, le fait n'est pas jusqu'ici péremptoirement démontré. Plus en dehors encore, vous découvrez successivement la capsule externe (K), l'avant-mur (M), une petite bande blanche innominée, et, enfin, l'écorce grise de l'insula de Reil (D).

Je n'ai pas l'intention d'entrer actuellement dans aucun détail de structure; je désire insister seulement, Messieurs, sur ces dénominations, toutes minutieuses qu'elles puissent paraître, et si, depuis longtemps, je me suis efforcé de les introduire dans la nomenclature française, c'est que je les considère comme de la plus haute utilité, quand on veut, lors de l'autopsie, déterminer la localisation exacte des lésions. Qui oserait affirmer que telle ou telle région qui n'a pas d'appellation dans la nomenclature usitée chez nous, n'a pas une importance physiologique

de premier ordre? D'ailleurs, comment désigner cette région sur le protocole d'autopsie si elle n'est pas dénommée? Les désignations que je viens de donner fournissent autant de points de repère, et sont partant d'une utilité incontestable. Est-ce qu'une bonne carte stratégique est jamais trop complète? C'est ainsi que, précisant l'endroit occupé par un foyer hémorrhagique, — la capsule externe ou interne, les noyaux de la substance grise, le pied de la couronne rayonnante, etc., vous parviendrez à constater, s'il y a lieu, des différences symptomatiques en rapport avec des différences relatives au pronostic. Un exemple, emprunté à l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale, vous prouvera sur le champ que ce n'est point là un travail superflu. Si un foyer hémorrhagique n'a intéressé que la capsule externe, le malade guérira, suivant toute vraisemblance, sans qu'il y ait persistance de l'hémiplégie, malgré l'étendue de la lésion et sans infirmité; s'il occupe, au contraire, la capsule interne, dans le cas où le malade survit, il persiste toujours une paralysie avec contracture indélébile.

(*A suivre.*)

Note sur les lésions anatomiques observées dans un cas d'atrophie musculaire progressive (1);

Par **E. TROISIER.**

Decours, chaudronnier, âgé de 27 ans, entré à la Pitié le 9 avril 1873 (service de M. VULPIAN), mort le 11 novembre 1873, était atteint d'atrophie musculaire progressive depuis quinze mois environ. La marche de la maladie a donc été très-rapide et c'est à ce point de vue, un fait vraiment exceptionnel. L'impotence motrice et l'atrophie, survenues sans cause apparente, s'étaient d'abord montrées aux membres supérieurs; l'épaule droite avait été la première atteinte. Les muscles du tronc et de la partie postérieure du cou se prirent successivement; enfin les intercostaux et le diaphragme. La mort survint par asphyxie, sous l'influence d'une bronchite et de l'introduction répétée des matières alimentaires dans les voies aériennes. Il était survenu dans les derniers temps des troubles de la déglutition et de la prononciation. Les mains et les avant-bras furent presque complétement respectés. La contractilité électrique était conservée dans les muscles atteints; elle s'affaiblit et disparut, quelque temps seulement avant la mort, dans les deltoïdes, une portion des trapèzes et des grands dorsaux. Les attitudes et les déformations des parties atrophiées étaient en rapport avec les lésions musculaires, et telles qu'elles ont été décrites par M. Duchenne (de Boulogne) dans des cas semblables. Je n'insiste pas davantage sur le côté clinique de cette observation. Je ne m'occuperai ici que des lésions des muscles et du système nerveux.

MUSCLES. L'atrophie a porté principalement, mais d'une façon très-inégale, sur les muscles suivants: les grands dorsaux, les trapèzes, les rhomboïdes, les grands complexus, les deltoïdes, les grands et les petits pectoraux.

L'examen microscopique à l'état frais a été fait sur les parties atrophiées du grand complexus droit. Le tissu interstitiel y est très-abondant et contient une quantité assez considérable de vésicules adipeuses. Les fibres musculaires sont de dimensions très-inégales, leur striation transversale est très-nette; ils ne présentent aucune trace de stéatose. Les noyaux musculaires ne sont pas très-abondants.

Quelques muscles ont été placés dans le liquide de Müller, puis durcis dans la gomme et l'alcool. Sur des préparations faites dans le sens longitudinal et dans le sens transversal, colorées au picro-carminate et conservées dans la glycérine, on voit que le tissu conjonctif interstitiel est très-développé par places, sans multiplication nucléaire appréciable, et rempli très-inégalement de vésicules adipeuses. Quant aux fibres musculaires, elles sont groupées sous forme de faisceaux de volume variable. Le fait principal consiste en une atrophie simple des fibres elles-mêmes, qui présentent, pour la plupart, des dimensions bien inférieures aux dimensions normales; la largeur moyenne de ces fibres est de 0,mm009 à 0,mm010; quelques-unes n'ont que 0,mm004 à 0,mm005. A côté de ces fibres très-atrophiées, on en voit qui ont 0,mm025 et 0,mm030 de largeur, que l'on peut considérer comme normales et prendre pour termes de comparaison. Je n'ai remarqué nulle part de gaînes de sarcolemme vides. La striation s'observe très-nettement, même sur les plus minces des fibres, les noyaux du sarcolemme ne sont pas plus abondants qu'à l'état normal. A l'intérieur des fibres, on ne voit en aucun point de granulations graisseuses.

SYSTÈME NERVEUX. — L'encéphale ne présente pas de lésion. Tous les nerfs crâniens, à l'exception des spinaux et des hypoglosses présentent un aspect et un volume tout-à-fait normaux. Les nerfs spinaux (racines bulbaires et racines spinales) sont très-atrophiés, et présentent une coloration moins blanche que les nerfs sains. Les nerfs grands hypoglosses sont également très-atrophiés; ils sont grisâtres et demi-transparents.

Le bulbe rachidien et la moelle épinière ne présentent pas d'atrophie ni d'asymétrie bien appréciable. La pie-mère est un peu épaissie et congestionnée, à partir du bulbe jusqu'à la partie inférieure du renflement cervical; au-dessous du bec du *calamus*, on trouve, dans l'épaisseur de la pie-mère, trois petits caillots lenticulaires, noirâtres. Il existe en outre sur le bulbe et la partie supérieure de la moelle une teinte gris-brunâtre, qui n'est que l'exagération de la pigmentation normale de ces parties; elle se voit sur la face postérieure des deux côtés, jusqu'à la seconde paire rachidienne; au-dessous, elle se localise du côté droit, en avant et en arrière, et s'éteint progressivement entre la quatrième et la cinquième.

La substance grise, sur une coupe pratiquée entre la troisième et la quatrième paire, offre une teinte rosée, surtout du côté droit. La substance blanche présente un aspect absolument normal. — Les racines postérieures des nerfs rachidiens sont intactes. Les 8 premières racines antérieures du côté droit sont très-atrophiées; elles offrent une teinte grisâtre et un aspect à demi-transparent. L'atrophie porte surtout sur la 1re, la 2e, la 3e, la 4e, la 5e; elle est moins prononcée sur la 6e et 7e. A partir de la 8e, les racines paraissent reprendre leurs dimensions normales. — Les racines antérieures du côté gauche, surtout les quatre premières, sont également atrophiées, mais moins que celles du côté droit; les quatre suivantes le sont aussi, mais à un degré moindre encore. Les racines antérieures des régions dorsale et lombaire ne présentent pas d'atrophie appréciable.

Examen microscopique d'une racine du *spinal:* Elle contient un bon nombre de tubes nerveux larges, pourvus de myéline; mais le plus grand nombre des tubes nerveux sont diminués de largeur, très-inégalement; on voit tous les intermédiaires, depuis l'état normal ou à peu près normal, jusqu'au degré le plus avancé de l'atrophie. Les tubes excessivement minces, ne représentant approximativement que le dixième des tubes les plus larges, contiennent encore de la myéline, qui n'est pas granuleuse. L'addition de soude à la préparation n'y fait pas apparaître de granulations graisseuses.

Examen d'une racine du grand *hypoglosse droit:* la plus grande partie du nerf est composée de tubes nerveux larges, pourvus de myéline; un petit nombre de tubes présentent des dimensions transversales inférieures à la normale.

Nerfs proprement dits: nerf circonflexe droit. (Préparation faite à deux centimètres environ du point où le nerf pénètre dans le muscle deltoïde.) — A côté de tubes qui ont les apparences et les dimensions de tubes normaux, avec le cylindre-axe très-apparent, on trouve des tubes de moitié moins larges, mais pourvus de myéline non fragmentée (état normal?)

Grand sympathique; cordon cervical. Les fibres qui le constituent ne sont nullement altérées; elles ne contiennent pas de granulations graisseuses et leurs dimensions sont normales. Les ganglions du grand sympathique ont été examinés seulement à l'œil nu; ils ne paraissaient offrir aucune altération (1).

Moelle épinière. — L'examen n'a été fait qu'après durcissement de l'organe dans une solution faible d'acide chromique; les préparations ont été colorées au carmin, placées successi-

(1) Travail communiqué à la *Société anatomique.*

(1) Voy. à ce sujet. *Note sur l'état du système nerveux sympathique dans un cas d'atrophie musculaire progressive,* par le Dr A. Lubimoff. *Société anat.*, 1874, p. 396.

vement dans l'alcool absolu et l'essence de girofle, et conservées dans le baume du Canada.

La région cervicale est celle où l'altération est le plus avancée. Les cornes antérieures ne sont pas amoindries dans leurs dimensions et ne présentent pas d'asymétrie entre elles.

A un faible grossissement, permettant d'envisager chaque corne dans son ensemble, on remarque que presque toutes les grandes cellules nerveuses ont disparu. On n'en voit que quelques-unes dans chaque préparation, tant à gauche qu'à droite; le groupe externe, correspondant au *tractus intermedio-lateralis*, paraît être moins atteint que les deux autres, car il est encore représenté par quatre ou cinq cellules. Les groupes antérieurs n'existent plus, à proprement parler, et l'on ne distingue à leur niveau que deux, trois cellules, rarement quatre, dont les dimensions sont normales. Elles mesurent 0,^{mm}025 à 0,^{mm}030, et sont munies de longs prolongements.

A un fort grossissement (250 d. on aperçoit dans la partie antérieure des cornes un assez grand nombre de cellules nerveuses, mais dont les dimensions sont bien inférieures à celles qui viennent d'être indiquées; les plus petites mesurent 0,^{mm}009 à 0,^{mm}010 et l'on observe entre elles et les plus grandes tous les intermédiaires. Les cellules en voie d'atrophie possèdent encore des prolongements, mais ceux-ci sont d'autant plus courts que le volume du corps de la cellule est moindre, et finissent par disparaître tout-à-fait. Aussi les cellules arrivées au dernier degré de l'atrophie ne sont-elles plus représentées que par de petites masses irrégulières. L'état granuleux du protoplasma n'est pas plus marqué qu'à l'état normal; la pigmentation de quelques cellules seulement est assez fortement prononcée. Le noyau persiste dans toutes les cellules, même dans les plus petites.

Cette altération se retrouve à peu près uniformément avec la même localisation dans toute la hauteur de la région cervicale; elle s'atténue dans les parties inférieures du renflement et diminue également dans la portion sous-bulbaire, bien qu'à ce niveau encore elle soit très-prononcée. Elle est un peu plus étendue à droite qu'à gauche.

Les cellules qui persistent et celles qui sont altérées représentent-elles la totalité des cellules préexistantes? Cela n'est pas probable, et je crois qu'un bon nombre des grandes cellules qui constituent les groupes antérieurs ont disparu sans laisser de traces; mais je ne puis exprimer ce nombre en chiffres, à cause des difficultés d'observation. Dans les numérations peut-être un peu approximatives que j'ai faites, je me suis gardé de considérer comme des cellules en voie d'atrophie les cellules normales, de moyenne et de petite dimension, situées au voisinage des groupes antérieurs et externes, et vers la partie centrale de la corne antérieure; ces cellules ont persisté ici. Pour éviter cette erreur, j'ai comparé mes préparations à d'autres, faites au même niveau sur une moelle saine d'adulte, qui m'ont été obligeamment remises par M. Pierret.

Les cornes antérieures ne présentent presque rien à noter, en dehors de cette atrophie des grandes cellules. La substance granuleuse offre un aspect tout à fait normal; les noyaux de la névroglie ne sont pas très-abondants. On y observe seulement un assez grand nombre de vaisseaux capillaires, et çà et là, un épaississement de la paroi des artérioles.

Le canal central est oblitéré par des cellules épithéliales. La commissure est saine. Les cornes postérieures de substance grise sont tout à fait intactes. Il en est de même des cordons postérieurs et des cordons antéro-latéraux. Au niveau de la pigmentation des méninges, on voit dans l'épaisseur de la pie-mère des cellules fusiformes contenant du pigment brunâtre et des amas irréguliers de granulations pigmentaires. Le noyau bulbaire du spinal, tant à droite qu'à gauche, ne présente pas d'altération bien manifeste; les cellules y paraissent en nombre suffisant et sont de dimensions normales. Les noyaux des hypoglosses, examinés seulement dans leur quart inférieur (coupes faites à 1 centimètre au-dessus du bec du *calamus*), paraissent sains. Quelques cellules sont fortement pigmentées; elles présentent toutes des dimensions normales.

Dans la région dorsale de la moelle épinière, on trouve, surtout dans la partie supérieure, des cellules nerveuses atrophiées; il y en a même encore au niveau du renflement dorso-lombaire; mais à partir de la quinzième paire rachidienne environ, l'altération est si peu prononcée qu'on peut dire qu'elle n'existe plus. Les colonnes vésiculaires de Clarke sont conservées et intactes dans toute leur étendue.

Ainsi, l'autopsie a montré qu'il existait, dans ce cas, une lésion de la moelle épinière exclusivement caractérisée par l'atrophie simple et la disparition du plus grand nombre des cellules nerveuses des cornes antérieures de la région cervicale. Il s'agit donc ici d'une atrophie musculaire vraie ou protopathique (1).

Quelle a été la nature du processus morbide? L'atrophie s'est-elle développée sans avoir été précédée d'aucun travail irritatif, ou dépend-elle d'un état subinflammatoire de la substance grise? L'absence de multiplication des noyaux de la névroglie me fait pencher vers la première hypothèse plutôt que vers la seconde. Cette interprétation diffère, à quelques égards, de celle qu'on a donnée à propos des faits d'atrophie musculaire progressive dont on a publié l'examen histologique. Mais je ne puis m'empêcher d'attacher une certaine importance au fait actuel, où l'on a pu, grâce à l'âge peu avancé des lésions, les surprendre, pour ainsi dire, sur le fait, et sans aucune complication consécutive.

Que cette altération des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière soit, ou non, d'origine inflammatoire, elle doit être considérée, dans l'ordre chronologique des lésions, comme la lésion primitive et comme celle d'où dépendent toutes les autres.

L'observation précédente vient donc apporter un nouvel appui à l'opinion déjà émise par Cruveilhier sur le mode pathogénique de l'atrophie musculaire progressive. Les lésions des racines antérieures et des nerfs moteurs n'ont qu'une importance secondaire dans l'ensemble morbide; elles ne sont qu'une conséquence de l'atrophie ou de la disparition des cellules dites motrices de la moelle épinière, cellules qui jouent, par rapport aux filets nerveux et par rapport aux muscles, le rôle de centres trophiques.

J'ai insisté, dans la description histologique des muscles, sur ce fait que les lésions qu'ils présentaient consistaient en une atrophie simple, sans dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires; aujourd'hui, l'on s'accorde à considérer cet état anatomique comme la règle (2); le tissu interstitiel peut être plus ou moins chargé de graisse sans qu'il y ait, à proprement parler, de stéatose musculaire. La striation persiste jusqu'à la dernière limite dans les fibres atrophiées.

Je n'ai pas observé, dans ce cas, de multiplication des noyaux du sarcolemme, altération sur laquelle M. Hayem a particulièrement attiré l'attention (3). M. Hayem, à qui j'ai fait voir mes préparations, pense que cela est en rapport avec la courte durée de la maladie; les signes d'irritation musculaire ne surviendraient que dans les cas chroniques, longtemps après le développement de l'atrophie. (V. p. 224).

(1) Sous le nom de *deutéropathiques*, M. Charcot a décrit les atrophies qui surviennent dans le cours de la sclérose symétrique des cordons latéraux, de la pachyméningite cervicale hypertrophique, etc.; l'altération de la substance grise à laquelle elles sont liées n'est elle-même que consécutive. (Leçons sur les mal. du syst. nerveux, 1874. *Prog. méd.*)

(2) Charcot. *Prog. méd.* n° 41. — Les premiers observateurs avaient surtout été frappés par l'atrophie granulo-graisseuse d'un certain nombre de faisceaux musculaires (Mandl, Galliet, Lebert, Cruveilhier, Aran, Duchenne.) — (3) Note sur un cas d'atrophie musculaire progressive. *Arch. de phys. norm. et path.* 1869, p. 263.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire ont commencé le samedi 17 avril, dans le pavillon I de l'école pratique sous la direction de M. le professeur Le Fort et de M. Paul Reclus, aide d'anatomie. Ces exercices se continuent les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 3 h. précises.

Médecin inspecteur des eaux de Challes. — M. le Dr Cazalis, fils, vient d'être nommé inspecteur des eaux de Challes, près de Chambéry, les plus richement dotées de brome et d'iode, ces deux métalloides, dont la puissance thérapeutique est si grande dans nombre de maladies opiniâtres et rebelles aux traitements les plus rationnels. (*Journal des connaissances médic. pratiques.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Mort de MM. Crocé-Spinelli et Sivel.

M. Paul Bert, membre de la Société de Biologie, a, dans la dernière séance, communiqué à ses collègues les renseignements qu'il avait recueillis sur la mort de MM. Crocé-Spinelli et Sivel; mais il n'a pu le faire sans émotion, car il leur était, depuis longtemps, lié par une vive amitié.

Chacun connait les détails de cette horrible catastrophe : depuis près de huit jours les journaux s'en occupent et nous n'y reviendrons pas. On sait qu'après deux heures d'une rapide ascension et lorsque déjà des malaises sérieux se fesaient sentir, l'un des aéronautes a, sans prudence et sans mesure, continué à jeter du lest; que vers 8.000 mètres l'évanouissement est survenu pour tous, si brutal et si prompt, qu'ils n'ont même pas pu soulever leurs bras paralysés pour saisir le tube d'oxygène dont quelques aspirations eussent suffi pour leur rendre l'énergie et le calme. On sait en outre qu'après un long temps l'un des trois, Gaston Tissandier, est revenu à lui; le ballon descendait alors avec force; à leur tour, ses compagnons se sont réveillés, mais effrayé sans doute d'une descente aussi rapide, M. Crocé-Spinelli a vidé follement les sacs de lest, lancé hors de la nacelle les instruments qui se trouvaient à sa portée, les vêtements, les couvertures et même un aspirateur du poids de 40 kilogrammes, emporté par eux pour étudier la composition de l'air dans les régions supérieures. Ainsi déchargé, le ballon a dû bondir dans l'atmosphère et s'élever à des hauteurs qui nous seront du reste bientôt révélées. Ce qui s'est alors passé, on l'ignore, mais lorsque pour la seconde fois Tissandier est revenu à lui, le ballon descendait, ses compagnons étaient renversés dans la nacelle et morts tous les deux.

Lorsqu'on réfléchit aux détails de cette ascension, et lorsqu'on songe qu'elle a été faite par des savants, habiles dans leur métier et qui n'en étaient point à leur premier essai, on reste confondu tant les fautes commises ont été nombreuses! tant l'imprudence a été grande! MM. Crocé-Spinelli et Sivel connaissaient les accidents subits qui surviennent lorsque l'air se raréfie et la pression devient moindre. Ils avaient du reste, en dehors de leurs ascensions, fait une sorte d'apprentissage avec M. Paul Bert sous la cloche du laboratoire de la Sorbonne et savaient que lorsque l'oxygène manque, les yeux s'obscurcissent, les membres se paralysent, la force physique et morale s'éteint. Ils savaient, enfin, qu'avec des aspirations d'oxygène on obvie à tous ces accidents. Pourquoi donc n'avoir emporté que quelques ballonnets d'oxygène, et pourquoi, précaution toujours prise en pareil cas, n'avaient-ils pas, du moins, enroulé la corde de la soupape autour de leur bras, de façon à ouvrir cette soupape par leur chute même si l'évanouissement les surprenait à l'improviste. Toutes ces fautes n'ont qu'une explication: c'est qu'ils ne projetaient pas au départ une grande ascension: ils pensaient s'arrêter à 6.000 mètres. C'est à cette hauteur qu'ils voulaient faire leurs observations météorologiques et physiologiques. La preuve en est que bien que la bise les poussât vers l'Océan ils partirent néanmoins, certains d'attérir avant d'atteindre les côtes. Ce n'est qu'en route que leur serait venue l'idée funeste d'abandonner le plan primitif.

Il paraît que depuis longtemps déjà, Crocé-Spinelli était travaillé du désir de dépasser la hauteur atteinte dans leur ascension célèbre par Gaisher et Coxwell. Des chiffres fantastiques ont été donnés et certains ont dit que ces aéronautes se seraient élevés à 11.000 mètres. Il est vrai que ce nombre est écrit quelque part dans la relation de Gaisher, mais ce n'est que par induction et hypothèse qu'il l'avance : lui aussi s'était évanoui. Mais reprenant les données de Gaisher, Crocé-Spinelli avait cru devoir abaisser de 11.000 mètres à 8.800 la limite maximum de cette ascension. Il voulait atteindre et dépasser cette limite un jour. Sans doute qu'après le départ de jeudi, en route et lorsqu'il était trop tard pour prendre les précautions nécessaires, l'occasion lui a paru bonne et le moment propice. C'est ainsi qu'au lieu de s'arrêter à 6.000 mètres comme ils devaient le faire, ont-ils jeté du lest et se sont-ils aventurés volontairement jusqu'à 8.000. Ce serait là la première et la plus grande car ce n'est pas avec 240 litres d'oxygène qu'il pouvaient efficacement lutter à eux trois et pendant un temps assez long contre la raréfaction de l'air.

Quant à ce qui est arrivé plus tard, on ne peut l'expliquer que par des troubles intellectuels profonds survenus dans les hautes régions de l'air. Crocé-Spinelli connaissait trop bien les conditions d'équilibre d'un ballon dans l'atmosphère pour ne pas savoir l'imprudence et la folie qu'il y avait à jeter par dessus bord un appareil du poids de 40 kilogrammes et cela sans préjudice des autres instruments, des couvertures, des vêtements et des sacs de lest. Certainement à cette heure il n'était plus en pleine possession de lui-même.

C'est avec une tristesse profonde que M. Paul Bert a insisté sur tous ces faits. Souvent il fut le conseil de MM. Crocé-Spinelli et Sivel. Or, il était absent: peut-être s'il eût été là eût-il insisté pour que la quantité d'oxygène emportée fût plus considérable et pour que les tubes fussent toujours dans la bouche ou à portée de la bouche. Peut-être cet affreux accident eût-il été ainsi conjuré.

Quoi qu'il en soit, la mort de MM. Crocé-Spinelli et Sivel est une grande perte pour la science. Ils étaient braves et dévoués — et ces hommes là se font rares. Déjà dans leurs ascensions précédentes ils avaient élucidé plus d'un problème et c'est avec ferveur qu'ils s'étaient voués à l'étude de la physique du globe. Ils laissent une place vide. Et puis cette mort tragique ne va-t-elle pas glacer bien des enthousiasmes et arrêter bien des élans! On dit que M. Tissandier n'a rien perdu de son ardeur et sa bonne volonté reste entière. C'est bien pour lui, mais trouvera-t-il des imitateurs? ...Eh oui, l'exemple du courage et du dévouement ne saurait inspirer la défaillance! Paul Reclus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 avril. — Présidence de M. Claude Bernard.

M. Raymond communique à la Société, un exemple de myélite de la région cervicale survenue chez un homme de 21 ans, et terminée très-rapidement par la mort. Le sujet de cette observation, était marchand des quatre saisons. Au 1er janvier 1874, il prit froid; le soir, en rentrant à son domicile, il eut un frisson qui dura presque une heure. Les jours suivants il garda la chambre. Le 4 janvier douleur très-vive dans le pouce de la main gauche, cette douleur s'étendit bientôt jus-

qu'au coude : en même temps, le bras s'engourdit, et le malade put à peine le soulever. Il se décida alors à entrer à l'hôpital.

Le 5 janvier, au soir, on constate : un état fébrile assez intense, le thermomètre monte à 39°; de l'anorexie, etc. L'intelligence est bien conservée. La douleur du bras existe toujours ; les mouvements sont devenus presque impossibles ; la sensibilité est intacte. Les jours suivants, la douleur du bras cessa complétement, mais en même temps, la paralysie motrice s'accentua davantage. Bientôt le bras fut réduit à l'impuissance ; la sensibilité alors, fut un peu émoussée, les courants électriques faibles ne provoquaient plus de contractions, tandis que les courants intenses en engendraient encore.

Le 9 janvier, apparurent quelques douleurs dans le bras droit puis l'impuissance motrice, bien moins accentuée qu'à gauche L'état fébrile était un peu moins intense; 38°,5 de température Le 13 janvier, vers 9 h. du matin, tout d'un coup, le malade reste bouche béante ; de la salive écumeuse s'écoule en abondance par les commissures labiales ; des mucosités s'accumulèrent dans le pharynx. Vers 11 heures, la respiration s'embarrassa ; bientôt le fonctionnement du diaphragme devint impossible et le malade mourut asphyxié à 11 h. 1/2.

L'autopsie ne montra rien d'anormal, mais l'examen de la moelle cervicale, après durcissement, révéla l'existence d'une myélite presque localisée dans la substance grise. Les cornes antérieures offrent une destruction des cellules évidentes, et le long des travées conjonctives, existent des multiplications de noyaux, de même dans la paroi des vaisseaux, si bien qu'au premier abord on pourrait croire que l'on a sous les yeux des leucocytes; dans la corne gauche, ces lésions sont surtout prononcées; les cellules nerveuses ont presque toutes disparu. Çà et là, dans les cordons latéraux, se montrent quelques tubes pourvus d'un gros cylindre d'axe, mais les cordons antérieurs, les cornes postérieures et les cordons postérieurs sont normaux. Cet exemple de myélite terminé si rapidement par la mort, doit être rapproché de ceux de MM. Hayem, Cornil et Lépine, communiqués à la Société ; je l'ai observé l'an dernier à la Pitié, dans le service de M. Vulpian.

M. Moreau fait une communication sur la vessie natatoire des poissons. Il a reconnu qu'à de grandes profondeurs le poisson ne diminue pas de volume sous l'influence des hautes pressions : le poisson sécrète de l'air ; sa vessie devient plus volumineuse et c'est ainsi qu'il peut lutter efficacement. M. Moreau, par des expériences très-simples, faites dans son laboratoire, a pu démontrer que les choses se passaient ainsi.

M. Paul Bert donne à la société des détails sur la mort de MM. Sivel et Crocé-Spinelli. (Voir le Bulletin.)

M. Dupuy remet une note sur l'inexcitabilité de la substance grise du cerveau par les courants électriques. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président annonce à l'Académie que la séance solennelle annuelle pour 1875 aura lieu le mardi, 4 mai, à l'heure habituelle.

M. Woillez présente un appareil inventé par lui et qu'il appelle : *spiroscope* (Voy. p. 227). A ce sujet, il lit une note intitulée : *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du poumon.* Un de ces organes est placé dans l'appareil et dans une position analogue à celle qu'il occuperait dans le thorax. L'air arrive dans la bronche au moyen d'un soufflet, aussitôt le mouvement d'élévation se produit et les vésicules se dilatent. Si on ausculte on n'entend nullement le murmure respiratoire. Il se produit, au contraire, et d'une façon normale si, l'air au lieu d'arriver dans un poumon desséché, pénètre dans des alvéoles imprégnées d'un liquide ayant la consistance du sang.— M Piorry demande à présenter quelques observations sur ce fait dans la prochaine séance.

M. Barth rappelle qu'on avait expliqué le murmure respiratoire par deux théories. L'une, soutenue surtout par M. Beau, admettait que le murmure vésiculaire n'était que la transmission du bruit qui se produit dans les voies aériennes supérieures, bouche, pharynx, trachée, grosses bronches. L'autre, soutenue par l'orateur et bien d'autres, prétend que l'air en venant se briser contre les angles des poumons produit ce bruit. Le spiroscope de M. Woillez éclairera peut-être bien des questions encore obscures.

M. Bouillaud fait remarquer que le bruit respiratoire n'est pas le même selon qu'il se produit dans la trachée, dans les bronches, ou dans les vésicules.

M. Colin. La théorie de M. Beau a été réduite à néant il y a 20 ans par les expériences de M. Delafond sur les animaux. Il ouvrit largement la trachée d'une vache, le bruit respiratoire persista ; poussant plus loin il sectionna complétement la trachée, boucha la partie supérieure et les narines et le bruit persista encore, mais un peu affaibli. L'orateur croit que sans aucun appareil il est facile de reproduire le murmure respiratoire en soufflant directement dans un tube adapté à la trachée.

M. Woillez. Le but de nos recherches n'est pas de reproduire le bruit respiratoire, mais bien de rechercher comment et dans quelles conditions il se produit.

M. Barth a fait en 1841, donc bien avant M. Dèlafond, des expériences sur les animaux pour infirmer la théorie de M. Beau. Il ne croit pas qu'il soit facile de produire le murmure respiratoire en soufflant dans un tube adapté à la trachée : c'est le râle crépitant qu'on produit ainsi.

M. Colin. Cela est vrai pour le chien, le mouton. Mais chez les gros animaux, le cheval, la vache, on reproduit facilement le bruit normal. Le râle crépitant se produit surtout quand le poumon est un peu desséché.

M. Woillez croit que les recherches par insufflation directe ne donnent pas de bons résultats, parce que toutes les parties du poumon ne se dilatent pas à la fois, comme cela a lieu dans le thorax.

M. Larrey, rentrant dans un sujet tout d'actualité, demande, à propos de la catastrophe du ballon *le Zénith*, si le spiroscope pourrait servir à des études de respirations aérostatiques ?

M. Woillez croit que l'absence de pression atmosphérique fait courir aux aéronautes des dangers bien plus grands que les irrégularités de la respiration.

M. Colin rappelle que dans le cas actuel, les deux savants qui ont succombé avaient mangé, le troisième qui a survécu était à jeun. Or, dans la digestion il se produit souvent des gaz qui dilatent les intestins et l'estomac, les poumons et le diaphragme sont alors comprimés et refoulés en avant ; le thorax peut alors être immobilisé et l'asphyxie se produit par la cessation des phénomènes mécaniques de la respiration. On objectera qu'à jeun on n'offre pas de résistance au froid, cela est vrai ; mais si on ne mange pas, on peut ingérer des liquides hydrogénés et carbonés qui permettent de supporter de basses températures.

MM. Mialhe et Blot croient que la mort des deux bien regrettés aéronautes a été produite par la différence de pression atmosphérique, et non par la cause invoquée par M. Colin. —M. Colin fait observer que l'absence de pression atmosphérique n'empêche pas la production de gaz intérieurs. Ces deux causes ont donc pu s'ajouter pour produire des effets plus rapides. — La séance est levée à 5 h. 1/4. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 22 janvier. — Présidence de M. Charcot.

3. **Myome de l'estomac** ; par M. A. Jean, interne des hôpitaux.

Cette tumeur a été recueillie sur une femme de 82 ans, morte dans le service de M. Vulpian, d'une pneumonie double à forme hémiplégique. Elle a été découverte seulement à l'autopsie et n'a donné lieu pendant la vie à aucun symptôme qui appelait l'attention vers l'estomac.

A l'ouverture du corps, il existe sur la face antérieure de l'*estomac*, au niveau de la valvule pylorique, une tumeur de la grosseur d'une noix, faisant saillie en avant, et ne rétrécissant nullement le pylore ; cette valvule est normale, et le doigt peut aisément traverser l'ouverture. Cette tumeur, d'une couleur blanc-jaunâtre, présente une surface extérieure unie, non bosselée, recouverte par la tunique séreuse péritonéale ;

elle fait partie intégrante de la tunique musculeuse, à laquelle elle adhère sans l'intermédiaire d'un pédicule. Au-dessous d'elle, la tunique muqueuse paraît intacte.

A la coupe, la tumeur est assez dure, lardacée, il n'existe pas de kyste dans son épaisseur ; la surface de section est lisse, non granuleuse. Elle paraît formée de couches concentriques s'étendant du centre à la périphérie ; au centre, on remarque un petit point rouge qui est la section d'un vaisseau. D'après ces différents caractères constatés à l'œil nu, M. Vulpian crut au moment même de l'autopsie à l'existence d'un myome.

A l'*examen histologique*, on reconnaît facilement l'existence d'une grande quantité de fibres musculaires lisses. Sur des coupes durcies dans l'alcool et colorées au carmin, on voit facilement un grand nombre de cellules musculaires avec des noyaux très-colorés. Dans l'interstice de ces éléments musculaires, on trouve des fibres conjonctives et des vaisseaux dont les coupes sont plus ou moins obliques.

En résumé, nous avons à faire à un myome de l'estomac. Signalées pour la première fois par Vogel et par Fœrster dans la dernière portion de l'œsophage près du cardia, ces tumeurs ont été décrites ensuite par Rokitausky, puis par Virchow. Dans la plupart des observations de ces auteurs, ces tumeurs ne tiennent à la tunique musculeuse que par un pédicule plus ou moins long, de telle sorte qu'elles font saillie soit en dedans, soit en dehors de l'organe ; de là, la division en myomes extra-musculaires internes et externes.

Dans le cas actuel, la tumeur est sessile et ressemble à celle que M. Lancereaux a représentée dans son *Atlas d'anatomie pathologique*.

Presque toutes les tumeurs sessiles ou pédiculées de l'estomac se développent soit aux dépens de la tunique fibreuse ou de la tunique muqueuse, principalement des glandes, ainsi que le prouvent les observations de MM. Ripault, Leudet, Caron, Fritz et Liouville. Ici, au contraire, la musculeuse est exclusivement atteinte dans un seul point, et dans le reste de l'organe, toutes les tuniques ont l'aspect et la structure de l'état normal.

4. Note sur les lésions anatomiques observées dans un cas d'atrophie musculaire progressive ; par Troisier (V. p. 220).

M. Charcot. L'observation de M. Troisier est très-importante. Cliniquement, elle se rapporte au type qui a été étudié par Aran et M. Duchenne, type que l'on pourrait désigner sous le nom de type clinique Aran-Duchenne. Mais elle est surtout intéressante au point de vue anatomo-pathologique. Il n'existe, en effet, qu'un très-petit nombre de faits dans lesquels on ait étudié la relation entre l'atrophie musculaire pure et la lésion des cornes antérieures. M. Hayem en a publié un cas, j'en ai recueilli deux pour mon compte, et l'observation de M. Troisier est la quatrième. — Je parle seulement ici des atrophies musculaires vraies, protopathiques ; car les fausses atrophies musculaires, celles qui répondent à d'autres types, sont beaucoup plus nombreuses ; ainsi, la sclérose latérale amyotrophique est sous ce rapport beaucoup mieux connue ; j'en ai observé 5 cas et j'ai pu recueillir dans les auteurs une dizaine d'observations complètes. Il en est de même pour plusieurs autres affections dans lesquelles l'atrophie musculaire n'est qu'une épiphénomène.

J'appelle aussi l'attention sur les lésions musculaires observées par M. Troisier : il a parfaitement constaté que les fibres musculaires étaient atrophiées, mais non graisseuses, et c'est en effet ce que l'on constate dans tous les cas analogues, avec la plus grande facilité. Je comprends à peine comment les observateurs, et même les meilleurs, ont pu croire à une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. Ce qui les a probablement induits en erreur, c'est que, souvent, il existe une lipomatose interstitielle ; les fibres musculaires sont atrophiées, mais en outre séparées par une quantité plus ou moins considérable de graisse, mais jamais je n'ai vu de stéatose des fibres elles-mêmes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril. — Présidence de M. Houel.

M. Després communique une observation de *hernie ombilicale étranglée* qu'il a opérée avec succès. Cette opération est réputée extrêmement grave, et la statistique des hôpitaux semble en donner la preuve. Cependant les statistiques anglaises portent un grand nombre de succès ; c'est à la manière d'opérer des Anglais, différente de la nôtre, qu'il faut attribuer ce résultat. Une femme de 80 ans portait une hernie ombilicale depuis 10 ans ; le 1er janvier dernier tous les signes de l'étranglement se manifestèrent : tumeur irréductible, vomissements, etc. La tumeur avait le volume d'un œuf ; l'ombilic était distendu et rouge. M. Després fait une incision et met le sac à nu sans l'ouvrir ; il tente la réduction qui n'est pas possible. Il ouvre le sac, y trouve une anse intestinale violacée et recouverte de fausses membranes. Il porte alors son doigt vers le collet du sac et est tout étonné de pouvoir y introduire la première phalange ; il détruit ainsi les adhérences qui s'y trouvent et la réduction s'opère à l'instant. Il pratique la ligature de l'épiploon, applique trois points de suture, et prescrit des cataplasmes. Les vomissements s'arrêtent : le tube digestif reprend ses fonctions et 23 jours après l'opération la malade se lève. M. Després attribue son succès à ce qu'il n'a pas débridé avec l'instrument tranchant.

M. Le Dentu trouve que le cas de M. Després est exceptionnel. Il a réduit ainsi une hernie ombilicale sans débridement, la malade est morte. La guérison de l'opérée de M. Després lui paraît plutôt due au système de suture employé qui a empêché les produits de la suppuration de tomber dans le péritoine.

M. Giraldès ne reconnaît pas dans la description de M. Després les signes de l'étranglement ; il semble plutôt qu'il a eu à faire à une hernie enflammée.

M. Perrin. Puisque la pulpe du doigt a pu être introduite dans le collet du sac, il n'y avait donc pas étranglement ; les symptômes qui se sont manifestés, sont ceux d'une péritonite herniaire.

M. Verneuil est l'adversaire déclaré de l'intervention dans les hernies ombilicales. L'expectation fournit d'infiniment meilleurs résultats. Il pourrait citer à l'appui de son dire un grand nombre d'observations. Quant à la pratique que M. Després attribue aux Anglais, c'est simplement celle de J. L. Petit. M. Tillaux n'est pas complétement de l'avis de M. Verneuil sur la non intervention. Dernièrement un confrère de province porteur d'une hernie ombilicale est pris chez lui d'étranglement. M. Tillaux essaie le taxis, réussit, et ce médecin put repartir un quart d'heure après.

M. Després a observé le même fait que M. Tillaux. La guérison qu'il a obtenue, il l'attribue à ce qu'il n'a point blessé le péritoine. — Ce n'est pas l'avis de MM. Paulet et Perrin.

M. Tillaux. Une femme de 28 ans est prise d'arthrite puerpérale aiguë qui laisse après un an de traitement une ankylose coxo-fémorale gauche. La cuisse est à demi fléchie, rejetée sur la cuisse droite. Marche et station debout impossibles. Malgré tout cela, cette femme est redevenue enceinte et la délivrance s'est faite sans accident. M. Tillaux, pour rendre à cette malade l'usage de son membre, a songé à fracturer le col du fémur ; c'est ce qu'il a fait après chloroformisation préalable. Il a appliqué ensuite un appareil inamovible, et actuellement la malade marche avec facilité. Il préfère cette méthode malgré sa brutalité au procédé de Billroth et autres qui vont attaquer directement les os et à ciel ouvert. — Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. Dubrueil, Marjolin, Perrin, Forget MM. Sée et Giraldès, de laquelle il ressort qu'un certain mouvement existe dans l'articulation de la hanche (la malade a été amenée à la Société), on se demande un instant si les brides fibreuses qui ankylosaient l'articulation coxo-fémorale n'avaient pas seules été brisées. En tout cas, le résultat obtenu par M. Tillaux est très-remarquable. I. B.

Collége de France. — Par décret en date du 1er mars courant, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, M. Sainte-Claire Deville (Charles-Joseph), docteur ès-sciences, membre de l'Institut, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collége de France, en remplacement de M. Elie de Beaumont, décédé.

REVUE CHIRURGICALE (1)

(Suite.)

X. Le mal perforant, sa pathogénie; par Calixte Soulages.

XI. Traité des opérations d'urgence; par Louis Thomas, professeur-suppléant à l'école de Tours, A. Delahaye, 1875.

XII. Etude sur les luxations sous-astragaliennes anciennes; par Léon Du Bourg. J.-B. Baillière, éditeur.

X. Les opinions admises sur le *mal perforant* se réduisent à trois principales. Il peut être l'effet : 1° d'une cause mécanique ; 2° d'une altération de la circulation ; 3° d'une altération de l'innervation. M. Calixte-Soulages essaye de concilier les trois théories. D'après cet auteur, il y a toujours un durillon qui précède l'ulcération. Au dessous de ce durillon survient une atrophie successive des tissus qui se trouvent entre les lamelles épidermiques et les os. Le derme s'amincit et peut être complétement détruit; mais cette perforation et cet amincissement du derme se produisent naturellement à la partie où les pressions sont les plus considérables, et souvent il s'y forme une bourse séreuse, qui peut s'enflammer, en donnant lieu à la nécrose et à l'ulcération des tissus voisins. De là, l'ulcère perforant, qui peut même envahir les os, les articulations etc., et les détruire. Les lésions du système vasculaire et du système nerveux, signalées par les auteurs, ne seraient d'après M. Soulages que des causes prédisposantes.

En somme, c'est la résurrection de la théorie mécanique, et pour nous, M. Soulages en voulant concilier les opinions des auteurs, n'a pas tenu compte des lésions très-diverses qu'on désigne en clinique sous le nom de *mal perforant*.

Souvent même, cette ulcération n'est pas précédée d'un durillon. On voit des malades, qui n'ont pu quitter leur lit depuis longtemps, être atteints d'un mal perforant pendant le décubitus. M. Verneuil montrait, il y a peu de jours, aux élèves de son service deux malades dans ces conditions. On ne peut dans ces cas invoquer la théorie de la compression.

D'autre part, certaines ulcérations du pied qu'on désigne en clinique sous le nom de mal perforant sont évidemment dues à des troubles trophiques par lésions des centres nerveux ou des nerfs périphériques.

M. Duplay, dont nous avons analysé le mémoire dans ce journal, a rapporté plusieurs faits de ce genre : dans un cas, la maladie s'est produite à la suite d'un coup de feu ayant intéressé le nerf sciatique. Dans une autre observation, la compression des racines nerveuses du sciatique par une tumeur hydatique du sacrum a aussi été suivie d'ulcères perforants... Enfin M. Soulages lui-même rapporte dans sa thèse l'histoire d'un homme de 28 ans, maçon, qui dans une chute d'un troisième étage, se fractura la colonne vertébrale.

Cette fracture se traduisit par une paraplégie complète de la motilité et de la sensibilité et par des troubles urinaires. Les symptômes paralytiques disparurent peu à peu : mais il y eut atrophie des membres inférieurs, déformation des pieds qui se recourbèrent en *griffe*, et, des ulcérations symétriques se manifestèrent au niveau des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils. Il est évident que ce sont là des lésions trophiques et, non uniquement des troubles mécaniques.

Il nous semble préférable d'essayer, comme l'a fait M. Duplay, le *diagnostic clinique* de lésions qui reconnaissent des causes si différentes. Le durillon ulcéré des vieillards alcooliques et dont les artères sont athéromateuses ne saurait être confondu avec les ulcérations de cause nerveuse, si semblables à ce qu'on a décrit dans ces derniers temps sous le nom de lésions trophiques.

XI. C'est pour parer aux éventualités les plus impérieuses de la pratique que M. Louis Thomas, professeur à l'Ecole de Tours, vient de publier son *Traité des opérations d'urgence*. Il y décrit successivement les opérations nécessitées par les hémorrhagies, la suffocation, l'étranglement intestinal, la rétention stercorale, les corps étrangers de l'œil, du pharynx, de l'œsophage et les amputations que réclament immédiatement les grands traumatismes. Il termine par un chapitre consacré à l'anesthésie qui, est l'acte préliminaire obligé de quelques-unes de ces opérations.

Pour faciliter l'intelligence des opérations, de nombreuses figures ont été intercalées dans le texte. Des planches d'anatomie rappellent au chirurgien la région sur laquelle il doit porter l'instrument, dans les cas de ligatures d'artères.

« Dons certains cas d'urgence, dit M. le Prof. Verneuil, dans l'introduction dont il a fait précéder l'œuvre de son élève, il n'y a plus ni officier de santé ni docteur, ni médecin, ni chirurgien, ni spécialiste ; mais seulement, d'un côté, un homme en danger de mort prompte, et, en face de lui, un autre homme qui peut le sauver par une intervention rapide et bien conduite. Si ce dernier timide ou inhabile, ajourne l'acte sauveur ou l'exécute mal, il compromet la vie de son semblable et assume sur lui-même une lourde responsabilité jusqu'à celle de l'homicide involontaire inclusivement.... Mais il faut au praticien un livre substantiel, concis, fermement rédigé et portatif qu'on puisse lire et relire au quart d'heure décisif et dans les moments de loisir ; un catéchisme de la chirurgie d'urgence susceptible d'être en quelque sorte appris par cœur, renfermant tout ce qu'il est indispensable de savoir, n'admettant guère dans ses pages que les notions essentielles et les préceptes à peu près universellement acceptés... M. Louis Thomas a tenté l'entreprise et l'a je crois menée à bien.

Un tel éloge et de la part d'un tel maitre suffit pour montrer toute la valeur de cet excellent petit livre.

XII. Deux observations très-remarquables recueillies dans le service de M. Verneuil constituent la base de l'excellente thèse de M. Léon Du Bourg. Dans la 1re il s'agit d'un homme de 27 ans dont le pied saisi entre deux wagons, fut porté violemment en dehors : une luxation sous-astragalienne en dedans, avec plaie des téguments résulta de cet accident.

Le malade a guéri : mais la difformité du pied persiste ; il est dans une attitude défectueuse et les parties molles supportent une vive pression de la tête de l'astragale. Or, malgré ces grands désordres, le malade ne souffre pas. C'est à peine, si quelquefois, par suite de trop grandes fatigues le cou-de-pied devient œdémateux, mais le repos fait disparaître le gonflement ; circonstance plus surprenante, le pied a conservé des mouvements presque aussi étendus qu'à l'état normal, grâce à la gymnastique habile que le malade a su lui faire accomplir tous les jours depuis son accident. Exposer cet homme aux suites d'une opération toujours sérieuse, pour corriger uniquement la difformité serait évidemment très-blâmable. Malheureusement il n'en pouvait être de même dans l'observation suivante.

Il y a deux ans, le second malade en descendant un escalier glissa. Le pied s'arcbouta contre la saillie d'une marche et fut renversé en dehors. On vit très-nettement la tête de l'astragale qui s'était fait jour à travers les téguments déchirés au niveau du bord interne du pied ; sur le champ on résèque la portion extérieure de cet os ;. mais à dater de ce moment la plaie faite par l'issue de l'astragale ne s'est jamais cicatrisée.

Après *treize mois* les plus légers mouvements causaient au malade des douleurs qui diminuaient à peine d'intensité pendant la nuit. Il ne pouvait se servir de son membre. Il entra alors dans le service de M. Verneuil décidé à tout souffrir pour être guéri de sa douloureuse infirmité. M. Verneuil se décida à tenter l'extirpation de l'astragale plutôt que l'amputation de la jambe. Cette opération très-difficile est décrite avec beaucoup de soin dans la thèse de M. Du Bourg. Une symphyse imprévue entre les deux os de la mortaise tibio-péronnière, nécessita la résection de ces deux os. Une guérison complète a couronné cette audacieuse tentative. Le malade marche avec facilité en s'appuyant sur une canne. M. Du Bourg, outre ces deux observations, en rapporte plu sieurs autres également très-intéressantes. Toutes les extirpations tardives appliquées à des cas anciens fournissent autant de guérisons que d'opérations.

Dans les observations que M. Broca a colligées il y a eu dix-sept opérations consécutives ; seize malades ont très-bien et très-promptement guéri ; un seul a dû subir postérieurement l'opération et il a guéri.

Cette thèse remarquable se termine par les conclusions suivantes : Les luxations sous-astragaliennes anciennes peuvent se terminer : 1° Par guérison sans opération ; Elles ne constituent alors qu'une *difformité* durable.

2° Elles peuvent donner lieu à des *infirmités* qui demandent l'intervention. Les unes peuvent guérir par la prothèse simplement. Les autres ne guérissent que par l'opération, et, dans ces cas, c'est à l'*extirpation tardive* de l'astragale, que nous donnons la préférence. H. Duret.

(1) Voir les nos 2, 6 et 13 du *Progrès médical*.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation

(Section de médecine.)

III. De la médication par l'alcool; par le Dr Joffroy. Thèse pour l'agrégation en médecine. Paris, 1875. Adrien Delahaye.

Toute étude sur une médication réclame pour préambule obligé un exposé des propriétés physiologiques du médicament dont il s'agit. Il arrive souvent encore, trop souvent, que les documents font défaut; ils abondent, il est vrai, pour ce qui est de l'alcool, mais, ce qui est moins bien, jamais conclusions furent plus contradictoires.

En quelques pages très-lucides, M. Joffroy a su démêler cet écheveau assez embrouillé. Il résume dans les propositions suivantes les travaux de Magendie, Lallemand, Perrin et Duroy, Bouchardat, Liebig, Cl. Bernard, Duchek, Schulinus, Dupré et Anstie, Alberroni et Lussana, etc. 1° L'alcool est absorbé avec une très-grande facilité et il est introduit en nature dans l'organisme.

2° Tout l'alcool absorbé ne subit pas le même sort. Une partie est brûlée, une autre partie est éliminée sans avoir subi aucune transformation (alcool pur), ou n'ayant subi qu'une légère transformation (aldéhyde). La proportion entre la quantité brûlée et la quantité éliminée en nature est subordonnée à la dose. A doses modérées, la plus grande portion de l'alcool est brûlée, et seulement une partie très-faible éliminée en nature. A partir d'une certaine dose, variable suivant les circonstances, l'alcool s'accumule dans l'économie et la quantité de ce liquide qui est éliminée sous forme d'alcool pur ou d'aldéhyde augmente rapidement.

3° L'alcool qui est brûlé sert à former de la chaleur, et peut-être aussi à réparer les tissus. — 4° L'alcool qui n'est pas brûlé se répand dans tout l'organisme et agit directement sur les éléments anatomiques. — 5° Cette action directe varie suivant les quantités d'alcool à l'état libre. — 6° Elle s'exerce d'une manière particulière sur les éléments du système nerveux. En faible proportion, l'alcool libre dans l'économie produit une excitation du système nerveux. A doses toxiques, il déprime le système nerveux et conduit comme les anesthésiques, à l'abolition de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité. — 8° L'alcool, à doses alimentaires, modifie à peine la température ; à hautes doses, il l'abaisse notablement.

Dans le chapitre suivant, la médication de l'alcool est étudiée au point de vue général : il y est établi, par l'analyse des travaux de Todd, Béhier, Murchison, Lyons, etc., que l'alcool agit comme stimulant, comme aliment et comme antipyrétique. — L'action thérapeutique de l'alcool est ensuite discutée, dans un chapitre spécial, à propos de chaque grand groupe de maladies.

Dans le chapitre affecté aux phlegmasies, une large part est faite, comme il convient, au traitement de la pneumonie. C'est encore très-complet et très-clair. On peut en juger par le résumé suivant :

« A. La médication par l'alcool est indiquée dans la pneumonie des adultes: 1° Chaque fois qu'il se montre des symptômes graves, de l'ataxie ou de l'adynamie; 2° Lorsque l'intensité de la fièvre mesurée par le chiffre de la température centrale est considérable ; 3° Lorsque les sujets sont affaiblis par une maladie antérieure ou sont alcooliques; 4° Lorsque les indications précédentes n'existent pas, la médication par l'alcool peut être employée sans danger; mais il n'est pas prouvé que ce soit la meilleure méthode.

B. La médication par l'alcool est indiquée très-fréquemment dans la pneumonie des vieillards. 1° Par leur état de faiblesse antérieure ; 2° Par les symptômes graves de l'ataxie et de l'adynamie; 3° Par le collapsus (qui peut se présenter en dehors de la vieillesse et particulièrement chez les alcooliques).

C. La médication par l'alcool dans la pneumonie des enfants, reçoit les mêmes indications que chez l'adulte, et donne les mêmes résultats.

L'efficacité de l'alcool contre la pleurésie est encore à démontrer. On peut à peine en dire autant à l'endroit des fièvres pyogéniques, de la fièvre puerpérale. Sans doute l'alcool, en pareil cas, diminue la température, comme il le fait aussi dans la fièvre traumatique ; mais il n'est guère plus puissant, en fin de compte, que tous les autres médicaments qu'on a opposés à ces terribles accidents. Toutefois, se fondant sur une observation de Béhier et les expériences de Boursier, le Dr Joffroy n'est pas fort éloigné de croire que l'alcool puisse agir comme traitement préventif contre l'infection purulente des femmes en couches. La même remarque est appliquée au rhumatisme génital consécutif à l'accouchement.

Il faut lire, dans les pages qui ont trait à la bronchite, à l'angine, etc., un très-remarquable chapitre de Laennec rapporté ici avec le plus grand à propos. L'illustre auteur ne craint pas d'y défendre « la méthode populaire de soigner le rhume par le punch chaud. » Il la préconise aussi contre le catarrhe muqueux chronique, surtout dans les cas où l'ancienneté de la maladie, l'âge et la débilité du sujet sont très-marqués. Les indications de la méthode de Todd, appliquée au traitement du rhumatisme, sont l'adynamie, l'intensité de la fièvre et l'acuité des douleurs. Les complications cardiaques ne constituent pas une contre-indication suffisante (Béhier) à moins que leur gravité ne soit excessive (Marvaud).

Le chapitre de la médication par l'alcool dans les pyrexies et les maladies infectieuses, est plein d'intérêt : il contient, à côté des travaux de Todd, Béhier, Marvaud, l'exposé des indications et contre-indications de la médication alcoolique dans le typhus et la fièvre typhoïde, d'après les remarquables traités de Lyons et de Murchison. Je crois que c'est la première fois que les observations cliniques, si importantes, des deux auteurs anglais sont analysées en français : il y aura profit pour tous à les connaître.

La médication est ensuite discutée à propos du relapsing fever, de la dyssenterie, des fièvres éruptives, de l'érysipèle, de la grippe, de la diphthérie : elle sera favorable là, comme toujours, si les maladies se compliquent d'un état ataxo-adynamique. L'utilité de l'alcool contre la fièvre intermittente est connue de longue date ; de nos jours, elle a été remise en lumière par la méthode de Guyot, et par la méthode plus récente et plus heureuse encore de M. Hérard qui associe à l'alcool au sulfate de quinine. Ce sont d'ailleurs les succès obtenus par Magendie dans l'épidémie de choléra de 1832, qui ont donné à M. Guyot l'idée d'employer l'eau-de-vie dans le stade de froid et la fièvre intermittente. « En voyant ainsi disparaître, dit-il, le frisson cholérique en quelques minutes sous l'influence de l'alcool potable, je songeai naturellement au frisson des fièvres intermittentes. »

Le chapitre suivant est consacré à l'alcool « comme antipyrétique. » Il y est amplement démontré que l'alcool est antipyrétique, mais le Dr Joffroy s'empresse d'ajouter : « Faut-il en conclure qu'il conviendra de le donner chaque fois qu'il y aura fièvre ? Assurément non; et la lecture des chapitres précédents montre bien que dans la même maladie, l'alcool peut être ou bien indiqué, ou bien contre-indiqué. La fièvre est un ensemble symptomatique qui non-seulement varie d'intensité et de durée suivant les affections; mais qui varie aussi de forme suivant le terrain sur lequel elle se développe. Avec ces variations infinies, on verra changer les indications thérapeutiques, et c'est pour cette raison qu'un médicament antipyrétique n'est pas toujours bon à opposer à la fièvre, par cela seul qu'il est antipyrétique. »

Après quelques pages sur l'emploi de l'alcool contre l'intoxication par l'arsenic et par les venins, l'on trouve une discussion très saine des divers travaux qui ont été faits sur la médication par l'alcool dans les maladies chroniques (polyurie simple, azoturie, diabète sucré, phthisie pulmonaire, scorbut) et la convalescence.

L'avant-dernier chapitre a pour titre « De la médication par l'alcool dans quelques affections des principaux appareils ou organes de l'économie. » Il y est question des affections ou des accidents qui n'avaient pu être rangés dans les groupes précédents, par exemple, les hémorrhagies, la syncope, l'asystolie, la bronchite capillaire, l'asthme, la dyspepsie, l'ulcère simple de l'estomac, les vomissements, la diarrhée, l'hypochondrie, l'angine de poitrine, le tétanos.

Le travail se termine par l'exposé du mode d'administration et des dangers de la médication par l'alcool. Il faut tenir compte, selon les cas, des différentes variétés de boissons alcooliques, des doses, du moment où l'alcool doit être administré, de la façon dont il doit l'être. Quelques exemples: Dans le typhus, les médecins anglais ont souvent recours au vin : ils ne le donnent généralement pas avant le septième jour. Ils emploient avec avantage pendant la première et la deuxième semaine les meilleurs vins de France qui réconfortent sans exciter, le Château-Margaux, le Laffite; s'il devient nécessaire de produire un effet plus considérable, ils ont recours au Volney, au Chambertin, et si le collapsus est imminent, au Sherry, au Madère, au Porto.

Aussi bien dans le typhus que dans la fièvre typhoïde, l'administration des boissons alcooliques sera faite à petites doses, données souvent et sans interruption. On devra veiller surtout à ce que les malades ne soient pas oubliés pendant la nuit et particulièrement le matin. Car c'est à ce moment que les malades ont le plus de tendance à présenter des signes de dépression. Dans le cas de morsures de serpents venimeux, de syncope, d'hémorrhagie, etc., on s'adressera à l'eau-de-vie, aux vins chauds d'Espagne, à doses suffisantes; si l'estomac ne peut tolérer les boissons alcooliques, on aura recours aux lavements vineux, préconisés par Aran.

Il ne faut jamais perdre de vue la tolérance qui souvent s'établit vite, ni les dangers, tels que le délirium tremens, qui peuvent découler directement de l'emploi thérapeutique de l'alcool. Car la meilleure médication peut avoir des inconvénients et M. le Dr Joffroy a bien eu soin de les indiquer, chaque fois qu'il en a eu l'occasion dans le cours de son intéressante étude.

IV. De la médication tonique; par GRANCHER. Thèse d'agrégation. Paris, J.-B. Baillière.

« Il est très-difficile, dit M. Grancher, de fixer rigoureusement le sens de ces deux mots : médication tonique. Le mot de *médication* a une acception ordinairement restreinte. Quand on parle, par exemple, de la médication vomitive ou de la médication purgative, on parle d'un ensemble de médicaments doués de propriétés plus ou moins analogues, celles de faire vomir ou de purger. Au contraire, le sens du mot *tonique* est tellement vaste que le mot médication associé à celui de tonique ne rappelle plus seulement une classe de médicaments, mais bien une série innombrable d'agents thérapeutiques dont l'action commune est de tonifier. » Et le sujet n'est pas seulement vaste, on peut presque dire qu'il n'a pas de limites, car il n'est pas deux auteurs qui le comprennent de la même façon. Qu'on se reporte, comme l'a fait M. Grancher, à ce qu'ont pu écrire Trousseau et Pidoux, Béhier, Bouchardat, Gubler, Martin-Damourette, Rabuteau, etc., sur la médication tonique et l'on comprendra combien grand était l'embarras du candidat. Après avoir étudié la médication tonique en général, M. Grancher a écrit un chapitre remarquable sur la médication tonique névrosthénique : il était difficile de mieux mettre en lumière l'importance du système nerveux sur tous les organes, sur l'économie toute entière, il était difficile de mieux exprimer, par conséquent, l'importance des médicaments qui agissent sur le système nerveux. Puis M. Grancher a étudié les principaux agents de la médication tonique, le sulfate de quinine, le quinquina, l'alcool, le café, le thé, l'arsenic, les amers, les astringents, le fer, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie, l'électricité, etc... Il s'est surtout attaché d'une part à rappeler les opinions des divers auteurs sur chaque médicament, et des tableaux ajoutés à sa thèse pourront être d'une grande utilité aux travailleurs; d'autre part, il a montré quelles étaient les propriétés des divers substances, les propriétés, non pas seulement fondées sur l'empirisme, mais aussi sur les expériences physiologiques les mieux conçues et sur les analyses chimiques les plus exactes.

Il a terminé en exposant les indications de la médication tonique, indications qui peuvent s'appuyer à la fois sur les données de la clinique et sur les données de la physiologie, de la clinique surtout, et si elle ne guidait et ne redressait chaque jour l'expérimentation, celle-ci avec ses imperfections actuelles nous entrainerait bien souvent à l'erreur.

Quoiqu'on ait pu dire, car en pareille matière la critique est facile, M. Grancher s'est tiré à son honneur de la tâche qui lui était imposée et jusque dans sa thèse on retrouve quelques-unes des qualités si brillantes dont il a fait preuve pendant toute la durée du concours.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE



(*Fig.* 15.)

Description du spiroscope de M. le Dr Woillez.

A. Tube sur lequel est fixé le poumon dans l'intérieur de l'appareil. — B. Palette mobile destinée à rapprocher le poumon des parois du manchon de cristal pour l'auscultation. — C. Robinet pour faciliter le jeu du soufflet situé inférieurement. — D. Soufflet cylindroïde destiné à faire le vide dans le manchon. — E. Support de l'appareil. — F. Traverse pour la fermeture hermétique du couvercle. (*Fig.* 15.)

22. Solution antiseptique (P. H. L.).

Permanganate de potasse..	3 gr. 50.
Eau distillée............	300 —

23. Bain mercuriel (P. H. L.).

Sublimé corrosif...........	12 gr.
Acide chloryhdrique.........	4 —
Eau..........	q. s. pour un bain.

Usité à l'hôpital spécial des maladies de la peau (Londres) contre les affections tuberculeuses, cachectiques et squameuses de la peau.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Chirurgie* : Service de M. de SAINT-GERMAIN. Opérations et cliniques les jeudis à 9 heures. Salle Saint-Côme : 9, fistule périnéale; 11, fracture du fémur chez un enfant de deux ans; 13, fracture du fémur; 15, nécrose des diaphyses des tibias; 16, périostite phlegmoneuse diffuse; 32, imperforation de l'anus. — Salle Sainte-Pauline : 1, abcès par congestion de la cuisse; 2, carie de l'extrémité supérieure de l'humérus; 3, tumeur érectile de la lèvre inférieure; 5, périostite phlegmoneuse diffuse; 11, mal de Pott sous-occipital.

Médecine : Service de M. LABRIC. Salle Saint-Jean : 2, chorée rhumatismale; 9, tumeur cérébrale; 16, fièvre herpétique; 34, dilatation des bronches, 35, tumeur cérébrale;— diphthéries, chorées, coqueluches, rougeoles.

Service de M. ARCHAMBAULT. Salle Sainte-Geneviève : 1, endocardite scarlatineuse; 3, chorée, péricardite; 5, albuminurie. — Salle St-Louis : 8, rhumatisme, péricardite; 17, tumeur cérébrale; 14, tuberculose pulmonaire.

Service de M. BOUCHUT. Clinique tous les mardis à 9 heures. Salle Sainte-Catherine : 2, fièvre typhoïde; 4, pleurésie; 5, insuffisance aortique et tricuspide; 21, pleurésie tuberculeuse; 32, tubercule cérébral; 51, scarlatine; rougeoles, diphthéries.

Hôpital Cochin. — Service de M. BUCQUOY. Salle Saint-Jean (H.) : 1, cancer de l'estomac; 4, phthisie rapide, péricardite; 15, pleuropneumonie; 16, érysipèle de la face; 22, pneumonie, amygdalite; 25, diabète. — Salle Saint-Philippe (F.) : 2, pneumonie du sommet; 3, rougeole; 5, rhumatisme articulaire aigu, phthisie; 9, anévrysme de la crosse de l'aorte, insuffisance mitrale; 14, péricardite; 16, pleuro-pneumonie; 21 pneumonie du sommet. — Salle Sainte-Marie (F.) : 3, érysipèle puerpéral; 5, pneumonie double.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Salle Saint-Jacques (F.) : 5, choroïdite chronique, ophthalmie sympathique; 9, fongosités utérines, métrorrhagie; 12, mal de Pott lombaire, abcès par congestion, paraplégie incomplète; 19, abcès parenchymateux du sein. — Baraque III : 15, phlegmon de la main et de l'avant-bras, pyohémie chronique. — Salle Cochin : 17, contusion chronique du talon (talon talé de M. Després). — Baraque II : 25, cowpérite blennorrhagique. — Baraque I : 40, maladie de Ménière.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le Dr BROUARDEL. Salle Saint-Augustin (H.) : 1, pleuro-pneumonie; 2, maladie de Bright; 9, sciatique; 14, empyème; 23, cirrhose cardiaque; 26, gomme du larynx, trachéotomie. — Pavillon III (F.) : 1. métrite, 5, pelvi-péritonite; 23, rhumatisme chronique; 24, variole cohérente.

Service de M. Constantin PAUL. Salle Sainte-Thérèse (F.) : 1, fièvre typhoïde adynamique; 10, entérocèle vaginale, congestion utérine; 19, fibrome utérin; 21, pneumonie double, récidive; 27, impétigo généralisé. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, pleurésie aiguë; 6, insuffisance et rétrécissement aortiques, hypertrophie cardiaque; 10, pertes séminales, paraplégie.

Service de M. Peter. Conférences cliniques le samedi.

Chirurgie. Service de M. Benj. Anger. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 16, fracture de la colonne vertébrale; 21. enchondrome de la région inguinale.

Service de M. S. Duplay. Salle Saint-Barnabé (H.) : 6, cystite calculeuse; 10, résection de la moitié inférieure du radius pour nécrose consécutive à une périostite phlegmoneuse; 2, arthrite déformante du coude; 3 ter, arthrite déformante des 2 genoux. Leçons cliniques et opérations le mardi.

Enseignement médical libre.

Opérations des voies urinaires. M. le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, a commencé son cours public le mercredi 7 avril, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique : lundis, mercredis, et vendredis.

Maladies vénériennes. — M. le Dr P. Labarthe commencera son cours sur les maladies vénériennes le mardi 27 avril, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Mardi. jeudi, samedi.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 16 avril 1875, on a constaté 1,052 décès, savoir : variole, 7; — rougeole, 13; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 20; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 47;— pneumonie, 114;— dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 2; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 15;— croup, 11; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 301; — affections chroniques, 447, dont 189 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 26; — causes accidentelles, 35.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 4 au 10 avril 1,759, savoir : variole, 3; — rougeole, 19; — scarlatine, 24; — fièvre typhoïde, 16; — érysipèle, 8; — bronchite, 292 ; — pneumonie, 143 ; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 24; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 10; — croup, 15, — coqueluche, 95.

Faculté de Médecine. — *Agrégation de chirurgie*. La lecture de la composition écrite est terminée. La 2e série d'épreuves (leçon orale de 3[4 d'heure) commencera samedi, 24 avril.

Excursion géologique. — M. Daubrée, et en son absence M. St. Meunier, fera une excursion le dimanche 25 avril, à Beynes et Moutauville. Rendez-vous à la gare Montparnasse (train de 7 h. pour Villier-Neauphle.)

Muséum d'histoire naturelle. — M. Becquerel a ouvert son cours de physique appliquée aux sciences naturelles le lundi 19 avril 1875, à midi et demi et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera de la météorologie et de la climatologie dans leurs rapports avec les sciences naturelles et l'agriculture. Il exposera notamment, les phénomènes dépendant de la chaleur terrestre, les propriétés physiques des sols, l'action calorique, chimique et hygrométrique de l'air, ainsi que les effets de la chaleur, de la lumière et de l'électricité sur les corps organisés. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Edmond Becquerel.

M. Delafosse a commencé son cours de minéralogie le lundi 19 avril 1875, à huit heures et demie, dans l'amphithâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure. Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur traitera, cette année, des substances non combustibles (oxydes, chlorures et sels). En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Edouard Jannezat, aide naturaliste.

M. de Quatrefage a commencé son cours d'anthropologie le mardi 20 avril, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Le professeur examinera d'abord les questions relatives au cantonnement primitif et à l'ancienneté de l'espèce humaine, au peuplement du globe par migrations accomplies par terre et par mer, il résumera les phénomènes généraux de l'acclimatation des races humaines. Il exposera ensuite les caractères généraux, physiques, intellectuels, moraux et religieux de ces races.

M. Daubrée, membre de l'Académie des sciences, a commencé son cours de géologie le samedi 17 avril 1875, à quatre heures un quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et de géologie, et le continuera les mardis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement de l'histoire des terrains stratifiés ; il exposera aussi le rôle des causes accidentelles. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, à qui est confié la direction des excursions géologiques.

M. Albert Gaudry a ouvert son cours de paléontologie le mercredi 21 avril, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Il exposera l'histoire des êtres qui ont vécu pendant les temps géologiques : il s'attachera particulièrement à l'étude des fossiles des terrains tertiaires inférieurs. Ce cours aura lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Les lundis à trois heures et demie, le professeur fera une conférence dans le laboratoire de paléontologie, ou dans les galeries du Muséum.

M. Ad. Brongniart commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétale) le mercredi, 28 avril, à 9 heures 1[2. Mercredi et vendredi.

Incinération. — Les journaux de Berlin annoncent que le comité pour l'incinération des morts s'était adressé au ministre de l'intérieur pour obtenir l'autorisation d'introduire la crémation des morts. Le ministre de l'intérieur vient de lui faire une réponse négative en son nom et au nom du ministre des cultes. Les ministres disent que cette nouvelle coutume ne pourrait être introduite que par voie législative, que la population ne la réclame pas et qu'elle ne semble pas près de rallier les suffrages de la majorité des Prussiens.

Nécrologie. — Le docteur M. F. B. Bayvel, né le 21 janvier 1791, est décédé le 26 mars dernier, à Rouen. M. le docteur J. Bouteillier a prononcé un discours sur la tombe.

— La *Revue médicale et pharmaceutique du Midi*, annonce la mort de M. le docteur Moutet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi.

— Les pauvres du canton de Thouarcé et la démocratie viennent de faire une grande perte, dit le *Patriote*, d'Angers. M. Retoré-Lanjardière, médecin à Saint-Lambert-du-Lattay, est mort. Il avait cinquante-huit ans. Il avait été maire de sa commune pendant vingt-six ans. « L'empire, dit encore le *Patriote*, avait respecté une situation conquise par les services rendus. Le gouvernement de combat n'hésita pas à frapper l'homme de bien, l'administrateur intelligent dont le crime était d'être républicain. »

Vacances médicales. — Le bureau de bienfaisance de Violay (Loire) offre *deux mille francs* par an au médecin qui viendra s'installer dans cette commune, à la seule charge de donner gratuitement ses soins aux indigents. Toutes les communes environnantes, dont la population s'élève au moins à 10,000 âmes, sont également privées de médecins. S'adresser pour les renseignements à M. le maire de Violay. (*Lyon médical*.)

— Une place de médecin adjoint à l'hôpital Rotbschild va être mise au concours. Ce concours *sur titres* aura lieu dans le courant du mois de mai prochain. Les candidats sont invités à adresser leur demande et l'exposé de leurs titres au secrétariat général du consistoire, 8, rue du Vertbois. Le registre d'inscription sera clos le 5 mai. (*Gaz. des hôp.*)

Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Le n° 1 contient les articles suivants : A nos lecteurs ; — Essai de classification des maladies du larynx et du pharynx par M. le docteur Isambert ; — De l'amygdalotomie par M. le docteur de Saint-Germain ; — Des maladies de Ménière et des vertiges dans les maladies d'oreilles, par M. le docteur Ladreit de Lacharrière ; — Rhinoscopie, par M. le docteur Krishaber ; — Polype fibro-muqueux de la région naso-pharyngienne. par M. le docteur Léon Sablé ; — Des laryngotomies pendant la première phase de la syphilis, par MM. les docteurs Krishaber et Mauriac ; — Observations d'otite parasitaire, par M. le docteur Léri. —Analyses : Hypertrophie polypeuse de l'oreille moyenne, par Wendt ; — Pneumatocèle du crâne située à la région mastoïdienne et produit par une dégénérescence des cellules. etc., par le professeur Wernher D ; — Sur la perforation artificielle du tympan. Thèse par S. Bodin. — Paris, G. Masson, éditeur.

Indemnité de séjour des présidents de jurys. — M. le Ministre de l'Instruction publique, consulté par plusieurs recteurs sur le chiffre de l'indemnité de séjour à laquelle ont droit les professeurs des facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie, chargés de la présidence des jurys dans les écoles préparatoires, a répondu qu'il n'y avait pour le moment et en présence du projet de loi sur l'enseignement supérieur, qu'à appliquer le règlement du 23 décembre 1854, qui alloue aux présidents de jurys une indemnité de 12 francs par jour d'absence. (*Gaz. hebdom.*)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

II. *Du Jaborandi* (20 mars 1875.)

Messieurs,

Nous allons commencer aujourd'hui l'étude du jaborandi. On donne, dans le Brésil, le nom de jaborandi à un certain nombre de plantes *alexipharmaques* qui ne sont peut-être pas toutes de la même famille.

Le jaborandi, dont je veux vous parler, est une plante, un arbrisseau, qui croît au Brésil et dans d'autres parties de l'Amérique méridionale. Les médecins brésiliens l'ont peu employé jusqu'ici, bien qu'ils en connaissent les vertus sialagogues et sudorifiques.

M. Coutinho (de Pernambuco) l'a importé en France vers la fin de 1873 pour en faire connaître les propriétés et lui donner entrée dans la thérapeutique. On n'a, d'abord, connu que les feuilles du jaborandi ; mais on a pu, récemment, en France et en Angleterre, en étudier les autres parties : la tige, la racine, les fruits, les fleurs. M. le professeur Baillon a, le premier, déterminé la place qu'occupe cette plante dans la botanique. C'est le *pilocarpus pinnatus* ou *pinnatifolius*, de la famille des *rutacées*. On ignore s'il n'y a qu'une seule espèce de ce jaborandi dont nous étudions en France les effets thérapeutiques et l'action physiologique, ou s'il n'y a pas deux ou trois espèces voisines, jouissant des mêmes propriétés.

M. Coutinho avait constaté par lui-même les effets sialagogues et diaphorétiques de l'infusion des feuilles et de la tige du jaborandi quand il remit à l'un des professeurs de cette faculté, à M. Gubler, un échantillon des feuilles. Dès que M. Gubler eut à sa disposition les feuilles de cette plante, il en fit de nombreux essais dans son service à l'hôpital Beaujon, et il publia les résultats de ces essais dans son *Journal de thérapeutique* (mars 1874). Peu de temps après. M. Rabuteau communiquait à la Société de biologie (11 avril 1874) les effets qu'il avait observés dans une expérience faite sur lui-même.

Depuis lors, un certain nombre de recherches ont été entreprises pour mieux préciser les effets et le mode d'action physiologique du jaborandi. Parmi les travaux les plus importants sur ce sujet, nous devons citer d'abord celui de M. Gubler, puis le mémoire de M. Albert Robin, actuellement en cours de publication dans le *Journal de thérapeutique*. M. A. Robin ne se borne pas à exposer les effets produits sur l'homme par le jaborandi, en analysant 90 observations recueillies dans le service de M. Gubler, sous la direction de ce professeur ; il relate, en outre, les résultats des expériences qu'il a instituées avec M. le Dr P. Bouley, pour examiner de plus près l'action physiologique de ce médicament,

D'autres essais ont encore été faits par M. Féréol dans son service. J'ai également prescrit l'infusion des feuilles du *pilocarpus pinnatus* dans mon service à l'hôpital de la Pitié. Enfin, des recherches relatives à l'action physiologique du jaborandi ont encore été instituées par M. Carville, puis par MM. Bochefontaine et Galippe.

En même temps que le jaborandi était l'objet de recherches nombreuses en France, il pénétrait en Angleterre où il a donné lieu à divers travaux, sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir bientôt.

Avant d'aller plus loin dans notre étude, il est important de savoir quelle est la nature de la substance active du jaborandi. On attribua d'abord les propriétés de la plante à l'huile essentielle que contiennent les feuilles et l'écorce des tiges, et dont l'existence se révèle au premier abord par l'odeur aromatique, particulière au pilocarpus. La structure des feuilles montre, d'ailleurs, qu'elles contiennent des glandes analogues à celles de certaines plantes dans lesquelles on trouve des huiles essentielles.

L'on sait aujourd'hui que le principe actif du jaborandi est tout autre que cette huile essentielle. On pouvait, s'en douter dès les premières études physiologiques faites à l'aide de cette plante, car on avait reconnu (M. Laborde) que l'eau distillée de feuilles de jaborandi n'a aucune action sur les glandes salivaires ; c'est donc dans le résidu de cette distillation que reste le principe actif.

Ce principe actif paraît être un alcaloïde que contiennent les feuilles et l'écorce des tiges du jaborandi. M. Byasson, le premier, a fait connaître la présence de cet alcaloïde dans les feuilles, et même il a pu l'extraire dans un état assez grand de concentration. Cet alcaloïde a été essayé dans mon laboratoire par MM. Galippe et Bochefontaine, qui ont constaté son action énergique sur la sécrétion salivaire. M. Byasson a publié sa découverte dans le Journal de thérapeutique le 10 mars 1875. Au moment de cette publication, M. Ernest Hardy avait déjà, depuis un certain temps, trouvé aussi l'alcaloïde dont il s'agit. Bien plus, il l'avait isolé complétement et il avait pu obtenir, en le combinant avec l'acide chlorhydrique, un sel cristallisable que l'on peut appeler chlorhydrate de jaborandine ou de pilocarpine.

M. E. Hardy connaissait les analogies d'action qui existent entre le jaborandi et la muscarine, et cette notion physiologique l'avait conduit à appliquer à la recherche de l'alcaloïde de la planche brésilienne, le procédé employé par M. Schmiedeberg et Koppe pour isoler l'alcaloïde de l'*amanita muscaria* (fausse oronge.)

Il est très-facile de s'assurer que le jaborandi contient un alcaloïde, et je m'étonne qu'on ne l'ait pas reconnu dès qu'on a eu la plante entre les mains. Les réactifs généraux des alcaloïdes précipitent, en effet, les infusions de feuilles ou d'écorce des tiges, de la manière la plus caractéristique. L'expérience est des plus simples. Voici une infusion de feuilles de jaborandi dans laquelle je verse quelques gouttes d'une solution d'iodhydrargyrate de potasse, ou réactif de Walser, il se forme aussitôt un précipité blanc abondant. Comme vous le voyez, je mets dans un autre tube une nouvelle quantité de la même infusion, que je traite par le réactif de Bouchardat, ou solution aqueuse d'iode et d'iodure de potassium ; j'obtiens aussitôt le précipité caractéristique abondant des alcaloïdes. Il en serait de même si je traitais cette infusion par l'acide phosphomolybdique. L'ammoniaque précipite aussi l'alcaloïde dans l'infusion des feuilles de jaborandi.

La présence d'un alcaloïde dans les infusions d'écorce des tiges est tout aussi évidente.

Cet alcaloïde se trouve même en plus grande quantité dans l'écorce, comme l'a montré M. Galippe, et il est possible que l'on arrive à employer surtout l'écorce des rameaux.

Voyons maintenant les effets produits chez l'homme et chez les animaux par le jaborandi.

Vous savez que le jaborandi a été administré aux malades surtout sous forme d'infusion. La dose des feuilles est de 3 à 4 grammes de feuilles grossièrement pulvérisées, que l'on fait infuser, comme on le ferait pour des fleurs de tilleul,

(1) Voir les nos 2, 6 et 10 du *Progrès médical*.

dans 100 à 150 grammes d'eau. Cette infusion m'a paru plus active, lorsqu'on la prépare la veille du jour où on veut l'administrer et qu'on la laisse macérer jusqu'au moment de s'en servir. L'infusion est aromatique et son goût n'a rien de répugnant.

On pourrait administrer aussi l'extrait aqueux ou l'extrait alcoolique de jaborandi. Lorsqu'on pourra extraire facilement l'alcaloïde de la plante, il est probable qu'il sera employé de préférence aux autres préparations.

Quand on a administré à un malade, à la dose que je viens de vous indiquer, une infusion de jaborandi, on voit, au bout de quelques minutes, apparaître des phénomènes très-intéressants. La peau de la face rougit un peu ; quelquefois le tégument cutané offre une légère congestion, dans toute son étendue et en même temps on y constate un peu de moiteur. La salive commence à affluer dans la bouche.

Au bout de 5, 10, 15 minutes, la sueur se montre, augmente peu à peu et devient quelquefois tellement abondante que le malade est dans un véritable bain de sueur et doit changer plusieurs fois de chemise. La salivation augmente de la même manière et dans des proportions considérables. La salive arrive à flots dans la bouche, et le patient est obligé de se coucher sur le côté pour rejeter à chaque instant le fluide salivaire qui tend à remplir sa cavité buccale.

On a cherché à recueillir la sueur et à mesurer la quantité qui en est secrétée sous l'influence du jaborandi. On a calculé qu'elle s'élève à 300 grammes, ou 500 centimètres cubes ; elle peut même être plus abondante encore. Elle est rendue légèrement opalescente par les squames épidermiques, entraînées par le liquide, et par les matériaux de la sécrétion sébacée. Le jaborandi agit, en effet, aussi sur les glandes sébacées ; et, quand on recueille la sueur, on recueille le produit de ces deux sécrétions.

M. A. Robin a fait quelques analyses de la sueur provenant de malades traités par le jaborandi et il a constaté une augmentation de l'urée.

La quantité d'urée contenue normalement dans la sueur est, en moyenne, d'après M. Favre de 0 gr. 480 par litre.

M. A. Robin a trouvé qu'elle s'élève à 2 gr. 69 par litre, dans la sueur sécrétée sous l'influence du jaborandi. Cette augmentation de l'urée dans la sueur n'est pas sans importance en médecine, car on pourra l'utiliser, dans les cas d'urémie, pour débarrasser l'économie de l'excès d'urée qu'elle contient. Ainsi, dans certains cas de maladie de Bright, lorsque des phénomènes d'urémie se manifestent, on pourrait peut-être, en exagérant, à l'aide du jaborandi, la sécrétion de l'urée par les sueurs, suppléer pendant quelque temps à l'élimination de l'urée par les reins et retarder ainsi l'issue fatale. M. A. Robin a noté aussi l'augmentation des chlorures dans la sueur sécrétée sous l'influence du jaborandi.

La sudation a une durée très-variée. Tantôt elle cesse au bout d'une heure ; tantôt elle se prolonge pendant plusieurs heures. D'après les chiffres réunis par M. Alb. Robin, elle durerait en moyenne de deux heures et demie à trois heures. Quelquefois, on voit l'hyperidrose faire absolument défaut ; mais cela est très-rare. Le jaborandi produit alors surtout du ptyalisme. Dans d'autres cas plus rares encore, c'est l'inverse qu'on observe ; la sueur exagérée est le phénomène le plus accusé ; la salivation n'a qu'une durée insignifiante.

La salivation est, en général, plus hâtive que la diaphorèse. Parfois elle commence deux minutes après l'ingestion du jaborandi. Elle dure environ 2 heures.

La quantité de salive, recueillie pendant toute la durée des effets du médicament, peut être évaluée à 100 centimètres cubes au minimum, et à 1100 ou 1200 centimètres cubes au maximum. La moyenne est, à peu près, de 500 centimètres cubes.

L'urée contenue dans la salive serait augmentée d'après M. Alb. Robin. Au lieu de 0 gr. 450 d'urée par litre, elle en contiendrait 0 gr. 717. Cette donnée n'est pas d'accord avec celle qui a été obtenue par M. Bougarel, interne en pharmacie de l'hôpital de la Pitié.

Les recherches de M. Bougarel conduiraient à admettre, au contraire, une diminution du chiffre normal de l'urée ; il n'en a trouvé en effet que 0 gr. 094 par litre.

Ce même investigateur, par des recherches dosimétriques très-exactes, a constaté que la salive obtenue à l'aide du jaborandi réduit l'amidon en sucre avec la même puissance que la salive normale.

M. Gubler a constaté encore, chez ses malades, d'autres phénomènes tels que l'hypersécrétion de la muqueuse nasale et des glandes lacrymales, celle des glandes muqueuses de l'arrière-gorge, de la trachée et des bronches.

J'ai pu, chez les malades auxquels j'ai administré le jaborandi, vérifier l'exactitude de ces observations.

Pendant la durée de ces phénomènes, il y a une soif plus ou moins vive, de l'inappétence. Chez quelques malades, on a vu survenir des vomissements, mais surtout quand ces malades avaient mangé peu de temps avant de prendre l'infusion de jaborandi; ou encore quand ils avalaient la salive qui affluait parfois dans la bouche, au lieu de la rejeter. Parfois il y a eu de légères coliques.

Dans quelques cas, mais très-rarement, on a signalé un léger degré de diurèse. Quelquefois aussi, mais plus exceptionnellement encore, on a observé un peu de vertige, un peu de pesanteur, d'alourdissement de la tête.

Ces phénomènes cérébraux ont été signalés par des observateurs qui les ont contatés sur eux-mêmes (Martindale, M. Galippe). Un de mes malades les a éprouvés aussi.

Quand tous ces effets, produits par le jaborandi, sont dissipés, la soif et l'inappétence peuvent durer encore un certain temps. Il y a de la sécheresse de la peau et de la gorge; on observe de la fatigue, de l'abattement. Ce sont là des phénomènes faciles à comprendre et sur lesquels je n'insisterai pas. Tous ces effets du jaborandi ont été constatés par M. Gubler, puis par M. Féréol et je les ai observés également.

Ils ont été vus aussi en Angleterre par MM. Sydney-Ringer et Gould et par d'autres médecins, MM. Martindale et Tweedy, entre autres. Depuis, un grand nombre de médecins les ont observés en France.

MM. Sydney-Ringer et Gould ont reconnu que le jaborandi exerce une influence beaucoup moins marquée chez les enfants que chez les adultes.

D'autres symptômes ont encore été observés après l'administration du jaborandi. Ainsi M. A. Robin a observé, chez ses malades, une diminution de la tension artérielle, avec accélération des battements du cœur.

Pour ce qui concerne la tension artérielle, je dois vous dire immédiatement que les expériences de physiologie ne donnent pas les mêmes résultats que ceux observés cliniquement par M. A. Robin, la tension artérielle paraissant alors n'éprouver aucune modification sensible sous l'influence du jaborandi. Quant aux battements du cœur, nous verrons que, dans certaines conditions physiologiques, ils sont considérablement ralentis.

D'après le même auteur, il se produit une élévation de la température intérieure du corps, et, lorsque les effets sialagogues et sudorifiques sont sur le point de cesser, on observe aussi une contraction marquée de la pupille. Cette action sur la pupille a été observée après l'ingestion stomacale de jaborandi. L'action directe de l'extrait de jaborandi dissous dans de la glycérine, appliqué sur le globe de l'œil consiste aussi dans la production du myosis, comme l'ont constaté, chez l'homme, MM. Sydney-Ringer et Gould. Mais la contraction pupillaire, dans ce cas, n'a pas été constante. L'extrait de jaborandi a été mis 31 fois sur les yeux des malades, et le rétrécissement de la pupille a été constaté 19 fois seulement.

La pupille offrait un diamètre de moitié ou d'un tiers plus petit que le diamètre constaté avant l'application de l'extrait de jaborandi.

M. Martindale a observé, sur lui-même, un affaiblissement de la puissance d'accommodation des yeux aux diver-

ses distances, à la suite de l'ingestion d'une infusion de feuilles de jaborandi. M. Tweedy a étudié avec soin ce phénomène sur plusieurs malades, et il l'attribue à la tension plus grande des muscles qui produirait un rapprochement du point le plus proche et du plus éloigné de la vision distincte.

En résumé, Messieurs, les propriétés sudorifiques et sialagogues du jaborandi sont incomparablement plus marquées que celles de tous les agents thérapeutiques employés jusqu'à présent en médecine. On peut même dire qu'on ne connaissait pas vraiment de sialagogue ou de sudorifique agissant par la circulation, avant l'introduction de cette plante dans la matière médicale. Comme sudorifique, nous n'avions que les tisanes qui agissent en introduisant dans l'économie une certaine quantité d'eau. Comme salivants, on avait bien quelques médicaments, la racine de pyrèthre par exemple. Mais l'effet produit par cette racine n'est pas le résultat d'une action directe sur les glandes sécrétantes. La racine de pyrèthre, en vertu de ses propriétés irritantes, agit immédiatement sur la membrane muqueuse de la bouche, puis par action réflexe sur les glandes salivaires. On ne connaissait aucun sialagogue agissant avec l'énergie du jaborandi, par l'intermédiaire des voies circulatoires.

Il ne reste plus à présent qu'à fixer les indications thérapeutiques du jaborandi. On sait déjà qu'il produit des effets excellents dans les cas d'exacerbation aiguë de bronchite chronique.

J'ai vu disparaître en deux jours, chez un jeune homme de dix-huit à vingt ans, une pleurésie, non douteuse, au début. Ces faits montrent, dès à présent, que le jaborandi est destiné à prendre un rang considérable en thérapeutique.

Il est certainement appelé à jouer un rôle important dans le traitement de l'urémie et dans les hydropisies en général. Peut-être trouvera-t-il son application dans le rhumatisme? Il reste sur ce point des doutes que des recherches ultérieures éclairciront assurément. Dans l'état actuel de nos connaissances on ne saurait admettre que l'exagération de la sueur, obtenue chez les rhumatisants à l'aide des moyens thérapeutiques, ait une action curative incontestable. On a vu, au contraire, la suppression de la sueur produire de bons effets dans cette maladie.

J'ai observé en effet plusieurs cas dans lesquels l'arrêt de la sueur, au moyen de l'atropine, a soulagé considérablement le patient, sans produire la moindre aggravation des phénomènes de la maladie, et sans en prolonger la durée. *(A suivre.)*

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Hospice des Enfants Assistés. — **M. PARROT.**

De l'athrepsie.

VI[e] leçon. — *Troubles de la respiration et de la circulation. — Température. — Poids* (1).

Leçons recueillies par E. Troisier, revues par le professeur.

Messieurs,

Complications. — Dans le cours de l'athrepsie surviennent parfois des affections qui, n'appartenant pas à son cortège habituel, doivent être considérées comme des complications. Sans en faire une étude détaillée, ce qui serait tout à fait inopportun, je dois vous indiquer brièvement les allures qu'elles affectent en ce cas, et rechercher si elles modifient les symptômes et la marche de la maladie principale. Presque toutes elles sont de nature inflammatoire, et il n'en est pas de plus fréquente que la pneumonie.

Sachez d'abord que souvent celle-ci passe inaperçue pendant la vie, parce que les enfants, toussant très-peu, on ne songe pas à les ausculter. La toux, en effet, est le seul symptôme qui puisse fixer l'attention sur les organes respiratoires; car, à cet âge, il n'y a aucune manifestation douloureuse et l'on ne peut tenir un grand compte de la dyspnée qui, vous le savez, survient habituellement en dehors de toute affection des viscères thoraciques. Cependant, lorsque la respiration devient fréquente et profonde prématurément, il faut ausculter le poumon, et souvent l'on y trouve l'explication des accidents dyspnéïques. Tantôt c'est simplement une absence du bruit normal dans une certaine étendue, tantôt ce sont des râles crépitants ou muqueux à timbre sec et sonore; parfois enfin, c'est un véritable souffle avec retentissement du cri. Dans ce dernier cas, vous n'hésiterez pas, j'en suis convaincu, à affirmer que le parenchyme pulmonaire est induré; n'hésitez pas davantage, alors même que vous ne percevrez que les râles ou seulement l'absence du murmure physiologique, car l'expérience m'a appris que dans le cours de l'athrepsie, la bronchite et l'inflammation de la plèvre ne se développent indépendamment de la pneumonie que dans des cas très rares.

Après ce que je viens de vous dire de la difficulté que présente le diagnostic de la complication pneumonique, vous comprendrez sans peine que dans la plupart des cas, l'on ne puisse préciser l'époque de son apparition, et partant, qu'il soit malaisé de dire comment elle modifie les divers symptômes précédemment étudiés. Ce n'est que chez un très-petit nombre de malades que l'inflammation pulmonaire détermine une accélération respiratoire et une élévation thermique; chez le plus grand nombre, elle laisse les choses en l'état créé par l'athrepsie. Je ne puis le mieux prouver qu'en vous présentant le tableau n° II,

Tableau II. — *Athrepsie compliquée de pneumonie.*

Poids initial.	Perte de poids.	Moyenne par jour. Température.	Poids.	Respiration.	Age.	Durée.	
					Jours.	Jours.	
2.385	94	36,8	»	55	17	7	
2.920	54	36,7	»	78	22	5	
2.700	47	37,7	128	48	21	5	
2.725	45	37,2	»	»	22	14	
1.780	40	34,4	»	»	9	6	Avorton.
1.555	37	35,3	130	51	12	10	
2.630	36	32,3	80	28	13	3	
2.475	34	35,8	»	»	23	12	
2.600	32	35,6	124	»	15	8	
2.280	30	37	133	»	24	9	
2.385	21	37	154	58	34	6	Le dernier jour T. R. 39,3.
1.542	18	30,9	»	»	18	8	
28.977	488	426,7	749	318	230	93	
Moyenne. 2.415	40,6	35,5	125	53	19	7	

dressé comme le précédent, avec un nombre égal de faits. La comparaison des moyennes dans les deux cas (tableau n° 5), montre qu'à deux jours près l'âge et la durée de la maladie sont les mêmes, circonstance favorable au rapprochement que je fais; que la température de 36° dans le premier tableau est de 35°,5 dans le second, différence minime, mais pourtant digne d'être remarquée, qu'elle est de cinq dixièmes au profit des malades exempts d'inflammation pulmonaire. Le pouls et les respirations sont plus accélérés, lorsqu'à l'athrepsie se joint de la pneumonie, puisque dans ces derniers faits, ils sont représentés par les nombres 125 (puls.) et 53 (respir.), et dans les cas non compliqués, par 114 (puls.) et 48 (respir.)

Un point que je vous signale, sans me hasarder à l'expliquer, c'est que la perte de poids a été plus considérable chez les individus du premier tableau que chez ceux du second, bien que la moyenne de leur poids initial ait été plus faible.

Nous venons de voir que la pneumonie peut jouer le rôle

(1) Voir les n[os] 43 à 49, 51 et 52 du *Progrès médical* (1874) et n[os] 1, 2, 3, 7 et 17 (1875).

de complication vis-à-vis de l'athrepsie. A son tour, celle-ci complique quelquefois la première. L'inflammation pulmonaire, en effet, par l'abattement où elle met le nouveau-né et par la dyspnée qu'elle engendre, devient un obstacle à l'allaitement : aussi, quand elle ne tue pas rapidement, on voit bientôt, à ses symptômes, s'ajouter ceux qu'engendre l'insuffisance alimentaire, et l'autopsie montre qu'aux lésions pulmonaires s'ajoutent celles de l'athrepsie.

L'érysipèle, qui offre des particularités tout à la fois si spéciales et si intéressantes chez le nouveau-né, qui s'accompagne souvent de péritonite, se développe quelquefois pendant l'évolution de l'athrepsie. Beaucoup plus souvent, c'est cette dernière qui vient le compliquer. Dans le premier cas, je vois, par la moyenne de trois observations, que la température, qui est de 35°,5, reste au-dessous de la normale. Au contraire, dans le second, la colonne thermométrique s'élève au-dessus du chiffre de la santé, puisque chez cinq malades, elle a atteint une moyenne de 37°,7. En même temps le pouls battait 149 fois par minute. On peut aisément se rendre compte de cette différence de plus de deux degrés si l'on remarque que l'érisypèle de complication, survenant chez les athrepsiés, à une époque où l'organisme ne réagit plus que faiblement, est incapable de relever leur température ; tandis que celui qui est primitif provoque d'abord une réaction vive, que les troubles nutritifs sont insuffisants à éteindre. Ceux-ci, d'ailleurs, agissent durant un temps trop court pour compenser par l'abaissement thermique qu'ils produisent l'élévation du début. Car, dans ce cas, la gravité du mal précipite la terminaison toujours fatale.

Il peut se faire que les affections précédemment indiquées se développent simultanément ou d'une manière consécutive, chez un enfant en proie à l'athrepsie. C'est ainsi que l'un de nos malades fut atteint tout à la fois d'abcès mammaire, de péritonite et de pneumonie. Sa température, qui le jour de la première visite, était de 36°,4, s'éleva jusqu'à 39°,2; elle était encore de 38°,2 au moment de la dernière visite. Tout en constatant que ce chiffre reste au-dessus de la normale, ce qui s'explique par la multiplicité des lésions inflammatoires, remarquez que par rapport au précédent, il constitue un abaissement d'un degré, neuf heures avant la mort, abaissement qui a dû s'accroître durant ces heures ultimes. C'est qu'en effet, quelque nombreuses et étendues que soient les lésions inflammatoires, chez les athrepsiés, elles ne peuvent empêcher que la chaleur ne tombe, dans les dernières heures, sinon dans les derniers jours. Cette chute thermique est une des manifestations les plus caractéristiques de la maladie. Chez un nouveau-né atteint tout à la fois de sphacèle du cordon, de pneumonie et de péritonite, j'ai vu le thermomètre, qui s'était élevé à 38°,9, descendre à 38°,4 puis à 35°; cette dernière température ayant été prise dix heures avant la mort.

En résumé, et d'une manière très-générale, on peut dire que l'athrepsie n'est pas modifiée par les affections inflammatoires qui se manifestent pendant son cours : et qu'elle impose son allure et donne sa physionomie à celles qu'elle vient compliquer. Je chercherai peut-être plus tard à vous présenter une explication de ce fait ; pour le présent il me suffit de vous l'avoir signalé, comme une preuve de la toute-puissance qu'exerce sur l'organisme entier la maladie que nous étudions.

Au moment où j'ai décrit l'endurcissement athrepsique, j'ai insisté sur les différences qui le séparent de l'œdème des nouveau-nés ; et je vous ai dit quelques mots des rapports de cette dernière affection avec l'athrepsie. J'y dois revenir aujourd'hui. Vous le savez, l'œdème ne peut jamais compliquer l'athrepsie ; mais celle-ci joue très-fréquemment vis-à-vis du premier, le rôle de complication. Voyons, comment elle se comporte en pareil cas, c'est-à-dire lorsqu'elle se développe chez des malades préalablement atteints d'œdème.

Ceux-ci sont pour la plupart nés avant terme ou, pour le moins, très-faibles ; nous avons vu que chez les avortons athrepsiés, en dehors de toute complication, la chute du poids est moins rapide, et l'abaissement thermique plus considérable et plus régulier. Cela reste vrai chez les avortons atteints d'œdème. Quant aux enfants d'un certain poids qui, en dépit de leur infiltration séreuse, ont dès le début une température voisine de la normale, tout se passe comme si chez eux, l'athrepsie se fût développée d'emblée. La sérosité devient chaque jour moins abondante, comme je vous l'ai déjà dit, et même elle peut être résorbée complétement. Il est remarquable, que dans le temps où se fait cette résorption, la température s'élève d'une manière notable.

Dans tous ces cas, la détermination de l'état thermique, exige les plus grandes précautions, car il n'est pas de malade qui subissent plus aisément et d'une manière plus rapide, les influences extérieures. J'ai vu plus d'une fois la température s'élever ou s'abaisser de près d'un degré, suivant que dans la demi-heure, qui précédait le moment où elle était prise, l'enfant avait été tenu chaudement, ou exposé à l'air. C'est pour cela que, chez presque tous les malades que l'on nous apporte à l'infirmerie, surtout durant les saisons froides, nous voyons la température s'élever après la première visite.

La survenue d'une pneumonie, ou de toute autre affection de même nature, ne modifie pas d'une manière sensible les particularités cliniques que je viens de vous indiquer.

Cette impuissance d'une affection inflammatoire à déranger le train de la maladie, je vous l'ai déjà signalée. Ici elle devient plus évidente ; elle est mise en relief par l'œdème, qui rend l'organisme encore plus impassible, qui le met plus complétement sous la domination de l'athrepsie.

Pour donner toute sa netteté à l'influence que l'œdème exerce sur les divers symptômes, et d'ailleurs, pour me conformer à la marche déjà suivie, j'ai dressé le tableau III où les observations sont indiquées sans tenir compte de la présence de pneumonie, et sans distinguer les avortons des enfants nés à terme. Comparé aux deux autres, il montre un abaissement sensible dans les moyennes. Ainsi la différence est, pour le poids de 20 ou de 11 grammes ; pour la température de 3 à 4 degrés, et pour le cœur vingt pulsations. Elle est encore plus notable pour les respirations ; mais les cas du dernier tableau où elles ont été notées, sont si peu nombreux, qu'ils méritent à peine d'être mentionnés. (*A suivre*).

TABLEAU III.— *Athrepsie compliquant l'œdème des nouveau-nés*

POIDS INITIAL.	Perte de poids.	MOYENNE PAR JOUR.			Age.	Durée.
		Température.	Poids.	Respiration.		
2.616	42	36,6	110	»	16	8
2.356	38	30,6	105	»	40	8
1.850	[illegible]	32,2	128	»	9	5
2.130	25	34,4	123	»	10	8
2.400	16	35,6	112	»	20	6
2.023	15	29,2	90	»	8	4
1.692	7	29.7	75	»	21	3
»	»	33,3	91	»	23	9
»	»	32,9	120	»	13	6
»	»	32,1	117	»	15	8
»	»	28,9	77	8	13	4
»	»	27,5	74	30	16	4
15.067	203	383,2	1.222	38	174	73
Moyenne. 2.152	29	31,9	102	19	14	6

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — La chaire de physique à ladite Faculté a été déclarée vacante par arrêté du 22 avril. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

L'importance d'une étude exacte et minutieuse de la configuration des circonscriptions du cerveau et, en même temps, d'une nomenclature appropriée, est surtout bien mise en évidence lorsqu'il s'agit de ces plis qui se dessinent à la surface des hémisphères, et qu'on désigne, en général, sous le nom de *circonvolutions*. Pendant longtemps, on a pu croire que ces circonvolutions étaient disposées pour ainsi dire au hasard, échappant par conséquent à toute description. Il appartenait à deux observateurs français, Leuret et Gratiolet, de démontrer qu'il y a là, au contraire, un plan régulier, qu'on peut suivre depuis les mammifères inférieurs jusqu'à l'homme, en passant par le singe.

Il y a lieu de distinguer, d'ailleurs, parmi les circonvolutions, les *plis fondamentaux*, ainsi appelés parce que leur disposition et leurs rapports sont absolument *fixes*, et les *plis secondaires* ou *accessoires*, dont il faut savoir faire abstraction, parce qu'ils sont *variables*.

Sans une bonne topographie des circonvolutions, vous le comprenez aisément, il est de toute impossibilité de faire un pas dans l'histoire des localisations cérébrales les plus importantes. Prenons un exemple. Comment parler des lésions qui produisent l'aphasie si l'on ne sait pas déterminer avec précision le siége et la configuration de la troisième circonvolution? Comment encore retrouver chez l'homme les régions dites psycho-motrices, découvertes chez les animaux par les recherches de Fritsch, Hitzig et Ferrier, si l'on ignore la disposition des plis et des sillons sur la substance grise du lobe pariétal et des parties postérieures du lobe frontal? Combien d'observations propres à éclairer ces intéressantes questions de localisation sont demeurées sans valeur, parce que, faute d'une connaissance suffisante des parties altérées, la dénomination exacte de ces parties n'a pu être donnée! Aussi, afin d'obvier dans la mesure du possible à cette lacune des descriptions anatomiques de l'état normal du cerveau, ai-je pris depuis longtemps l'habitude de figurer sur des schémas, dessinés d'après nature, le siége des lésions encéphaliques. En l'absence de ces précautions, on ne peut obtenir des notions exemptes de critique. Au reste, cette étude ne présente pas, tant s'en faut, les difficultés qu'on est porté tout d'abord à supposer. Si des renseignements plus complets n'ont pas, jusqu'ici, pénétré dans les livres classiques, ils abondent ailleurs. Sans parler des ouvrages fondamentaux de Lenret et Gratiolet, de Bischoff, d'Arnold, de Turner, etc., qu'il est indispensable de toujours consulter, je vous recommande l'usage du petit manuel d'Ecker (2), recueil de bonnes planches topographiques où vous trouverez, avec la synonymie, une nomenclature réduite à des termes fort simples. Ces planches, d'après mon conseil, ont été utilisées par M. H. Duret dans son important mémoire sur la circulation de l'encéphale. Enfin, nous possédons en France sur la matière un excellent travail. C'est une thèse de M. Gromier, faite sous l'inspiration de M. Broca. Elle est intitulée : *Etude sur les circonvolutions cérébrales chez l'homme et chez le singe* (1874).

L'anatomie comparée, de son côté, est d'un secours puissant pour l'étude des circonvolutions. Entre le singe et l'homme, par exemple, la ressemblance est frappante (3) en ce qui concerne les plis et les sillons fondamentaux, et telle disposition, qui paraît en quelque sorte inintelligible chez l'homme, s'explique sans peine en raison de sa plus grande simplicité quand on examine le cerveau du singe. Aussi, voudrais-je essayer de vous présenter un aperçu très-sommaire des circonvolutions envisagées chez le singe, avant de vous entretenir des circonvolutions du cerveau humain. Cette étude vous offrira d'autant plus d'intérêt que l'expérimentation a déjà désigné, sur quelques-unes des circonvolutions du singe, la réalité de ces points dits psycho-moteurs dont il y a lieu de rechercher en se fondant, non plus sur l'expérimentation, mais sur la clinique et sur l'anatomie pathologique, l'existence dans les points correspondants du cerveau de l'homme.

Voici la représentation d'un cerveau de singe, vu latéralement (*Fig. 16*) d'après une figure empruntée à l'ouvrage

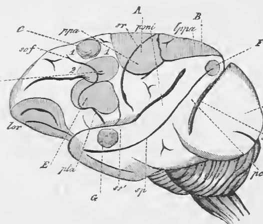


Fig. 16. Face externe du cerveau du singe magot (Pithecus Innuus). (D'après Broca et Gromier.)

Sillons: *s r*. sillon de Rolando; — *s c f*, sillon courbe frontal; — *s s'*, scissure de Sylvius; — *s p e*, scissure perpendiculaire externe (sillon pariéto-occipital externe); — *s p*, scissure parallèle.

Plis: *p f a*, pli frontal ascendant; 1, 2, 3, première, deuxième, troisième plis frontaux; — *p p a*, pli pariétal ascendant; — le chiffre 3 qui manque devrait être au-dessous de la ligne ponctuée qui va de D au chiffre 2; — *e p p a*, lobule du pli pariétal ascendant; — *m p i*, pli marginal inférieur; — *p c*, pli courbe; — *l o*, lobe occipital; — *l o r*, lobe orbitaire.

Situation des centres pour les mouvements volontaires sur le cerveau du singe, d'après les descriptions de Ferrier: *A*, centres pour les mouvements volontaires du membre antérieur; — *B*, centres pour le membre postérieur; — *C*, mouvements de rotation de la tête et du cou; — *D*, mouvemeuts des muscles de la face; — *E*, mouvements de la langue, des mâchoires, etc.; — *F*, certains mouvements des yeux, vision; — *G*, centre en rapport avec les mouvements des oreilles et l'audition.

de M. Gromier. Il s'agit du *Magot (Pithecus innuus)*, un singe d'ailleurs d'assez bas étage. Je m'attacherai, pour le moment, à la description de la face externe de l'hémisphère, les faces interne et inférieure n'ayant pour le sujet qui nous occupe qu'une moindre importance.

On aperçoit, en premier lieu, deux longs sillons : l'un est le sillon de Rolando (*s r*), l'autre (*s s'*) la scissure de Sylvius. Ces deux sillons fondamentaux convergent en un point et délimitent le face externe du lobe frontal.

On voit ensuite et plus en arrière une autre scissure, *scissure perpendiculaire externe* ou *pariéto-occipitale* (*s p e*). Elle sépare nettement chez le singe le lobe occipital du lobe temporal et du lobe pariétal. Cette séparation est beaucoup moins évidente chez l'homme par suite de la présence de ce qu'on appelle les plis de passage qui comblent plus ou moins complétement ce sillon.

Le lobe pariétal et le lobe sphénoïdal se distinguent moins exactement chez le singe et, pour établir la démarcation, il faut prolonger la scissure de Sylvius par une ligne imaginaire passant par un pli désigné sous le nom de *pli courbe* (*p c*) ou *gyrus angularis*.

La surface externe de l'hémisphère cérébral se trouve donc divisée en quatre lobes : le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe sphénoïdal et le lobe occipital.

Chacun de ces lobes est partagé à son tour en lobes secondaires, qui portent le nom de plis ou circonvolutions, par des scissures ou sillons de deuxième ordre.

Lobe frontal. Le *sillon præcentral* ou *sillon courbe*

(1) Voir le n° 17 du *Progrès médical*.

(2) *Die Hirnwindungen des menschen nach eigenen untersuchungen insbesondere über die entwicklung derselben beim fötus und mit Rücksicht auf das bedürfniss der ärzte*. Brunswick, 1869. —Il existe de ce travail une traduction anglaise.

(3) Lire à ce sujet dans la dernière édition de l'ouvrage de Darwin « *The Descent of Man* » (London, 1874) une intéressante note (p. 199) du professeur Huxley : *Note on the Resemblances and Differences in the Structure and the Developpement of the Brain in Man and Apes.*

frontral(*s cf*) limite en avant sur le lobe frontal une circonvolution parallèle à la scissure de Sylvius : C'est la *circonvolution frontale ascendante* et, afin de donner plus d'intérêt à cette énumération un peu sèche, je vous ferai remarquer que, suivant Ferrier, l'extrémité supérieure de cette circonvolution est occupée par les centres moteurs (A) du membre supérieur du côté opposé.

Des sillons perpendiculaires à la direction du précédent divisent le reste du lobe frontal en trois étages ou circonvolutions. 1° L'extrémité postérieure du premier étage constitue, au dire de Ferrier, un centre *C* dont l'excitation fait mouvoir la tête. — 2° Selon le même auteur, la partie postérieure du deuxième étage serait le centre des mouvements de la face, *D*. — 3° Enfin, dans le troisième étage serait placé, chez le singe, un centre qui préside aux mouvements des lèvres et de la langue, *E* ; c'est là que l'on rencontre, chez l'homme, le siége de la faculté du langage articulé : c'est la troisième circonvolution ou, ainsi que le disent les Anglais, la *circonvolution de Broca* (*Broca's circonvolution*). Je ne veux pas me montrer moins français que ne le sont les Anglais et je suis heureux de saisir l'occasion qui se présente de reconnaître les services signalés qu'a rendu notre éminent collègue à la cause des localisations cérébrales.

Lobe pariétal. — Le lobe pariétal, dont l'étude est si difficile chez l'homme, est, en revanche, très-facile chez le singe. La scissure interpariétale le scinde en deux lobules secondaires : 1° Le *lobule pariétal supérieur*, (*l p p a*) qui est le centre *B* des mouvements du membre inférieur, d'après Ferrier; 2° Le *lobule pariétal inférieur* ou lobule du pli courbe, à cause de sa connexité avec le pli (*p c*) du même nom ; 3° Enfin un sillon, plus marqué chez les singes supérieurs, isole de ces lobules la circonvolution pariétale ascendante. Dans une partie de ce lobule réside le centre moteur du membre supérieur, A, qui s'étend jusqu'à l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante.

Lobe sphénoïdal. — Le lobe sphénoïdal a une disposition aisée à comprendre. Il est limité sur la face convexe de l'hémisphère par le bord inférieur de cette face et par la scissure de Sylvius. La scissure parallèle, ainsi qualifiée parce qu'elle suit la direction de la scissure de Sylvius, divise ce lobe en deux étages. Nous trouvons dans l'étage supérieur la circonvolution marginale et, à l'extrémité de la scissure parallèle, le pli courbe dont l'ablation, au dire de Ferrier, produirait la cécité temporaire dans l'œil du côté opposé (*F*).

Lobe occipital. — Un sillon transverse partage ce lobe en deux étages. Nous n'avons pour le moment rien de particulier à vous indiquer sur son compte.

Après cette étude sommaire des circonvolutions cérébrales chez le singe, celle des circonvolutions correspondantes chez l'homme devient des plus simples. L'énumération que je vais en faire, en me servant d'une figure, faite d'après une planche empruntée au bel ouvrage de Foville, vous fera reconnaître sans peine cette vérité (*Fig. 17.*)

Vous y retrouvez la scissure de Sylvius (*s s*) et le sillon de Rolando (R), circonscrivant en bas et en arrière le lobe frontal sur lequel vous voyez la circonvolution frontale ascendante (A) ou pariétale antérieure et les première, deuxième et troisième circonvolutions frontales (F_1, F_2, F_3).

La scissure pariéto-occipitale (*o p*), comme je vous le disais tout à l'heure, sépare d'une façon très-confuse, chez l'homme, en raison de l'existence des plis de passage, le lobe occipital des lobes pariétal et sphénoïdal.

Vous pouvez distinguer aisément en arrière du sillon de Rolando, entre ce sillon et la scissure interpariétale (*i p*), la circonvolution pariétale (B). Au-dessus et en arrière de la scissure interpariétale vous découvrez successivement le lobule du pli pariétal ou lobule pariétal supérieur (P_1), le lobule du pli courbe (P_2) et enfin le pli courbe (P_3).

Quant au lobe sphénoïdal ou temporal, il présente ici, de même que chez le singe, une scissure qui remonte jusqu'au pli courbe, c'est la scissure parallèle. Entre elle et la scissure de Sylvius on voit la première circonvolution temporale (T_1) ; au-dessous d'elle et en arrière deux autres circonvolutions temporales (T_2, T_3).

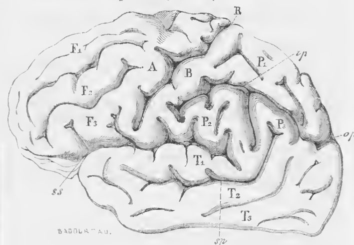


Fig. 17. Face convexe d'un hémisphère du cerveau de l'homme. (Vue du lobe pariétal, dessin demi-schématique.)
Scissures : *s r*, scissure de Rolando; — *s s*, scissure de Sylvius; — *sp*, scissure parallèle; — *o p*, scissure parieto-occipitale externe ; — *i p*, scissure interpariétale.
Circonvolutions et lobules : *A*, circ. frontale ascendante (circ. parietale anterieure ou circ. centrale antérieure) : — F_1, F_2, F_3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales ; — *B*, circ. pariétale ascendante (cir. pariétale postérieure ou circ. centrale postérieure); — *P*, lobule du pli pariétal; — P_2, lobule du pli courbe ; — P_3, pli courbe; — T_1, T_2, T_3, premiere, deuxième et troisième circonvolutions temporales.

Vous avez ainsi, messieurs, autour du lobe pariétal, de la scissure de Sylvius, et du sillon de Rolando, un certain nombre de points de repère qui pourront vous guider à l'autopsie.

III. Ainsi se trouvent constituées, Messieurs, à la surface de l'encéphale des départements dont la fixité ne saurait être méconnue. Ces divers départements, qui correspondent aux *circonvolutions fondamentales* représentent-ils autant de centres fonctionnels distincts ? C'est là une question que la seule considération des dispositions architectoniques extérieures n'est pas en mesure de résoudre.

Je voudrais actuellement, faisant appel à l'intervention du microscope, rechercher avec vous si l'étude de la structure de la substance grise corticale, faite comparativement dans les diverses régions désignées par l'anatomie descriptive, n'est pas de nature à fournir sur le sujet qui nous intéresse des renseignements plus significatifs.

Depuis longtemps l'examen à l'œil nu a fait reconnaître des différences dans la composition de l'écorce grise, suivant les régions de l'encéphale que l'on envisage. Considérons, par exemple, à ce point de vue, l'étage inférieur du lobe occipital. Dans les parties de ce lobe qui entourent la corne postérieure des ventricules latéraux la substance grise n'a pas l'aspect à peu près uniforme qui lui est propre dans d'autres régions du cerveau, les lobes antérieurs si vous voulez. Vicq d'Azyr, en effet, avait déjà observé que dans ces parties du lobe occipital la substance grise des circonvolutions est divisée très-nettement en deux bandes secondaires, séparées par une bande blanche que nous appelons aujourd'hui le *ruban de Vicq d'Azyr*. Encore à l'œil nu, la circonvolution de la corne d'Ammon, celle de l'insula de Reil se distinguent, quant à l'aspect, de l'écorce grise des circonvolutions appartenant aux autres régions des hémisphères.

Pour bien apprécier la valeur de ces renseignements, il me parait tout-à-fait indispensable d'entrer dans quelques détails minutieux. (*A suivre.*)

HERBORISATION. — M. Chatou fera une herborisation dimanche 2 mai dans le bois du Vésinet. Rendez-vous à la gare de Saint-Germain, à 10 h. 1/4 pour le train partant de Paris à 10 h. 1/2, pour la station de Chatou.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Daubrée. — Dimanche 2 mai, à Meudon. Gare Montparnasse, train de 9 h. 5.

Examen histologique d'une pièce de « maladie kystique » du testicule,

Par L. MALASSEZ.

M. Laurent Robin nous a présenté au mois de juillet dernier (1) une tumeur kystique du testicule qui avait été enlevée par M. le Dr Terrier.

Cliniquement, cette tumeur était un exemple de ce que A. Cooper a décrit le premier en 1804 sous le nom de *Cystic disease of the testis*, expression qui a été traduite en France par les termes de *maladie enkystée* (Chassaignac et Richelot) et de *maladie kystique* (Gosselin et Peter), terme qui a prévalu chez nous. Ces tumeurs, comme nous le verrons plus loin, sont très-rares pour ceux qui ne regardent pas ce nom comme synonyme de tumeur kystique (2) et ne désignent pas ainsi les tumeurs dans lesquelles les kystes sont associés, soit à du sarcome, soit à de l'enchondrome, soit aux deux néoplasmes à la fois.

Il était donc important de déterminer exactement la nature histologique de cette tumeur. L'examen qui suit l'observation de M. Robin et qui m'est attribué, étant très-incomplet et peu exact, j'ai cru utile de revenir sur ce sujet, en raison même de la rareté de ces faits.

Au point de vue de la structure, il y a lieu d'étudier: 1° le stroma d'apparence fibreuse qui entoure les kystes et forme leurs parois; 2° le revêtement épithélial qui les tapisse; 3° le contenu; 4° la coque testiculaire qui enveloppe la masse kystique et la façon dont se fait le passage du tissu testiculaire au tissu morbide.

1° *Stroma* (3). Le stroma est constitué en majeure partie par des faisceaux de fibrilles conjonctives s'entrecroisant en divers sens, mais qui, au voisinage des cavités, se disposent en plans parallèles à la surface de ces cavités. Entre ces faisceaux et à leur surface, se voient des cellules conjonctives ou endothéliales. En quelques endroits assez rares, de préférence au voisinage de la surface de quelques cavités kystiques, le tissu fibreux est infiltré d'éléments embryonnaires. Un certain nombre de faisceaux de fibres musculaires lisses s'entrecroisent en divers sens. On rencontre également quelques fines fibres élastiques, elles sont très-rares. Les vaisseaux sont peu nombreux. En aucun point, et malgré des recherches attentives, je n'ai rien trouvé qui rappelât de près ou de loin les tubes séminifères. La surface des cavités kystiques est généralement lisse; cependant, à l'intérieur de quelques-unes d'entre elles, on voit de petits prolongements partant du stroma sous forme de bourgeons et de villosités; c'est surtout en ces points que se trouvent les éléments embryonnaires signalés plus haut.

2° *Revêtement épithélial* (4). Ce revêtement est constitué par des cellules épithéliales de formes et de dimensions variées.

a. Les unes sont de larges cellules plates, plus ou moins épaisses, possédant en général un seul noyau, rarement deux. Ces noyaux sont ovoïdes, volumineux, à plusieurs nucléoles le plus souvent. Quelques-unes d'entre elles présentent dans leur protoplasma des cavités remplies d'une substance transparente, plus réfringente, communiquant parfois avec l'extérieur.

b. D'autres moins larges, mais plus épaisses, se rapprochent de la forme polyédrique; leur protoplasma est relativement mince, abondant; elles ont aussi parfois deux noyaux; ceux-ci sont presque sphériques, remplissent à peu près la cellule et contiennent également plusieurs nucléoles.

c. D'autres cellules sont franchement cylindro-coniques, pleines et sans cils vibratiles. On trouve toute une série d'intermédiaires entre cette forme et la précédente.

d. On rencontre aussi des cellules cylindriques, avec plateau et cils vibratiles, comme celles qui existent à l'état normal dans les voies respiratoires. Un assez grand nombre d'entre elles présentent une ou deux vacuoles protoplasmiques analogues à celles que nous avons signalées dans quelques cellules plates.

e. Enfin, on constate des cellules caliciformes, tout-à-fait semblables d'aspect à celles qui existent sur la muqueuse digestive normale; la ressemblance est surtout frappante quand elles se trouvent tapissant des villosités. Ce dernier type de cellules est le plus abondamment répandu à la surface des kystes.

Sur les parois, ces cellules ne sont pas mélangées les unes aux autres; d'ordinaire, elles sont réunies par groupes de cellules de même espèce : ici par exemple, il n'existe que des cellules caliciformes; plus loin, rien que des cellules vibratiles; ce n'est que sur les confins de ces groupes que l'on observe, soit un mélange de cellules appartenant à des types voisins, soit des formes intermédiaires aux deux types. Dans une même cavité kystique on peut rencontrer toutes ces diverses variétés de cellules épithéliales.

Je n'ai pas été à même de voir si, sur cette pièce, il existe une couche endothéliale sous-épithéliale, analogue à celle que M. Debove a découverte (1) sur certaines muqueuses normales, et semblable à celles que j'ai constatées (2) dans certaines productions épithéliales pathologiques. Le fait est probable, en raison de la ressemblance qui existe entre cette tumeur et les kystes de l'ovaire où cette couche existe.

3° *Contenu*. Le contenu se compose d'une substance homogène au milieu de laquelle se distinguent des éléments cellulaires et des granulations.

La substance homogène, sous l'influence de l'alcool, devient opaque et se coagule en se rétractant. Le coagulum replacé dans l'eau se gonfle, redevient transparent, et plus ou moins visqueux. L'analyse chimique n'en a pas été faite. Les éléments cellulaires sont pour la plupart des cellules épithéliales semblables à celles des parois. Elles sont presque toutes plus ou moins dégénérées. Les granulations sont les unes disséminées, les autres en groupes irréguliers ou disposées sous forme de stries; elles paraissent de nature graisseuse. En aucun point je n'ai pu trouver de spermatozoïdes.

4° *Coque testiculaire* (3). Les tubes séminifères sont aplatis et éloignés les uns des autres par un tissu conjonctif fasciculé et dense qui leur adhère et empêche leur étirement. Dans ce tissu conjonctif de nouvelle formation, on rencontre par places des fentes étoilées, tapissées d'endothélium, et qui sont probablement les restes de ces espaces séro-lymphatiques qui, à l'état normal, séparent les lamelles conjonctives engaînant les tubes séminifères. En quelques points, le tissu conjonctif est infiltré d'éléments jeunes ou lymphatiques.

Quand on examine des parties plus éloignées de l'albuginée et se rapprochant du tissu morbide, ces altérations s'accentuent. Le tissu conjonctif devient plus abondant, les lacunes lymphatiques ont complètement disparu, les tubes séminifères s'aplatissent de plus en plus, tandis que leur paroi propre s'hypertrophie, et leurs éléments épithéliaux dégénèrent et s'atrophient.

Plus loin, l'épithélium a complètement disparu; à la place du conduit séminifère, il ne reste plus qu'une fente bordée par la membrane propre, encore distincte par sa réfringence. Plus loin encore, la membrane propre se transforme, et se confond avec le tissu fibreux; il n'existe plus trace de tubes séminifères. Puis apparaissent quelques faisceaux de fibres musculaires lisses; nous sommes arrivés au tissu fibro-musculaire qui enveloppe la tumeur et se continue avec le stroma. En aucun point, on ne trouve de conduits séminifères dilatés, qu'on puisse supposer en voie de transformation kystique.

Telle est la structure de cette tumeur; on en peut tirer

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1874, p. 610.

(2) *Conche*, dans son mémoire, d'ailleurs si remarquable, n'a pas fait cette distinction: (*De la maladie kystique*, Lyon, 1865.)

(3) Le stroma a été étudié sur des coupes après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, et coloration au picrocarminate et à la purpurine.

(4) Ce revêtement a été étudié : 1° sur des coupes ; 2° après macération dans l'eau alcoolisée au tiers, râclage des parois, dissociation et coloration au picrocarminate (méthode Ranvier).

(1) *Compte-rendus Acad. des sc.* 1872, et *Archives de Physiologie*, 1874.

(2) *Bullet. Soc. anatom.* 1874, p. 349.

(3) La coque testiculaire a été étudiée sur des coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur et comprenant l'albuginée, la coque testiculaire et une portion du tissu morbide.

quelques notions sur son origine et son développement, et quelques indications sur la dénomination histologique qui doit lui être appliquée.

L'existence de la coque testiculaire enveloppant complètement la masse kystique montre que la néoformation s'est développée au centre même du tissu testiculaire ; à moins d'admettre que, née dans le corps d'Highmore par exemple, elle s'en soit ensuite complètement détachée.

L'atrophie des tubes séminifères au voisinage du tissu morbide, la différence qui existe entre l'épithélium des tubes et celui des kystes, et l'absence de spermatozoïdes, même dans les petits kystes, tous ces faits montrent que les kystes ne sont pas, même à leur début, de simples dilatations des tubes séminifères, à moins d'admettre que le processus n'ait atteint, au début, que quelques tubes séminifères, et que la tumeur, de cette façon, en se développant ensuite, ait refoulé et atrophié les autres tubes séminifères, à moins d'admettre qu'en même temps il se soit fait une transformation complète et variée de l'éphithélium des tubes, à moins d'admettre enfin que les spermatozoïdes se soient détruits rapidement.

L'hypothèse la plus vraisemblable serait donc celle d'un développement au sein du tissu conjonctif intertubulaire, mais il n'y a, dans ce cas, aucun fait histologique qui puisse nous indiquer par quel mécanisme se fait ce développement.

L'augmentation de volume de la tumeur peut s'expliquer par l'agrandissement du stroma fibro-musculaire et des premières cavités kystiques, et surtout par l'apparition de nouveaux kystes, en raison du peu d'importance du stroma fibro-musculaire et de la petitesse des cavités kystiques. L'absence de toute apparence de bourgeonnement ou de cloisonnement nous porte à penser que cette production de nouveaux kystes n'est pas due à une multiplication des anciens, mais à une néoformation complète, et l'atrophie des conduits au voisinage du tissu morbide nous indique que cette néoformation ne consiste évidemment pas en une transformation des tubes séminifères.

Comment désigner cette tumeur dans le langage histologique (1)? On a déjà employé pour des tumeurs semblables à celle-ci, les mots de kystome, myxoïd cystom, sarcome kystique, kysto-adénome, hétéradénome kystique... Je rejette les deux premiers, parce qu'ils n'ont qu'une signification macroscopique ; le troisième, parce que le stroma de la tumeur n'est pas constitué par du tissu sarcomateux ; les deux suivants, parce que nos surfaces kystiques ne ressemblent pas à des surfaces glandulaires, mais bien plutôt à des surfaces muqueuses. L'expression d'*épithéliome myxoïde*, que j'ai déjà proposée pour les kystes de l'ovaire (2), me paraît préférable. En effet, l'existence du revêtement épithélial, qui est le fait typique de la tumeur, est mise en relief par le nom d'épithéliome, et le qualificatif de myxoïde, déjà employé dans le même sens, par Waldeyer (3), indique la nature de ce revêtement épithélial, et distingue la tumeur des autres formes d'épithéliomes : épithéliomes dermoïdes, épithéliomes pavimenteux, cylindriques, etc.

On pourrait objecter que le mot d'épithéliome est souvent employé par les cliniciens, comme synonyme de cancroïde. Je répondrai que c'est une erreur de langage ; car si, à la vérité, beaucoup d'épithéliomes se présentent cliniquement sous la forme de cancroïdes, d'autres nous apparaissent sous d'autres aspects cliniques : sous la forme de cancers (certains cancers de l'estomac, du foie, etc.), sous la forme de lupus (cas d'esthiomène de M. Cornil) (1).

(1) Il est très-important, dans l'état actuel de la science, de ne pas donner aux tumeurs le même nom, selon qu'on les considère au point de vue clinique, au point de vue macroscopique, ou au point de vue histologique. En effet, deux tumeurs qui nous semblent avoir des symptômes cliniques semblables, peuvent avoir des caractères anatomiques différents ; de même, deux tumeurs qui nous paraissent semblables d'aspect, vues à l'œil nu, peuvent être de structure différente, après examen histologique ; inversement, deux tumeurs qu'on croit de même nature histologique, peuvent avoir des caractères macroscopiques et des symptômes cliniques différents. En faisant avec soin cette distinction, on éviterait de désigner par le même mot des choses différentes, d'où ces confusions qui stérilisent si souvent nos discussions.

(2) *Bulletin Société anatomique*, 1874, p. 359.

(3) Waldeyer. *Archiv. für gynækologie*, t. I, 1870.

Quant à l'épithète de myxoïdes, elle a, je le crains, l'inconvénient de prêter à la confusion avec les tumeurs constituées sur le type du tissu muqueux, et qui depuis longtemps sont désignées sous le nom de myxomes. On pourrait peut-être éviter cette confusion, en lui substituant le terme de muquoïde, qui malgré son hybridité, rappelle mieux à l'esprit, l'idée d'une muqueuse.

J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer (2) combien les épithéliomes myxoïdes ou muquoïdes forment un groupe naturel de tumeurs ; je me contenterai ici d'insister, en manière de preuve, sur la ressemblance frappante qui existe entre cette tumeur et certains kystes de l'ovaire, ressemblance qui avait déjà frappé Boyer (3), et qui, depuis, a été signalée par Virchow et bien d'autres pathologistes.

Dans le testicule, ces tumeurs sont rarement des formes pures ; elles sont, comme je le disais au commencement de cette note, ordinairement associées, soit à de l'enchondrome, soit à du sarcome, soit aux deux néoplasmes simultanément. Sur onze cas de tumeurs kystiques du testicule, que j'ai relevées dans nos Bulletins, il n'en existe qu'un seul qui paraisse complètement semblable à celui-ci (4). Dans trois autres, le stroma contient des noyaux cartilagineux (5). Cinq sont très-probablement des tumeurs sarcomateuses (6). On décrit, en effet, dans deux de ces cas, des masses encéphaloïdes ; dans deux autres cas, des masses fibro-colloïdes ; le cinquième, qui est plus récent, est certainement du sarcome ; enfin, dans les deux derniers cas, il existe en même temps des masses cartilagineuses et des masses sarcomateuses (7).

Les tumeurs à stroma purement fibreux, et peut-être celles qui ne contiennent que des noyaux cartilagineux, paraissent être des tumeurs bénignes et répondre au type clinique désigné sous le nom de maladie kystique. Mais celles qui renferment à la fois du tissu sarcomateux et du tissu cartilagineux sont des tumeurs malignes, qui, à leur début, peuvent revêtir l'apparence extérieure des formes bénignes, et être prises pour des cas de maladie kystique. Cette dernière catégorie de tumeurs semble montrer que les épithéliomes myxoïdes purs peuvent, à la façon de certains tissus épithéliaux normaux, devenir soit enchondromateux, soit sarcomateux ; elle nous mène, par une série d'intermédiaires morphologiques, aux tumeurs purement enchondromateuses et purement sarcomateuses.

(1) *Bulletin Société anatomique*, 1874, p. 232.

(2) *Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 360.

(3) Boyer. *Maladies chirurgicales*, t. X, p. 265.

(4) Obs. TRÉLAT, *Bulletin de la Société anatomique*. 1852. p. 530.

(5)	Obs. PANAS	—	—	1857...	p. 387
	— JOUDU	—	—	1859...	161
	— CHANTREUIL	—	—	1869...	321
(6)	Obs. MAROTTE	—	—	1833...	168
	— HÉNOCQUE	—	—	1867...	295
	— LEBERT	—	—	1851...	374
	— ROCQUES	—	—	1856...	98
	— RENDU	—	—	1871...	226
(7)	Obs. LETENNEUR	—	—	1838...	303
	— NEPVEU	—	—	1870...	66

NÉCROLOGIE. — La mort de M. le Dr WARNIER, représentant du département d'Alger, a été annoncée à l'Assemblée nationale par M. Ricard, qui présidait la séance. M. Warnier a succombé à une attaque d'apoplexie. En quelques paroles émues, M. Ricard a rappelé les services que ce député avait rendus dans la discussion de toutes les questions qui intéressent le sort de l'Algérie. L'honorable M. de Chabaud-La Tour est ensuite monté à la tribune et s'est associé aux regrets qui venaient d'être exprimés. Témoin, en Algérie, pendant six années, des efforts faits par M. le Dr Warnier pour développer notre belle colonie, l'ancien Ministre de l'Intérieur est venu rendre un juste et éclatant hommage à ce représentant par excellence de la colonisation algérienne. M. Warnier avait passé la plus grande partie de son existence en Algérie, où il était allé pour la première fois, en 1834, en qualité de médecin militaire. Il avait fait partie d'un grand nombre de missions politiques dans notre colonie. En 1844, il fut attaché comme agent politique à l'expédition maritime du Maroc et, à ce titre, négociateur du traité de Tanger. En 1848, il fut nommé directeur des affaires civiles de la province d'Oran, puis membre du conseil du gouvernement de l'Algérie.... M. le Dr Warnier était âgé de 65 ans. (*La République française*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le secrétariat de la Faculté de Médecine.

Il y a quelques mois, le doyen de la Faculté de Médecine procédait radicalement à des réformes devenues urgentes dans les faits et gestes du personnel du secrétariat. On pouvait dès lors espérer que tout marcherait à souhait et qu'on n'aurait plus à signaler des abus criants, préjudicieux aux intérêts des étudiants, en général, et aux droits de plusieurs en particulier. Mais, comme les ministres, leurs supérieurs hiérarchiques, les secrétaires passent et les errements subsistent. Peut-être ces histoires bizarres et fantaisistes de changement de doyen, données pour véridiques un matin, démenties le soir, ont-elles une certaine relation avec les faits qui nous sont signalés. On comprend que, partagé entre les sollicitudes d'un enseignement sur un théâtre nouveau dont, soit dit en passant, les portes eussent dû lui être ouvertes depuis longtemps, et les ennuis d'une administration difficile, l'honorable M. Wurtz ait songé de préférence à ses études favorites ; là se trouve peut-être le vrai motif de cette démission annoncée comme irrévocable. Mais il est possible aussi que cette perspective d'un changement prochain laisse trop libre carrière aux négligences de Messieurs les Employés. Pour préciser un peu, voici les faits qui nous ont été signalés ces jours derniers :

Un élève ayant consigné pour son cinquième examen de doctorat en juin 1874 a été appelé à passer cet exanen en avril 1875 ; on m'objectera que l'élève pouvait aisément demander sa mise en série et réclamer auprès de qui de droit. Apparemment il n'était pas pressé ; mais à quoi servent paperasses et bureaucrates si les étudiants sont obligés de surveiller le fonctionnement des registres.

Nous passons à moitié condamnation sur ce fait, car une part de responsabilité incombe au secrétaire passé. Mais voici qui revient de droit au secrétaire actuel : un élève ayant consigné pour un examen de doctorat, nous ne saurions au juste préciser lequel, reçoit un beau matin avis que, ne s'étant pas présenté au jour fixé pour l'examen, il perd le montant de sa consignation et sera considéré comme refusé.

Or, aucune lettre d'avis, aucune convocation n'avait été reçue. La poste a bon dos et une lettre égarée ne se compte pas, quoique la chose se montre rarement en temps ordinaire. Mais ce n'est pas un fait isolé ; il s'est répété à notre connaissance pour trois étudiants. Pour un de ces messieurs plus récalcitrant, d'autres diront plus jaloux de ses prérogatives, la comédie a été poussée plus loin. Sur sa réclamation on affirme que la lettre de convocation a été envoyée ; affirmation du contraire par l'étudiant ; bref, l'examen est remis et c'est alors que, le même jour, l'élève reçoit par une première distribution, la lettre cause involontaire de tout le mal et par une seconde distribution le nouvel avis de convocation pour l'examen. Le malheur veut pour les employés du secrétariat que la poste n'oublie pas d'apposer sa griffe et son timbre est un contrôle bien aisé à vérifier ; du reste, dans le cas présent, la supercherie éclate trop visiblement sous une rature de la date. Pas n'est besoin d'être expert en écritures pour s'assurer du fait ; l'original est entre nos mains. Pour bien témoigner de l'infaillibilité de l'administration, on avait jeté dans la boite les deux lettres à la fois.

Il suffit, nous l'espérons, de signaler ces abus à la vigilance de M. le Doyen et au zèle du secrétaire, rendu, par son titre, responsable des négligences et des fautes de ses employés, pour les faire disparaître. Tous les étudiants sont égaux devant le réglement et la date de la consignation doit devenir la seule règle pour la mise en série ; chacun de cette façon se trouvera satisfait. On évitera des reports inutiles aux bureaucrates et surtout des injustices aux étudiants.

Concours d'agrégation de Chirurgie.

La seconde série d'épreuves, leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparation a commencé le samedi 24 avril. De même que pour le concours de médecine, nous tiendrons nos lecteurs au courant des épreuves et des incidents qui pourraient survenir. Voici les questions qui ont été déjà traitées par les candidats. Le 24 avril : *Du phlegmon périnéphrétique* (Pozzi et Blum) ; le 27 avril : *Des rétrécissements de l'œsophage* (Marchand et Terrillon) ; le 29 avril : *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur* (G. Richelot et Jullien).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

M. RAYMOND communique à la société deux observations intéressantes de paralysie infantile.

I. Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, qui a eu, à sept mois, des convulsions, de la fièvre, et consécutivement une hémiplégie gauche, frappant surtout le membre supérieur et quelques muscles de la jambe du même côté. La paralysie a persisté jusqu'à l'âge de six ans ; alors il a recouvré l'usage de son bras et de sa jambe, en partie du moins. A 15 ans, il apprit le métier de tanneur ; ce métier est très-fatigant, et il se servait principalement de son bras droit pour lisser les peaux. A 17 ans, il y a deux ans environ, il commença à éprouver de l'engourdissement dans ce bras ; il continua cependant sa profession ; mais depuis six mois, il a été obligé de cesser de travailler.

Aujourd'hui, il présente à gauche les traces évidentes de la *paralysie infantile*. Le bras est plus petit que celui du côté opposé, les muscles sont atrophiés ; de même à la jambe, les muscles de la région antéro-externe, ont en partie disparu, d'où le pied-bot, etc. ; en un mot, ce sont les phénomènes classiques sur lesquels je n'insiste pas. Mais à droite voici ce que l'on observe : il lève le bras difficilement ; il se fatigue de suite ; un sentiment de pesanteur succède aux mouvements ; de plus, des contractions fibrillaires très-évidentes se produisent dans le deltoïde, les pectoraux, le long des muscles de l'avant-bras. D'ailleurs la sensibilité est intacte et la douleur à peu près nulle. La contractilité électrique est parfaitement conservée. Dans la cuisse droite, des phénomènes analogues à ceux que je viens de décrire commencent à se montrer. En un mot, cet homme est atteint, actuellement, d'une *atrophie musculaire* ayant sa marche habituelle.

Comment faut-il interpréter ces phénomènes ? Notre homme, de par sa maladie antérieure, a une corne de substance grise, la gauche, malade depuis l'âge de six mois. Généralement la lésion reste une lésion morte ; mais en raison même de la profession, du travail forcé du bras droit, cette lésion s'est étendue à la corne droite, et aujourd'hui les cellules nerveuses sont en voie de disparition, d'où l'atrophie musculaire.

II. Voici maintenant le bras d'une femme de 78 ans, morte à La Salpêtrière dans le service de M. Charcot, d'un cancer de l'estomac. Elle avait une *paralysie datant de l'enfance*, limitée au bras droit ; les premiers phénomènes remontent à l'âge de deux ans. Tous les muscles de l'épaule sont transformés en graisse ; ce n'est plus qu'une masse jaune, huileuse, conservant la forme du muscle, mais sans aucune fibre mus-

culaire. Au bras, le biceps, dans sa longue portion, en présente encore quelques-unes, mais tous les autres muscles sont gras. A l'avant-bras, le rond pronateur, le carré pronateur, le cubital antérieur, les deux radiaux, le court supinateur, et une partie du long sont gras, les autres muscles de la face antérieure ont conservé leur état physiologique. A la face postérieure, l'anconé, le cubital postérieur, l'extenseur propre de l'index et du petit doigt sont gras; les autres sont normaux.

A la main, tous les muscles de l'éminence thénar, à part le court fléchisseur, sont transformés en graisse; les muscles de l'éminence hypothénar, les lombricaux et les interosseux ont leur volume, leur forme, leur structure ordinaires. Cette distribution de la transformation graisseuse explique bien l'attitude fléchie du poignet, et l'extension des dernières phalanges.

Sur des préparations de la moelle cervicale, faites entre la 5e et la 6e paire cervicale, on voit le processus ordinaire de la paralysie infantile, bien connu depuis les leçons de M. Charcot; tandis que la corne gauche est normale, à droite, au contraire, il n'y a presque plus de cellules nerveuses, et en particulier le groupe des grandes cellules externes a complétement disparu; dans la région dorsale et dans la région lombaire, rien de semblable, les deux cornes ont leur structure physiologique.

M. Hénocque demande si on a essayé le traitement par l'électricité. Il a observé lui-même une grande amélioration chez un sujet, âgé de 15 ans, présentant une paralysie essentielle avec atrophie du côté gauche. L'amélioration a consisté d'abord dans le retour de quelques mouvements. L'atrophie musculaire semble aussi avoir diminué.

M. Prévost fait observer qu'il a signalé, dans les Archives de physiologie, un cas d'atrophie des muscles de l'éminence thénar, dans lequel les lésions de la moelle étaient limitées à l'espace compris entre la 7e et la 8e paire de racines nerveuses.

M. Tarchanoff communique à la société le résultat de quelques expériences qu'il a faites avec M. Puelma sur l'action modératrice du pneumo-gastrique. Il a constaté qu'en excitant un des nerfs pneumo-gastriques, on épuisait non-seulement ce nerf, mais encore celui du côté opposé.

M. Hénocque montre des planches représentant des larves de diptères trouvées dans les selles d'un malade. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 avril. — Présidence de M. Gosselin.

M. Depaul a vu dimanche dernier un cheval atteint de *Horse-pox.* Les pustules n'étaient pas très-nombreuses, mais elles étaient disséminées sur tout le corps. L'animal avait la fièvre. Il était abattu, toussait fréquemment. La température était élevée et on pouvait aussi constater l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; les pustules étaient un peu avancées; malgré cela, on a inoculé un enfant et une génisse.

M. Bouley fait observer que les cas de *horse-pox* ne sont pas rares: mais l'affection étant inconnue jusqu'à présent, on ne l'avait guère étudiée et observée. Elle présente quelques symptômes qui pourraient la faire prendre pour la morve. On voit par là combien il est important de bien faire le diagnostic.

M. Lunier lit un travail intitulé : *De l'influence des différentes boissons sur la santé.* L'auteur démontre que l'introduction des alcools de l'industrie dans la consommation présente un grand danger pour la santé publique.

M. Béranger-Féraud donne lecture d'un mémoire pour prouver, contrairement à l'opinion admise jusqu'alors, que *la fièvre typhoïde peut exister et se développer dans les régions tropicales et notamment dans le Sénégal.* L'auteur rapporte à l'appui de son opinion d'assez nombreuses observations prises par lui pendant un séjour de six ans dans notre Colonie. La statistique de l'hôpital militaire de Saint-Louis du Sénégal montre que la fièvre typhoïde entre pour un pour cent environ dans les causes de décès par affections internes. Il n'y a pas non plus, comme on l'a prétendu, antagonisme entre la dothiénenthérie et l'impaludisme.

M. Lefort lit une série de rapports au nom de la commission *des remèdes secrets et nouveaux.* Les conclusions sont adoptées sous discussion.

M. Roger donne lecture d'un mémoire sur l'*Etiologie du choléra*, adressé à l'académie par M. Tholozan, membre correspondant. L'auteur cherche à prouver que le choléra importé d'abord d'Asie, s'est pour ainsi dire acclimaté dans certaines régions d'Europe où il séjourne toujours à l'état latent Il éclate quand il trouve certaines conditions propices à son développement. Une courte discussion sur l'étiologie du fléau et les précautions à prendre contre son envahissement s'élève entre MM. Fauvel, Chauffard, Bouley et Bouillaud.

La séance est levée à 5 heures. G. du B.

Rectification. — Dans notre dernier compte-rendu, une erreur s'est glissée dans la description du *spiroscope* de M. Woillez. Nous avons écrit que l'air arrivait dans le poumon au moyen d'un soufflet. C'est inexact. Le jeu de soufflet sert à faire le vide dans le manchon de verre et l'air pénètre alors dans le poumon, par la simple pression atmosphérique, au moyen d'un tube qui communique d'un côté avec la bronche, de l'autre avec l'air extérieur. (Voyez dans n° 17, page 227, la description et la figure de l'appareil).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 janvier. — Présidence de M. Charcot.

1. Néphrite interstitielle; pleurésie; péricardite aiguë; absence du rein, de la trompe, et de l'ovaire gauche; par M. Exchaquet, interne des hôpitaux.

R. Marie, âgée de 62 ans, est apportée à Necker dans la soirée du 2 janvier 1875 et entre dans le service de M. Potain, n° 1, salle Sainte-Anne.

Elle se plaint d'une oppression très-considérable sans douleur localisée; n'a pas eu de point de côté ni de frisson violent, et est retombée malade il y a deux ou trois jours, après être sortie de l'hôpital de la Charité il y a une quinzaine à peine. Du reste sa fatigue est extrême, et les renseignements qu'elle donne sont très-vagues. — Submatité à la base du poumon droit et en arrière avec respiration rude au même point; respiration très affaiblie dans le reste des deux poumons. Pouls 96, petit et dépressible.

Le 3 *janvier*, on trouve la malade dans un coma complet, avec les membres en résolution; elle réagit à la douleur de la piqûre, mais ne parle pas. La face et les extrémités sont cyanosées, les veines du front très-gonflées; tout témoigne d'une gène extrême de la circulation.

On trouve, en arrière et à la base du poumon droit, la matité constatée la veille, et dans ce point, un souffle rude et peu étendu. La matité précordiale est augmentée; à l'auscultation on entend, surtout au voisinage de l'extrémité inférieure du sternum, un frottement péricardique assez aigu. On entend de plus un dédoublement du premier bruit du cœur donnant à l'oreille le bruit de galop qui est rattaché par M. Potain à l'existence de la néphrite interstitielle.— Diagnostic : Péricardite et pneumonie, droite probablement survenues dans le cours d'une néphrite interstitielle chronique. — Saignée de 200 gr., potion de Tood.

Le *soir*, le coma persiste, la cyanose est moindre, mais le pouls radial est à peine perceptible et les extrémités froides, la mort paraît imminente.

Le 4 *janvier* elle paraît un peu mieux, la respiration est un peu plus libre, le frottement péricardique n'est plus entendu, le souffle du côté droit s'est un peu étendu en avant. Le cathétérisme permet de retirer un peu d'urine contenant une quantité peu considérable d'albumine. T. R. 38°,8. P. 120. — *Soir*, râle trachéal. T. R. 39°,4. Mort à 7 heures.

Autopsie le 6 *janvier* — Le poumon gauche ne présente pas d'altération notable; à droite, adhérences anciennes et épanchement séreux d'un demi-litre environ. Le lobe inférieur du poumon droit est hépatisé.

Le *péricarde* incisé ne contient pas une quantité anormale de liquide; sur la face antérieure du *cœur*, quelques plaques de péricardite récente.

Certains points peu altérés à la vue, sont rugueux et donnent au doigt la sensation de langue de chat.

Les cavités du cœur sont gorgées de caillots qui témoignent

de la longueur de l'agonie. Le cœur droit est dilaté et ses parois amincies ; le cœur gauche présente un degré moyen d'hypertrophie. Le fonctionnement des valvules est normal, on trouve seulement, sur les bords des valvules sigmoïdes de l'aorte et sur certains points de la valvule mitrale, de petites végétations rougeâtres et un léger épaississement qui paraissent dues à un processus récent. — Foie muscade. Rate normale.

Le *rein droit* occupe à la région lombaire la direction et les rapports ordinaires. On est frappé en l'enlevant de l'hypertrophie de cet organe. Sa forme est normale, mais il a presque le double du volume ordinaire. Sa longueur est de 14 centimètres, son poids atteint environ 200 grammes.

La capsule s'enlève assez facilement, et met à découvert une surface grenue parsemée d'une multitude de petits kystes transparents, remplis d'un liquide hyalin, dont les plus gros atteignent le volume d'une lentille. A l'extrémité supérieure du rein, on voit une tumeur arrondie, saillante, complètement recouverte par la capsule du rein et qui à la coupe se distingue très-nettement du tissu rénal qui l'entoure. Le centre de la tumeur est formé par un tissu homogène rougeâtre, rappelant un peu l'aspect de certains sarcômes ; la périphérie est formée par une couche jaunâtre qui paraît avoir subi un commencement de dégénérescence caséeuse ; enfin toute la tumeur paraît entourée par une enveloppe fibroïde mince plus marquée sur la partie saillante, mais qu'il n'est pas possible d'isoler. La coupe longitudinale du rein montre une sclérose considérable de la plus grande partie de l'organe; la substance corticale qui a envahi presque tout le rein est résistante et parsemée de traînées blanchâtres. On ne distingue plus que deux ou trois pyramides volumineuses fortement congestionnées. Le calice et les bassinets sont plus volumineux que d'ordinaire, l'uretère n'est pas sensiblement dilaté. *On ne peut trouver nulle part de rein gauche, et rien n'indique l'existence de cet organe.* L'aorte ne donne au niveau des reins qu'une branche droite.

L'uretère gauche est aussi inutilement cherché sur son trajet normal. — La vessie étant enlevée avec les organes du bassin et ouverte, on trouve facilement l'ouverture de l'uretère droit à travers lequel on passe une sonde canuelée ; mais l'examen le plus minutieux ne fait découvrir sur aucun point l'ouverture de l'uretère gauche et on cherche vainement un rudiment de cet organe sur la face interne et externe de la vessie.

On constate en même temps une *disposition anormale* de de même nature dans les *annexes de l'utérus*. Cet organe est atrophié, virginal, et son fond est dévié à droite. La cavité utérine se termine au fond par une extrémité conique qui se continue directement avec la trompe droite. Le ligament large et les organes qu'il contient sont absolument normaux de ce côté, mais paraissent manquer complètement à gauche; on n'y trouve pas trace de l'ovaire ni de la trompe.

Au lieu de s'adosser pour former le ligament large, le péritoine tapissant simplement la face gauche de l'utérus, se réfléchit au niveau du col utérin pour se porter transversalement en dehors vers les parois du bassin. On voit seulement sous la séreuse un vestige du ligament rond atrophié, mais présentant sa direction habituelle.

Quelques recherches complémentaires, en particulier l'étude des vaisseaux utéro-ovariens du côté gauche, manquent malheureusement à cette observation; mais les détails qui précèdent paraissent cependant démontrer d'une façon suffisante l'absence complète chez cette femme du rein et des annexes de l'utérus du côté gauche. Le rein droit ayant ici ses rapports normaux, il est évident qu'il ne s'agit pas d'un des cas, plus souvent signalés, où les deux reins réunis par, leur extrémité supérieure, formaient un organe unique en fer à cheval et situé sur la ligne médiane.

2. Endocardite ulcéreuse; par M. E. Hirtz, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 24 ans, ébéniste, couché au n° 32 de la salle Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Brouardel).

Son histoire clinique a été négligée par suite d'un changement de service opéré dans les derniers jours de l'année. M. Brouardel ne vit le malade que pendant quelques jours. Il diagnostiqua une endocardite ayant amené une insuffisance mitrale et aortique. Le malade mourut le 2 janvier dans un état adynamique.

A l'Autopsie, on trouve des noyaux d'infarctus dans la rate, qui a cinq fois son volume normal. A la coupe, les noyaux ont une couleur jaune chamois avec un liseré vasculaire très-net à la périphérie. Le *foie* pèse 2,200 gr.; il est en dégénérescence graisseuse, sans infarctus. Les *reins* paraissent sains. Le *poumon droit* contient des noyaux d'apoplexie disséminés.

Cœur. — Liquide citrin dans le *péricarde*. Pas de péricardite. — Insuffisance énorme de la valvule mitrale. Sur les deux valves, végétations en forme de choux-fleurs adhérentes au bord libre. — Végétations analogues sur le bord libre des sigmoïdes aortiques, et sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. — La valvule tricuspide n'a rien d'anormal.

A la partie supérieure de la cloison inter-ventriculaire, immédiatement au-dessus de la surface convexe des valvules sigmoïdes de l'aorte, on voit un petit orifice à bords ulcérés et déchiquetés. Cet orifice mène par un trajet creusé dans la cloison, dans l'infundibulum du ventricule droit, immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

M. Houel. Je ferai remarquer que la communication entre les deux ventricules occupe le siége habituel dans les cas de lésion congénitale ; aussi je n'oserais affirmer que cette communication soit récente. Je sais bien qu'il existe à ce niveau des lésions inflammatoires, mais rien n'empêche d'admettre qu'elles se sont développées sur un orifice existant déjà depuis longtemps.

3. Gastro-entérite ulcéreuse à marche rapide; hémorrhagies multiples; perforation intestinale; péritonite; par M. E. Deffaux, interne des hôpitaux.

Thirste, 30 ans, couturière, est restée il y a trois mois environ, quelque temps dans notre service, pour une hémiplégie faciale gauche, diagnostiquée d'origine rhumatismale et dont elle guérit assez rapidement. Ce fait a son intérêt, puisqu'il nous a permis de nous assurer qu'à cette époque, Thirste ne se plaignait pas de son estomac, et n'éprouvait aucun symptôme de la maladie qui nous la ramène aujourd'hui. (31 octobre 1874).

La malade dit qu'il y a six semaines à peine, elle commença à éprouver des douleurs au creux épigastrique; ces douleurs, d'abord sourdes et continues avec irradiations dans le côté droit et les parois abdominales, augmentèrent rapidement d'intensité et ne tardèrent pas à présenter des exacerbations telles que la malade se tordait dans son lit. En même temps, survinrent des vomissements de deux sortes; les plus fréquents qui succédaient à l'ingestion des aliments, étaient alimentaires seulement, et encore ces aliments n'avaient-ils subi aucune transformation ; Les autres, plus rares, survenaient le matin, ils étaient glaireux et légèrement bilieux (la malade n'est pas alcoolique). L'estomac ne peut supporter aucun aliment, le bouillon seul paraît être toléré. La constipation est opiniâtre, et le ventre un peu météorisé. Quoique affaiblie par ses vomissements et malgré une teinte subictérique surtout appréciable au niveau des conjonctives, la malade paraît avoir un état général assez bon. — Les urines sont rares et présentent par contre un précipité albumineux très-compacte. Rien à noter du côté des poumons et du cœur, et, enfin, renseignement important, la malade affirme n'avoir pas avalé de substance toxique.

En face de ces symptômes, on ne peut se hasarder à porter un diagnostic certain ; les choses en étaient là, quand le 3 *novembre*, après quatre jours de repos à l'hôpital, survint pendant la nuit une hématémèse abondante. Le sang était noir, marc de café et, par conséquent, paraissait avoir séjourné quelque temps dans l'estomac.

Le 4 *novembre*, les vomissements continuent, les douleurs conservent toujours la même intensité; les selles provoquées par un lavement, renferment, outre des matières moulées une assez grande quantité de sang.

Enfin, le 5 *novembre* soir, outre la pâleur et l'affaiblissement, on note une petitesse extrême du pouls et un peu de ballonnement du ventre, le lendemain, la fièvre s'allume et les vomissements continuent de plus belle; cette fois ils ne sont plus sanguinolents, mais bilieux; aussi, à partir de ce moment, on voit se développer tous les symptômes d'une péritonite généralisée, mais avec prédominance des symptômes du côté de la vessie, ténesme, etc....

La péritonite marche rapidement vers un terme fatal, et la mort survient le 10 novembre.

AUTOPSIE. A l'ouverture du ventre, on trouve le péritoine rempli d'une quantité considérable de sang, surtout au niveau de la fosse iliaque droite; c'est du reste au niveau du cœcum que nous allons trouver tout à l'heure la perforation qui a livré passage au sang.

La muqueuse stomacale présente les lésions suivantes : elle est très-œdématiée, très-épaissie par places, deux ou trois fois plus que normalement, et sa surface est criblée de petits points hémorrhagiques. C'est un véritable purpura. De plus, au niveau de la petite courbure, on trouve une ulcération peu profonde à bords déchiquetés et à contours très-irréguliers, de sorte qu'on peut très-difficilement lui assigner une dimension. Cette ulcération paraît être formée par plusieurs petites qui, primitivement, ont dû être circulaires.

Deux ou trois autres ulcérations siégent au niveau de la grande courbure. Rien qu'un peu d'épaississement de la muqueuse dans le duodenum et le jejunum; mais, dans l'iléon, nous retrouvons absolument les mêmes lésions que dans l'estomac. — L'iléon est rempli de sang et deux gros caillots moulés, correspondant au volume de l'intestin, sont arrêtés au niveau de la valvule; même épaississement de la muqueuse; mais là ce ne sont plus les grandes ulcérations analogues à celles de l'estomac, mais bien de petites pertes de substance, circulaires, régulières et coniques, grosses comme un pois, plus profondes et envahissant les autres tuniques jusqu'au péritoine.

Si on regarde l'intestin par transparence, on voit qu'il y a menace de perforation dans beaucoup d'endroits et on parvient à découvrir à la fin de l'iléon une perforation qui aurait à peine reçu une bougie n° 10 (de la filière Charrière.) Tout le mésentère est hypertrophié, œdématié. Le gros intestin est tout-à-fait sain.

Les reins sont légèrement graisseux, et le droit contient un petit point hémorrhagique vers son sommet.

L'ovaire droit renferme, plus qu'un point hémorrhagique, mais bien un petit foyer rempli par un caillot. — Le cœur a été examiné avec soin et il ne présentait aucune altération. Les poumons étaient également sains.

En résumé, cette observation nous a paru présenter un grand intérêt par la rapidité de la marche de la maladie, la coïncidence des lésions stomacales et intestinales et la multiplicité des suffusions sanguines qui en faisait presque une diathèse hémorrhagique.

M. SEVESTRE. Il faut, je crois, rapprocher les lésions intestinales de celles des reins. Car là se trouve peut-être la raison des altérations qui ont été observées.

4. Tumeur cérébrale comprimant le lobe frontal gauche; parésie du côté droit; aphasie; par M. F. BALZER, interne des hôpitaux.

Elisabeth Cardinal, âgée de 62 ans, sans profession, née à Paris, était à la Salpêtrière depuis sept ans, et avait déjà fait plusieurs séjours à l'infirmerie. Dans les derniers temps, elle avait toujours un air étonné, timide, et balbutiait beaucoup, lorsqu'on lui adressait la parole. D'après les renseignements fournis par les personnes qui l'entouraient, elle se livrait fréquemment à la boisson, et aurait été même rapportée à la Salpêtrière dans un état d'ivresse complète. Bien qu'elle fût affectée depuis longtemps d'un tremblement assez intense, sa marche et ses mouvements s'exécutaient assez bien. Au commencement de l'année 1874, elle eut une première attaque apoplectiforme avec perte de connaissance, vomissements, évacuations involontaires, mais elle put rentrer à son dortoir en assez bonne santé, après un séjour de quelques semaines à l'infirmerie.

Le matin du 29 août 1874, elle fut prise d'une seconde attaque semblable à la première, et transportée dans le service de M. LUYS. Le lendemain, on la trouve dans le décubitus dorsal; elle remue ses membres, la figure est rouge, l'air étonné; elle a retrouvé sa connaissance, mais elle ne parle pas, et semble avoir un peu de difficulté à remuer les lèvres.

Les jours suivants, elle retrouve un peu la parole, mais prononce les mots avec difficulté et à voix basse; sa face conserve un air d'immobilité. Elle s'intimide facilement quand on l'interroge, et si on la presse de questions, elle fait signe qu'elle ne peut parler, et manifeste son impatience en tourmentant sa couverture ou les objets qui sont sur son lit. Elle est émotive, et pleure facilement. Quand on lui présente un objet, un verre par exemple, elle finit par en prononcer le nom après plusieurs essais. Si aussitôt après, on lui en montre un autre, une fourchette par exemple, elle continue à prononcer le mot verre, jusqu'à ce qu'on lui fasse remarquer qu'elle se trompe; mais après une nouvelle série d'essais, elle finit par dire le mot demandé. Il arrive parfois que ses efforts restent infructueux, et elle manifeste alors de l'impatience et du découragement. Son intelligence ne paraît pas atteinte, elle comprend ce qu'on lui dit, et agit d'une façon raisonnable. Elle n'essaie pas de se lever pour se promener dans la salle. Le tremblement des membres est toujours assez intense. Le côté droit du corps est notablement plus faible que le côté gauche. Pourtant presque tous les jours, on la fait se promener dans la salle, et elle marche sans soutien. Elle n'a jamais eu d'attaque épileptiforme, ni avant ni pendant son séjour à l'infirmerie. Sensibilité conservée : appétit et sommeil réguliers.

Dans les douze derniers jours, on remarque un abattement et un affaiblissement profonds; la malade tombe, lorsqu'elle veut se lever pour satisfaire ses besoins. Il lui arrive même un soir, de tomber de son lit, et de se contusionner violemment la figure, en plusieurs endroits. Elle a de la peine à retenir sa salive et bave légèrement; elle ne peut tirer la langue hors de la bouche. Dans les deux derniers jours, seulement, elle vomit ce qu'on lui fait prendre. — Mort le 17 novembre 1874.

AUTOPSIE. — Cœur un peu hypertrophié; valvules saines. Pas d'épanchement dans le péricarde, ni dans les plèvres. Adhérences assez nombreuses et anciennes du poumon à droite. Les deux poumons sont assez fortement congestionnés à la base. L'estomac et l'intestin sont sains, la rate normale. Le foie et les reins sont congestionnés.

A l'ouverture de la cavité crânienne, on incise la dure-mère, qui se détache avec facilité, mais en entraînant avec elle des lambeaux d'une *tumeur* qu'on aperçoit dans le voisinage de la faux du cerveau et à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Cette tumeur qui présente le volume d'un gros œuf de poule, est plus large à sa base qui plonge dans les circonvolutions, qu'à son point d'insertion sur la dure-mère.

La pie-mère n'adhère pas à la tumeur : elle l'enveloppe de tous côtés, et se continue au niveau de son pédicule avec celle qui recouvre les circonvolutions. Examinée au microscope, la pie-mère ne présente pas d'altérations. La dure-mère est amincie, au niveau de l'insertion de la tumeur.

Celle-ci comprime les circonvolutions du lobe frontal gauche : elle s'est creusée une loge, formée en avant et en bas par la troisième circonvolution, et refoule en arrière la scissure de Sylvius et les circonvolutions voisines. L'hémisphère droit est refoulé. A la coupe, on voit que la couche optique, et principalement le corps strié du côté gauche, ont un volume moindre que les mêmes organes du côté opposé. Les circonvolutions comprimées par la tumeur ne sont pas ramollies, elles sont seulement aplaties et considérablement atrophiées. Les autres parties de l'encéphale ne présentent pas d'autres altérations.

Après avoir coupé la tumeur en deux, on voit sur un fond violacé se détacher des points grisâtres, qui donnent à la coupe un aspect granité. La tumeur est très-molle; elle se déforme et se désagrége avec la plus grande facilité. La coupe est assez nette, et ne laisse pas sourdre de liquide. Les cellules examinées au microscope après le grattage, sont fusiformes, très-développées. Elles ont un protoplasma légèrement granuleux,

et l'on voit dans leur intérieur un ou plusieurs noyaux, fortement colorés par le carmin. Leurs prolongements très-longs et très-effilés, s'adossent fréquemment bout à bout et paraissent se continuer les uns avec les autres. On ne trouve ni concrétions calcaires, ni tourbillons, comme dans le psammome.

Les coupes faites après durcissement de la tumeur par l'acide picrique, la gomme et l'alcool, présentent une disposition fasciculée. Entre les faisceaux des cellules, on aperçoit un très-grand nombre de vaisseaux sans paroi propre, et sans direction déterminée. Quelques-uns de ces vaisseaux ont des dilatations irrégulières et anfractueuses, parfois considérables, et remplies de globules sanguins.

5. Pyléphlébite; par M. J. Michel, interne des hôpitaux.

G..... Alphonsine, blanchisseuse, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de Lourcine (service de M. Fournier) le 29 septembre 1874. Cette malade a une bonne santé habituelle; elle est bien réglée; depuis quinze jours, elle souffre de démangeaisons à la région pubienne et crurale. Nous ne trouvons que de l'herpès parasitaire, des folliculites des grandes lèvres, et au col une érosion simple.

La malade allait bien, lorsque, le 10 *octobre*, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre ; ni la palpation, ni le toucher, ne fournissent de signes précis.

11 *octobre*, la langue est chargée; la fièvre est très-forte, la malade a des envies de vomir, elle est de plus très-abattue. P. 120. — Huile de ricin.

12 *octobre*. Légère amélioration, mais la malade a beaucoup vomi hier ; elle a eu des frissons pendant la nuit; elle nous dit avoir eu des fièvres (?) il y a 7 ans. P. 106.

Du 13 au 17 *octobre*, l'état de la malade ne se modifie pas; elle a toujours des frissons pendant la nuit, quelques vomissements de temps en temps ; du reste aucune aggravation.

17 *octobre*. Fièvre très-forte hier à la visite du soir. Aujourd'hui nous trouvons de la diarrhée, du ballonnement du ventre, un peu de gargouillement iliaque. — Bouillon. Sulfate de quinine 0,75.

19 *octobre*. La fièvre est continue, mais il y a des exacerbations avec frissons très-forts ; il y en a eu trois hier. T. 39,5. — Sulfate de quinine 1 gr.

20 *octobre*. P. 116. Cette nuit, fièvre très-forte (avec frisson) de minuit à 1 h. moins 1/4 ; les traits s'effilent, le facies pâlit, le nez est pincé: tremblement des lèvres ; pas de délire, pas de diarrhée, pas de vomissements; sueurs profuses; soif exagérée.

22 *octobre*. P. 98. La malade n'a eu hier dans la journée que deux frissons ; l'aspect général est meilleur, la teinte de la peau est moins pâle, moins jaune ; elle ne se plaint d'aucune douleur; elle ne tousse pas.

23 *octobre*. P. 88. Dans la journée d'hier, deux frissons très-courts ; cette nuit un frisson très-prolongé ; le facies est pâle, défait, la langue est sèche ; pas de diarrhée : nous ne trouvons rien d'anormal dans le volume de la rate. — Bromure de potassium, 2 gr.

24 *octobre*. P.84. La malade a eu, hier, un frisson intense, qui a duré près d'une heure, et a été suivi de sueurs. La diarrhée qui avait disparu existe de nouveau depuis l'accès fébrile d'hier; pas de taches sur le ventre ; la malade n'a pas dormi de la nuit; elle est très-abattue, mais n'éprouve cependant aucune douleur spontanée ni à la pression. — Bromure de potassium, 4 gr.

27 *octobre*. P. 98; T. 38°,8. Depuis deux jours, la malade n'a pas eu de frissons pendant la journée, mais elle en a un chaque nuit; après chaque accès, elle éprouve des douleurs très-aiguës dans les articulations et dans les membres.

29 *octobre*. P. 96. T. 39°. La malade n'a pas eu de frissons hier; la diarrhée a disparu; deux vomissements de matière bilieuse. *Pour la première fois*, nous trouvons une hypertrophie notable de la rate, qui n'est pas douloureuse à la pression; le foie n'offre rien de particulier.

30 *octobre*. La malade s'amaigrit; ses traits s'effilent; elle a de la diarrhée; nous trouvons un souffle intense au 1er temps et à la base.

31 *octobre*. P. 116. T. 39°,2. L'hypertrophie de la rate est plus considérable, mais il n'y a toujours aucune douleur à la pression : nous ne trouvons rien dans les poumons, bien que la malade tousse un peu ; diarrhée, 4 selles depuis hier, ballonnement du ventre, pas de taches sur le ventre. — Bain tiède pendant une heure.

1er *novembre*. La malade est plus abattue, la diarrhée est plus fréquente (7 ou 8 selles) ; évacuations involontaires.

2 *novembre*. P. 108. La malade n'a pas eu de frisson pendant la journée d'hier, mais elle a toujours beaucoup de diarrhée ; vomissements bilieux ; la peau est chaude et couverte de sueurs; nous remarquons encore une fois qu'elle n'a jamais eu ni stupeur, ni délire, ni fuliginosités de la langue, ni taches sur le ventre.

3 *novembre*. P. 92. T. 37°,4. La malade a eu hier un frisson qui a duré une demi-heure, et deux selles diarrhéiques; pas de vomissements.

Soir. Accès de fièvre violent; pendant le frisson, P. 128. T. 41,2 ; après le frisson, P. 110. T. 40,6. Légère matité à la base du poumon droit, mais rien à l'auscultation.

4 *novembre*. P. 100. T. 39,6.

5 *novembre*. P. 102. T. 39,4. Depuis deux jours, le ballonnement et la diarrhée ont diminué ; il y a une légère amélioration dans l'état général.

6 *novembre*. P. 104. T. 39,1. Pas de frissons ; pas de taches sur l'abdomen ou la poitrine. Le visage est moins abattu ; la langue est nette, un peu rouge; il n'y a pas eu de diarrhée hier, mais le ballonnement du ventre persiste. Sommeil calme de 1 heure à 7.

7 *novembre*. P. 82. T. 38,8. 5 à 6 selles diarrhéiques, et frissons pendant la nuit.

8 *novembre*. P. 90. T. 38,4. Pas de frissons.

9 *novembre*. P. 112. Frisson d'une heure ; la diarrhée a un peu diminué, mais nous trouvons toujours le même ballonnement du ventre.

10 *novembre*. P. 138. T. 40,4. La malade vient d'avoir un frisson au moment où nous prenons son pouls et sa température; pendant cet accès, elle a eu des vomissements bilieux. La langue est nette, très-rouge ; deux selles diarrhéiques. La malade ne se plaint d'aucune souffrance, si ce n'est au sacrum, où nous trouvons une suffusion rougeâtre des téguments. La rate est toujours très-volumineuse, le ventre est ballonné; le foie est considérablement augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux à la pression — Potion avec extrait mou de quinquina, 4 gr., on supprime le sulfate de quinine. Depuis le 5 novembre, la malade a tous les jours un bain d'une heure à 30°.

11 *novembre*. P. 92. T. 38,6. Respiration soufflante au sommet droit, mais pas de râles. — 12 *novembre*. P. 114; T. 39,2.

13 *novembre*. P. 108 ; T. 39°. La langue est toujours humide, nette, et ne présente pas de fuliginosités ; le foie et la rate n'offrent rien de nouveau; la diarrhée a un peu diminué, mais la malade a toujours des vomissements bilieux : elle n'a plus de forces, le visage ne présente cependant pas d'abattement ni d'hébétude. — Vésicatoire au sommet droit.

14 *novembre*. P. 96. T. 38°,7. La malade présente une teinte ictérique, les urines ne contiennent pas de matière colorante de la bile. Les symptômes sont les mêmes, nous trouvons pour la première fois de l'œdème au niveau des malléoles.

15 *novembre*. P. 116. T. 38°,6. La malade ne peut plus s'asseoir sur son lit ; depuis deux jours elle n'a plus de diarrhée ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, les phosphates sont très-abondants, l'urée paraît diminuée (7 gr. par litre) mais les urines des 24 heures n'ont pu être recueillies.

16 *novembre*. P. 110. T. 37°,4. Même abattement, mêmes symptômes du côté du foie et de la rate. A l'auscultation, nous trouvons une respiration normale en avant; rien à gauche en arrière ; mais il y a un souffle aux deux temps dans la fosse sous-épineuse droite. Quant au cœur, nous trouvons toujours le même souffle, mais moins intense. Inappétence absolue, pas de délire.

17 *novembre*. P. 108. T. 37°,4. Hier soir, vomissements de bile; le sommeil a été agité et interrompu par des cauchemars. La rougeur du sacrum a disparu. Citrate de magnésie, 30 gr.

18 *novembre*. P. 100. Hier soir, deux vomissements de bile ; la malade ne peut rien supporter, ni bouillon, ni vin, ni café. L'abattement est considérable. — 19 *novembre*. P. 112.

20 *novembre*. P. 108. La langue et le pharynx sont couverts de muguet. Lavement avec 500 gr. de bouillon et vin, collutoire au borax.

21 *novembre*. P. 116. T. 37°,4. La langue est absolument débarrassée du muguet. La malade se trouve un peu mieux ce matin ; le ventre est ballonné et sensible, mais il n'y a plus de diarrhée. Mêmes signes à l'auscultation.

22 *novembre*. P. 110. T. 37°,2. Vomissements bilieux pendant la nuit ; la peau est chaude et humide, la langue est rouge.

23 *novembre*. P. 132. T. 37°,2. Les vomissements ont persisté pendant la nuit. La journée est calme ; la malade n'a pas eu de frissons, de délire et de diarrhée ; elle meurt à 11 h. 1[2 du soir sans souffrances, après avoir eu quelques vomissements bilieux.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le cadavre présente une coloration jaune de la peau et des conjonctives.

Cœur volumineux et dur ; il ne renferme pas de caillots ; nous ne trouvons pas non plus de caillots dans les vaisseaux. Epanchement insignifiant dans le péricarde qui est chargé de graisse.

Poumons. Emphysème de tout le poumon gauche, surtout à la base. Nous trouvons au sommet du poumon droit une congestion intense, et des signes d'une véritable pneumonie qui n'avait encore subi sur aucun point la transformation caséeuse. Pas d'épanchement dans les plèvres.

Le *foie* qui ne présente pas d'adhérences anormales, est extrêmement volumineux, et, en l'incisant, il s'échappe un véritable flot de pus ; le pus s'écoule de la veine porte, dont toutes les branches sont remplies ; le pus s'écoule des vaisseaux seulement, et nous ne trouvons dans la substance même du foie aucune collection purulente ; la vésicule biliaire très-distendue est remplie de pus. La membrane interne de la veine porte est érodée sur plusieurs points, mais ces érosions n'ont pas amené de perforations.

La *rate* offre un volume considérable ; elle est dure, très-rouge, elle ne présente d'adhérences sur aucun point. Nous ne trouvons aucune trace de suppuration. Le ventre est très-distendu par les gaz contenus dans les *intestins* ; il n'y a pas d'épanchement : nous trouvons quelques plaques de Peyer rouges, et il semble qu'elles ont été le siége d'une inflammation en voie de réparation avancée, mais il n'y a d'ulcération sur aucune d'elles.—Les *reins* ne présentent rien d'anormal. Le cerveau n'a pas été examiné. Les *vaisseaux* des membres n'ont présenté de suppuration sur aucun point.

6. Examen histologique d'une pièce de « maladie kystique » du testicule, par M. L. Malassez (V. p. 235).

M. Coyne. L'observation de M. Malassez est fort intéressante, mais je lui demanderai quelles raisons il a de douter du point de départ des kystes dans le corps d'Highmore. En examinant la tumeur à l'œil nu, il m'avait semblé que sous le rapport du siége, les kystes correspondaient assez exactement au corps d'Highmore.

M. Malassez. Je ferai d'abord remarquer que la tumeur était partout enveloppée par la substance testiculaire ; quand on compulse les observations, et particulièrement celles qui sont contenues dans le mémoire de M. Conche, on remarque que dans les cas où la masse kystique se trouve en rapport avec la tunique albuginée, ce rapport a lieu à la partie antéro-inférieure du testicule, c'est-à-dire en un point justement opposé au siége du corps d'Highmore.

En second lieu, l'épithélium qui existe à la face interne de ces kystes est différent de celui qui tapisse les conduits du corps d'Highmore. Dans celui-ci, on ne trouve pas cette variété de cellules qui existent dans le cas actuel, cellules plates, cellules cylindriques, cellules caliciformes et cellules à cils vibratiles.

Nécrologie. — M. le Dr A. Belin, ancien interne des hôpitaux, ancien médecin des bureaux de bienfaisance, accoucheur très-répandu, est mort au commencement de janvier.— M. le dr Pierre-Félix Genouville est mort le 24 avril ; il était âgé de 78 ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 1er mars 1875. — Présidence de M. du Vivier.

Observations de tumeurs syphilitiques des muscles sterno-mastoïdiens ; par le docteur Siry.

Nos connaissances sur les tumeurs syphilitiques des muscles sont assez peu complètes pour qu'il y ait intérêt à publier tous les cas que nous sommes appelés à traiter. Tel est le motif qui me fait vous communiquer l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, mariée et mère de plusieurs enfants, qui est atteinte de tumeurs gommeuses du sternum et des muscles sterno-matoïdiens. Mariée à 17 ans, elle devint bientôt enceinte et eut dès le début de sa grossesse des fleurs blanches ainsi qu'une éruption sans prurit sur les seins et à la partie externe des grandes lèvres.

Trois mois après la conception, ces phénomènes disparurent, mais Madame B..., accoucha à 8 mois d'un enfant mort-né. Un second enfant arrivé à terme ne vécut que 6 semaines ; un troisième, venu au monde dans de bonnes conditions apparentes, commença à dépérir vers son quarantième jour et mourut à l'âge de 16 mois ; enfin trois autres enfants qui naquirent successivement sont vivants et se portent bien.

Pourvue d'une forte constitution et placée dans des conditions hygiéniques favorables, Madame B..., n'éprouva aucun trouble dans sa santé jusqu'à l'année dernière. Elle s'aperçut, à cette époque, que la peau de la région sous-claviculaire gauche, dans sa partie interne, était violacée par places et comme marbrée. Huit mois plus tard, le tiers supérieur de la région sternale se tuméfia peu à peu, puis le mal se propageant dans les sterno-mastoïdiens, transforma la presque totalité de ces muscles en deux cordons durs, tout en conservant intacts leur volume et leur forme. Il n'existait de douleurs que dans la région sternale et l'extension de la tête sur le cou était le seul mouvement devenu impossible. Un an après le début des accidents, une petite ulcération se montra sur le sterno-mastoïdien droit et son développement progressif détermina 15 jours plus tard la malade à avoir recours à mes soins.

Le haut de la région sternale est dans une étendue de 6 à 7 centimèt., bombée, d'une résistance un peu élastique à la pression et sans changement de couleur des téguments. Sur la partie inférieure du sterno-mastoïdien gauche, la peau est violacée, un peu amincie et adherente aux organes sous-jacents dans trois points de la superficie d'un gros pois. L'ulcération du sterno-mastoïdien droit, située à 1 centimèt. au-dessus de son attache inférieure est profond de 5 millimèt. au moins, et douloureuse au toucher ; elle revêt une forme ovalaire dont le plus grand diamètre, parallèle à la direction du muscle, mesure 3 centimèt. Les bords de cet ulcère sont décollés dans une étendue d'un centimètre sur tout son pourtour, et son fond, d'une consistance ferme et d'une coloration blanchâtre, sécrète un liquide séro-purulent.

Ces symptômes, joints aux anamnestiques me font diagnostiquer une affection syphilitique tertiaire, je prescris en conséquence des pansements avec la pommade au calomel et l'ingestion d'un gramme d'iodure de potassium par jour, dose qui est doublée la semaine suivante, en même temps qu'on remplace, la pommade au calomel par une pommade à la teinture d'iode. — Le traitement avait été institué le 3 décembre et dès le 17 du même mois, la plaie n'était plus douloureuse, avait perdu sa couleur blanche et fournissait une sécrétion moins abondante.

Dans le courant de janvier, les sterno-mastoïdiens reprennent leur consistance normale dans leurs tiers supérieurs, les points violacés du côté gauche ont disparu et les bourgeons charnus du fond de l'ulcère, dont les bords ne sont plus décollés, arrivent au niveau des téguments ; la dose d'iodure est portée progressivement à 3 gr.

Dans la première quinzaine de février, les muscles recouvrent l'intégrité de leurs fonctions, la plaie commence à se cicatriser. — A la fin de février le sterno-mastoïdien gauche n'est plus induré que dans son quart inférieur et l'ulcération achève de se cicatriser. Le traitement est le suivant : 2 gr. d'iodure de potassium en solution, 25 milligr. de proto-iodure de mercure en pilules et des onctions sur le sternum

avec une pommade à l'iodure de potassium chaque jour; la guérison ne saurait tarder.

Le côté le plus intéressant de cette observation réside dans l'absence d'un traitement quelconque antérieur au mien.

On y voit avec la plus complète évidence qu'en l'absence d'un traitement mercuriel ou ioduré des gommes syphilitiques se sont manifestées, et que ces mêmes accidents ont disparu rapidement sous l'influence de la médication classique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

M. NICAISE, à propos du procès-verbal, lit au nom de M. Alph. Guérin une observation de *hernie ombilicale* irréductible, opérée, sans ouverture du sac et guérie. Il s'agit d'un homme de 79 ans, porteur depuis longtemps d'une hernie ombilicale qui se réduisait facilement : le 13 février 1874, cette hernie ne peut plus être réduite, de graves accidents se manifestent : vomissements, pouls petit, à 100, extrémités froides, face grippée, tout l'aspect de ce qu'on a appelé le choléra herniaire. La tumeur, du volume du poing, est rouge ; une partie est sonore à la percussion, l'autre donne un son mat. Il y a donc de l'intestin et de l'épiploon. — M. Guérin pratique une incision en L, la branche verticale sur la ligne médiane, la branche horizontale au-dessous de l'anneau. Il excise l'anneau fibreux sans toucher au sac, l'intestin se réduit et non l'épiploon qui est laissé en place. Bandage contentif tonique. Les accidents cessent, la guérison survient rapidement.

M. PERRIN lit une observation déjà ancienne sur le même sujet. C'est un gendarme porteur depuis vingt ans d'une hernie ombilicale facilement réductible, chez qui des accidents d'étranglement très-inquiétants se manifestèrent. Le taxis ayant été vainement tenté, M. Hutin, qui avait ce malade à l'infirmerie des Invalides, procéda à la kélotomie. L'intestin et l'épiploon se réduisirent ; il incisa le collet du sac, le sutura, pansa la plaie et les accidents cessèrent. Des abcès survinrent autour de l'ombilic, un scorbut intercurrent vint enrayer la cicatrisation, le malade guérit cependant, mais seulement de sa plaie. Les bords du collet du sac n'avaient pas adhéré et la hernie se reproduisit sans accident.

M. BOINET a opéré trois hernies ombilicales ; la mort est survenue deux fois. Une troisième fois le malade est guéri. M. Boinet ne croit pas comme M. Després que l'excision faite au péritoine par le débridement du sac soit la cause de la mortalité dans l'opération de ces hernies. Il a nombre d'observations qui prouvent le contraire.

M. DESPRÉS présente un jeune homme qui, en tombant d'une balançoire, s'est luxé le poignet en avant.

M. TILLAUX a observé dernièrement un cas fort analogue à celui-ci où il a constaté une luxation *carpo-métacarpienne*. C'est en vain qu'il a cherché dans les auteurs la relation de cas semblables. Il croit que chez le malade de M. Després la lésion est la même. — Une discussion s'engage à ce sujet entre plusieurs membres de la Société. Il est décidé qu'une commission, composée de MM. Perrin, Paulet, et Tillaux, examinera le malade et fera un rapport à la Société.

M. CHAUVEL, du Val-de-Grâce, lit une étude sur la morphine administrée avec le chloroforme comme procédé anesthésique. Il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Ce procédé n'offre aucun avantage particulier sauf dans les cas rares où il faut produire de l'analgésie sans anesthésie. 2° Il est dangereux parce qu'il abaisse considérablement la température, ce qui est très-nuisible surtout à la suite des grands traumatismes.

I. B.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret du 23 avril 1875, le Conseil des Ministres entendu : M. Jourdain, membre de l'Institut, inspecteur général de l'enseignement supérieur, secrétaire général de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, a été nommé membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Wallon, appelé comme ministre à la présidence du Conseil.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté s'ouvrira le 1er août 1875 à Montpellier.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

III. Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie, par Cl. BERNARD. Paris, J.-B. Baillière, éditeur (1).

IV. Éléments d'anatomie comparée des animaux vertébrés, par HUXLEY, membre de la Société royale de Londres.

V. Manuel d'anatomie, par M. FORT, Ad. Delahaye. éditeur.

VI. Les fonctions supérieures du système nerveux. — Recherches des conditions organiques et dynamiques de la pensée, par Antoine GROS. Ad. Delahaye, éditeur.

III. Les leçons du cours de médecine du Collége de France, de 1869-1870, ont déjà été publiées dans la Revue des Cours Scientifiques ; leur rédaction ne laissait rien à désirer, aussi M. Duval n'a-t-il eu, pour les coordonner, et les mettre au courant de la science actuelle, qu'à introduire des résultats nouveaux fournis par les plus récentes expériences.

Le volume, qui vient de paraître, renferme dix-huit leçons, dix sur les anesthésiques et huit sur l'asphyxie. Le savant professeur du Collége de France, dans sa leçon d'ouverture, a montré l'importance de la méthode expérimentale appliquée à l'étude du sang. Rappelant l'histoire de la circulation, les notions données par l'anatomie sur le cadavre, par les vivisections, il a montré ce que devenait le fluide nourricier au niveau des divers organes, aux moments de repos et d'action de ces organes ; puis la composition chimique et le mode de fonctionnement physiologique des divers éléments du sang ; il a bien fait voir surtout que le plasma est un véritable milieu intérieur.

Ces notions préliminaires acquises, commence l'étude des anesthésiques, de l'éther, du chloroforme. Ces agents sont loin d'avoir la même puissance suivant la voie d'absorption, et ce fait a une importance capitale dans l'appréciation des phénomènes observés. — La troisième leçon est consacrée à l'examen des théories de l'anesthésie ; M. Bernard indique que les anesthésiques agissent sur les centres nerveux, et que c'est la circulation qui généralise l'anesthésie de la périphérie au centre, et ensuite, encore sous l'influence des centres nerveux, elle se généralise du centre à la périphérie. Vient la théorie du sommeil avec toutes les discussions auxquelles elle a donné lieu. Toutes les anesthésies se réduisent au même phénomène intime ; il y a des agents anesthésiques divers ; il n'y a qu'une seule anesthésie. — Ensuite sont passées en revue les influences de l'anesthésie sur les diverses fonctions de l'organisme, sur les sécrétions ; les moyens propres à combattre les accidents produits par le chloroforme.

L'étude de l'opium et de ses différents alcaloïdes, morphine, thébaïne, narcéine, codéine, montre la distinction qu'il faut établir entre leurs propriétés hypnotiques, toxiques et convulsivantes, en tenant compte des espèces et des individus.

Les effets combinés du chloroforme et de la morphine et leurs applications à la chirurgie et à l'obstétrique, donnent lieu à des considérations pleines d'intérêt ; des observations cliniques viennent à l'appui ; on sait, du reste, combien cette action a intéressé les chirurgiens, et à combien de discussions elle a donné lieu. Le chloroforme, agissant après la morphine, ajoute son action à celle de cet alcaloïde. La dernière leçon de cette première partie est consacrée à l'étude du chloral ; les lecteurs du *Progrès médical* connaissent complétement la question par les leçons de M. Vulpian publiées l'an dernier par M. Cartaz.

Dans la deuxième partie, M. Bernard étudie l'asphyxie. Après avoir rappelé l'importance de l'intégrité du sang, les susceptibilités diverses des animaux à l'asphyxie, les divers genres d'asphyxie, le professeur reprend l'historique des études faites sur l'asphyxie par les vapeurs de charbon, et fait la critique des idées de Portal et de Troja, à cet égard.

Il cherche ensuite à déterminer la nature de l'agent asphyxiant ; il établit ce fait que l'oxyde de carbone laisse intactes les propriétés des muscles et des nerfs ; qu'il agit sur le sang ; qu'il s'oppose à l'absorption de l'oxygène ; que, par suite, il enlève au sang la propriété d'entretenir la vitalité des tissus, et qu'il agit uniquement sur les globules rouges ; en réa-

(1) Voir le n° 5.

lité, il déplace l'oxygène du globule sanguin, et tue le globule rouge ; il n'y a pas d'anesthésie proprement dite, et l'examen spectroscopique du sang montre les propriétés diverses de l'hémoglobine oxygénée réduite, et de l'hémoglobine oxycarbonée, fait ayant une réelle importance au point de vue médico-légale.

Les symptômes graduels de l'intoxication, le mécanisme du retour à la vie, l'intoxication chronique, la chaleur animale dans ses rapports avec l'asphyxie, la distinction entre l'asphyxie par l'acide carbonique et l'empoisonnement par l'oxyde de carbone; les signes de l'asphyxie mixte; les moyens de rappeler à la vie dans l'asphyxie sont ensuite passés en revue. L'étude des analyses du sang à l'aide de l'oxyde de carbone, de la chaleur animale, principalement dans son mode de distribution, et quelques considérations sur l'oxyde de carbone et l'insalubrité des poêles en fonte ou en fer, terminent ce volume, en tout digne des précédents.

IV. Ce livre est précédé d'une préface du professeur Robin; il a été traduit en français par madame Brunet. Les travaux d'anatomie, de physiologie, de zoologie, d'anthropologie, de M. Huxley, sont connus de tout le monde savant ; et il faut savoir gré à l'anatomiste anglais d'avoir exposé avec sa méthode si sûre et si profonde, dans un livre en somme peu volumineux, ce que les animaux présentent de commun dans leur constitution.

Le point le plus important du livre de M. Huxley est certainement relatif à la description qu'il trace de chacun des groupes d'organes, en les montrant avec les analogies et les différences qu'ils peuvent offrir d'un âge à un autre et d'un groupe de vertébrés à un autre groupe, soit vivants, soit fossiles ; l'auteur est conduit à formuler des considérations brèves, saisissantes et d'un vif intérêt, et à déterminer sûrement la nature réelle des organes qui, d'un animal à un autre, peuvent offrir des variétés sans nombre de formes et de dimensions, et qui cependant peuvent être comprises dans une courte description. De l'étude générale, M. Huxley passe aux faits particuliers, et ses doctrines exposent des faits positifs et non des fictions.

Ce livre, sans analogue en France, a une importance extrême; la méthode est sûre, et les classements qui résultent de l'ensemble des investigations sont inattaquables. On ne peut que louer la traduction de la netteté des détails techniques, et de l'exposé des généralités qui découlent de leur comparaison.

V. M. Fort publie la deuxième édition de son manuel, résumé des trois volumes qui composent le *Traité d'anatomie* du même auteur. Il peut rendre des services, mais seulement pour repasser rapidement l'anatomie.

VI. M. Gros vient d'écrire cinq cents pages pour déterminer les relations qui existent entre les phénomènes de la pensée et l'organisation vivante. Comme le dit l'auteur, la question est, tout à la fois, du domaine de la physiologie et de la psychologie, mais surtout, ajouterons-nous, de la métaphysique. Dans un premier livre, M. Gros étudie la sensation qu'il considère dans ses conditions dynamiques comme une modalité de la force générale; puis les transformations du mouvement extérieur en mouvement organique sensoriel, et de ce dernier en action musculaire; la sensation comme phénomène de conscience; les aspects multiples de la sensibilité. Le second livre, a pour objet les divisions de la sensibilité ; le troisième comprend la sériation des sens ; le quatrième, la sensibilité conceptive et les fonctions des centres nerveux supérieurs, le cinquième, la sensibilité affective et les fonctions du système nerveux ganglionnaire; le sixième, la théorie physiologique de la pensée; le septième, la puissance de coordination supérieure, puis viennent les conclusions.

Ceux qui aiment les spéculations philosophiques peuvent lire le livre de M. Gros ; il est écrit avec talent, mais il ressemble à tous les autres, sauf les pensées, conceptions toutes individuelles, qui sont différentes : leur sujet, qui ne repose que sur des *à priori*, étant toujours diversement compris par ceux qui s'en occupent. F. R.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses de concours d'agrégation
(*Section de médecine.*)

5. Des accidents de la convalescence; par le Dr RATHERY. Ad. Delahaye, libraire éditeur.

Après avoir consacré quelques pages à la convalescence envisagée d'une manière générale et en dehors de toute complication, l'auteur entre au cœur même de son sujet et cherche d'abord à préciser exactement ce qu'on doit entendre par ces mots : *accidents de la convalescence*; il en sépare certains états morbides qui, quoique se développant dans son cours, ne lui sont rattachés par aucun rapport direct.

Les accidents de la convalescence sont nombreux et fort divers. Il était donc important de les grouper en certaines catégories; c'est ce qu'a fait M. Rathery en étudiant dans autant de chapitres distincts les troubles du système nerveux, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire, des fonctions de la peau, etc.

Les *troubles du système nerveux* comprennent les troubles de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité, les troubles mixtes. Le délire avec ses diverses formes, les vertiges, la céphalalgie sont des accidents que l'on rencontre fréquemment; les causes en sont diverses : l'anémie cérébrale, l'inanition, l'altération qualitative du sang, l'excitation trop brusque des centres nerveux paraissent surtout avoir une grande influence. — Parmi les troubles de la motilité, les paralysies sont les plus importants; ce sont elles qui ont surtout attiré l'attention des auteurs, peut-être même d'une façon trop exclusive; aussi M. Rathery, après avoir exposé rapidement l'histoire des paralysies survenues à la suite de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, de la dyssenterie, des fièvres intermittentes, du choléra, après en avoir cherché la pathogénie et l'avoir trouvée la plupart du temps dans des altérations diverses soit des muscles, soit des nerfs, étudie-t-il les autres manières dont peut être atteinte la motilité dans la convalescence. Les convulsions, le tremblement, la contracture lui fournissent matière à un chapitre intéressant et nouveau.

Les *troubles de l'appareil digestif* qui peuvent traverser et entraver la convalescence sont les plus communs; ils auraient surtout pour cause, d'après Réveillé Parise, l'état de cet appareil caractérisé par ces deux phénomènes : sensibilité en plus, contractilité en moins. Cet état explique, en effet, d'une part la faim hâtive, tourmentante, insupportable; d'autre part, si ce besoin est complétement satisfait, les pesanteurs d'estomac, le gonflement abdominal, les flatuosités, les digestions laborieuses, enfin les diarrhées qui ne prouvent que trop combien la force tonique de l'appareil digestif est hors de proportion avec la sensibilité. Il est encore d'autres circonstances où les troubles digestifs reconnaissent des causes plus complexes; c'est là un point parfaitement étudié par notre maître M. Marrotte dans son travail sur le *Régime dans les maladies aiguës*, travail auquel l'auteur à fait de larges emprunts.

Quant aux *accidents* qui peuvent survenir dans l'*appareil respiratoire*, ils ne sont pas nombreux. Nous trouvons surtout la laryngite nécrosique, que l'on observe parfois à la suite de la fièvre typhoïde. — Viennent ensuite les *accidents de l'appareil circulatoire* et qui peuvent avoir pour point de départ, tantôt un désordre dans les fonctions du cœur (palpitations et syncopes), tantôt un trouble dans la circulation périphérique, dont les deux principales conséquences sont les hydropisies et la gangrène. Ce sont là autant de points traités avec les détails qu'ils comportent.

Si nous signalons encore les *troubles des fonctions* génito-urinaires et consistant surtout en une albuminurie dont la cause peut être, soit dans une lésion passagère des reins, soit dans un mouvement exagéré de dénutrition, et les *troubles des fonctions de la peau*, tels que la desquamation et certaines éruptions érythémateuses ou papuleuses, nous aurons à peu près énuméré les principaux accidents de la convalescence, tels que nous les trouvons consignés dans la thèse que nous avons à analyser.

Le travail de M. Rathery se termine par quelques considéra-

tions générales et par quelques indications thérapeutiques qui n'occupent qu'une place restreinte; ce n'était pas, en effet. le lieu d'entrer dans le détail des divers traitements qu'il convient d'appliquer à chaque accident et qui exige une médication spéciale; aussi l'auteur s'est-il borné à quelques indications qui ressortent surtout de l'état d'asthénie du convalescent. Nous ne dirons pas que la thèse que nous venons d'analyser ouvre à la science des horizons nouveaux; toutes les particularités qu'elle contient sont des faits étudiés et connus; mais du moins l'auteur a eu le mérite de rassembler des matériaux disséminés et d'avoir, avec quelque succès, envisagé la question dans son ensemble et à un point de vue général. G. PELTIER.

VI. De l'intoxication saturnine chronique,

br. in-8 de 200 pages, par le dr J. RENAUT, Ad. Delahaye, libraire-éditeur.

Dans sa thèse sur l'*intoxication saturnine chronique*, M. J. Renaut étudie la longue série de modifications et d'accidents corrélatifs à l'entrée, au séjour du plomb dans l'organisme, à son élimination, aux traces qu'il y imprime profondément et qu'il y laisse; il s'écarte ainsi de la ligne généralement suivie dans les descriptions anciennes où l'on étudiait séparément des accidents isolés qui n'avaient entre eux d'autre lien que eur commune étiologie.

Dans l'*intoxication saturnine chronique*, qui n'est autre qu'un empoisonnement à longue évolution, l'auteur étudie quatre ordres de phénomènes :

1° Ceux qui accompagnent l'entrée du plomb dans l'économie et sa fixation. Ce sont pour ainsi dire les accidents primitifs du saturnisme chronique. — Ces accidents peuvent être d'intoxication locale, et dans ce cas, il consistent en *paralysies motrices*, en *paralysies de la sensibilité* à la *douleur*, au *tact*, à la *température*, au *chatouillement*. On observe aussi le *tremblement*, les *crampes*, les *douleurs*, les *fourmillements*. Outre ces accidents locaux, il est d'autres effets de l'imprégnation plombique sur l'organisme; c'est ainsi qu'elle agit sur le *sang* en produisant l'hypoglobulie ainsi qu'on a pu s'en assurer à l'aide de la méthode de numération inventée par M. Malassez; sur le *cœur*, dont l'augmentation de volume est souvent évidente ; sur les *vaisseaux*, en en modifiant probablement la fibre musculaire ainsi qu'il le fait d'ailleurs pour le cœur ; sur les *voies digestives*, en produisant le liseré gingival, en amenant la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires lisses de l'intestin, et l'atrophie ou la disparition des glandules gastriques ; de là la dyspepsie se montrant comme symptôme habituel et à peu près constant; sur les *voies respiratoires*, en conduisant les malades intoxiqués à l'asthme aigu et chronique dont le mécanisme est encore entouré d'obscurité.

2° Les phénomènes qui sont corrélatifs à la présence du plomb dans les organes et dans les tissus et consistant surtout en modifications nutritives ayant chacune leurs aboutissants morbides, résultat des lésions multiples et diverses des organes imprégnés par le métal. C'est dans cet ordre de faits que l'auteur étudie l'imprégnation de l'encéphale par le plomb, c'est-à-dire l'encéphalopathie saturnine, les troubles de la sensibilité générale, l'anesthésie saturnine et ses diverses formes, l'ataxie saturnine; les troubles des organes de la sensibilité spéciale, tels que la surdité, les lésions du goût, les lésions de l'appareil de la vision, les troubles du mouvement, tels que les paralysies généralisées, la paralysie des extenseurs, la paralysie à forme hémiplégique ; les effets produits sur le système locomoteur, contracture, tremblement, arthralgie; les lésions des systèmes fibreux et osseux.

3° Les phénomènes qui accompagnent les efforts que fait constamment l'organisme pour se débarrasser des substances étrangères qu'il contient. Ce sont les accidents corrélatifs à l'élimination du plomb. Le type de ces accidents est l'albuminurie chronique saturnine que l'on observe fréquemment. Outre le rein qui est l'émonctoire principal, il y a encore d'autres organes d'élimination, et particulièrement le foie et peut-être la peau et la muqueuse intestinale. L'albuminurie saturnine est décrite avec beaucoup de soin, d'après les travaux de MM. Ollivier, Gubler, Bouchard.

4° Enfin les phénomènes qui résultent des modifications plus ou moins profondes amenées dans l'économie par l'entrée, le séjour, l'élimination, en un mot par le passage du plomb à travers l'organisme. Cette dernière étude conduit l'auteur à la description de la cachexie plombique proprement dite et à l'appréciation de ses effets généraux.

Ce qui distingue surtout l'intoxication plombique c'est la durée de l'imprégnation toxique qui doit être nécessairement prolongée. Le propre de ces empoisonnements lents n'est pas seulement d'agir sur l'individu et pour le présent, mais aussi dans l'avenir et sur sa postérité. On a commencé à étudier sérieusement la descendance des alcooliques et des saturnins ; y aurait-il donc un alcoolisme et un saturnisme héréditaires comme il y a une syphilis héréditaire ? Ce saturnisme serait-il marqué par l'idiotie, l'imbécilité, l'épilepsie, comme l'a dit le docteur Roque ? De nouvelles recherches seront nécessaires sur ces points intéressants de l'histoire de l'intoxication saturnine.

L'idée qui domine le travail de M. Renaut est éloignée de l'idée primitive et antique ; l'auteur s'attache à montrer comment s'enchaînent et se superposent les accidents de l'intoxication saturnine chronique ; il ne fait pas, ce qui l'aurait conduit beaucoup trop loin, une étude minutieuse de chaque accident pris en particulier, mais il expose dans tous leurs détails les points nouveaux qu'il était important de signaler à l'attention des observateurs. C'est là un véritable progrès et nous devons savoir gré à l'auteur de s'être engagé dans cette voie, malgré les difficultés considérables qu'il a dû rencontrer. G. PELTIER.

VARIA

Mort de M. J.-B. Girard.

Encore un martyr de la profession ! Nous venons de rendre les derniers devoirs à J.-B. Girard, docteur en médecine, mort à l'âge de 27 ans, et j'obéis à ses dernières volontés en vous envoyant *son observation* qu'il m'a chargé de publier.

Girard était souffrant depuis quelques jours lorsqu'il pratiqua, le dimanche 28 mars, la trachéotomie sur un enfant atteint de diphthérie, que l'avait prié de voir un confrère forcé de s'absenter de Paris. Rentré chez lui après l'opération, Girard qui avait reçu quelques gouttes de sang dans l'œil, et qui s'était fait une piqûre à la main gauche en opérant, dit à sa femme qu'il était perdu, qu'il allait avoir le croup.

Le confrère remplacé, et qui m'a demandé de ne pas le nommer, vit le petit opéré, le 30 mars au matin avec Girard. Ce même 30 mars au soir les deux confrères restèrent, depuis neuf heures, auprès de l'enfant, jusqu'à sa mort, qui arriva vers onze heures du soir. Or, vers dix heures et demie du soir, des fausses membranes se faisant entendre dans la trachée, et le petit malade qui asphyxiait ne pouvant les expulser, le médecin habituel de la famille appliquant ses lèvres sur les lèvres de la plaie, essaya d'aspirer ces fausses membranes (1). Vains efforts, dévouement inutile !

Le lendemain, le médecin qui s'était inutilement dévoué fut pris d'une forte angine, pendant cinq jours eut de la fièvre, une hypersécrétion des amygdales considérable et des nuits sans sommeil. Le chlorate de potasse, la sudation, un régime fortement alcoolisé et par dessus tout la vigoureuse constitution de notre confrère triomphèrent de ces accidents.

Girard lui, consultant moins ses forces que son courage, tout fatigué et souffrant qu'il était déjà avant cette malheureuse trachéotomie, continua encore pendant huit jours à voir ses malades. Mais le dimanche 4 avril il fut forcé de s'arrêter et de prendre le lit qu'il ne devait plus quitter.

Des confrères, amis dévoués, vinrent s'installer au chevet de son lit à côté de sa courageuse jeune femme. On crut d'abord que le repos et quelques expectorants auraient raison d'une bronchite avec point de côté. Hélas! la bronchite prit bientôt les caractères d'une pneumonie, mais d'une pneumonie bâtarde à laquelle succéda une diphthérie des bronches et des bronchioles dans les deux poumons. Lorsque l'expulsion des fausses membranes ne laissa plus de doute à personne sur la nature de la maladie, Girard qui ne croyait pas à la possibilité de sa guérison, calme et résigné comme un philosophe, se prépara sans plaintes et sans reproches à quitter sa famille et ses amis. Avec le courage d'un stoïcien, il suivait sur ses doigts cyanosés les progrès de l'asphyxie et écrivait ses dernières volontés... Puissent les témoignages de sympathie donnés par la population de son quartier, alléger un peu les douleurs de la veuve!

Traducteur testamentaire des préoccupations scientifiques d'un confrère, je ne dois pas m'arrêter à faire ressortir la différence de réciprocité morbide des deux médecins en cause. L'un robuste et bien portant s'expose presque impunément ; l'autre moins robuste, affaibli et souffrant gagne la diphthérie. Je ne dois pas me borner à dire que Girard médecin et médecin instruit, qui

(1) Ce sont là des pratiques, employées chaque fois que l'occasion le veut, par les internes des hôpitaux d'enfants.

aurait crû à la guérison d'un maçon de ses clients, ne croyait pas à la sienne. Hélas! c'est l'éternelle désespérance des médecins. Pour obéir à un maître aimé, le docteur Gombault, qui nous a aidés de ses savants conseils, il prend les médicaments qu'on lui présente ; mais il les prend sans espoir, il ne réagit pas.

Il faut encore que je dise, et ceci pour la plus grande édification des jeunes praticiens, que le médecin qui a dû confier son malade au pauvre Girard, ce médecin à qui la mère affolée du petit opéré promettait des milliers de francs si son enfant guérissait, ce médecin qui n'a dû qu'à sa robuste constitution de ne pas gagner la diphthérie, ce médecin qui était un phénix, un aigle, au dire de la mère, avant la maladie de son enfant; ce médecin n'est plus maintenant qu'un ignorant, un misérable, toujours au dire de la mère. J'ai vu et lu, de mes yeux lu, trois lettres d'insultes et de grossièretés écrites à ce confrère, par cette femme sans pitié. Ces trois lettres, je le sais, seront ses honoraires. *Et nunc intelligite, erudimini*.....

Dr Jourjon.

Exposition internationale et congrès d'hygiène et de sauvetage de 1876, sous la haute protection du roi des Belges.

L'idée émise par la *Société royale des sauveteurs de Belgique*, présidée par M. le lieutenant général Renard, aide de camp du Roi, de réunir et de créer à Bruxelles, en 1876, un congrès et une exposition spéciale et internationale d'engins, d'appareils et de procédés d'hygiène et de sauvetage va être mise à exécution. Un grand nombre de personnes, dont les noms sont publiés, ont résolu de fonder à cet effet une société anonyme. Elles sollicitent le concours et l'adhésion de tous ceux qui se sont préoccupés de questions ayant pour but la protection et l'amélioration de la vie humaine, les progrès de l'hygiène publique et le développement intellectuel et moral des ouvriers industriels et agricoles.

Des faits récents rendent cette œuvre tout à fait opportune. Des incendies terribles ont dévoré des villes presque entières ; des collisions funestes ont lieu fréquemment sur les chemins de fer et sur la mer, et le nombre en croîtra encore avec le développement de la civilisation et des transactions ; les flottes marchandes se multiplient et aussi les naufrages qui affligent les côtes à chaque tempête; la guerre ne se fait plus avec des armées restreintes : des populations entières sont conduites sur les champs de bataille, et les secours officiels sont impuissants à soulager les victimes qu'elle engendre ; des épidémies reviennent périodiquement jeter l'effroi dans les populations ; les industries diverses s'accroissent sans cesse, elles absorbent de plus en plus les bras valides des villes et des campagnes. Quelques-unes compromettent à chaque heure la vie des ouvriers, tandis que d'autres amènent l'étiolement de ceux qui s'y livrent.

Des congrès périodiques, accompagnés d'une exposition internationale d'engins, d'appareils et de procédés d'hygiène et de sauvetage, seront institués. Un premier congrès aura lieu à Bruxelles, en 1876. Le *président d'honneur* sera M. le comte de Flandres, et le *vice-président* M. Anspach, bourgmestre de la ville de Bruxelles. Des règlements généraux fixeront les conditions d'admission à l'exposition et au congrès. Ils seront envoyés ultérieurement aux exposants et aux intéressés par les soins des comités régionaux ou locaux.

Tout souscripteur d'action aura le droit d'assister aux séances du congrès. Tout souscripteur de cinq actions au moins fera partie de droit du congrès et en recevra toutes les publications. Les souscripteurs de dix actions au moins auront, en outre, droit à une carte permanente et personnelle d'entrée à l'exposition. L'exposition sera divisée en 10 classes : 1° le sauvetage en cas d'incendie ; 2° les appareils et engins de toutes espèces servant sur l'eau et dans l'eau pour diminuer les dangers, prévenir les accidents et porter les secours ; 3° les appareils pour prévenir les accidents de la circulation sur les routes, les tramways et les chemins de fer ; 4° les secours en temps de guerre, comprenant les moyens de transports, les appareils chirurgicaux, les ambulances, les appareils pour la conservation, l'inhumation ou l'incinération des cadavres, l'assainissement des champs de bataille et des lieux de campement ; 5° l'hygiène et la salubrité publiques ; 6° l'hygiène, les moyens préventifs et le sauvetage appliqués à l'industrie; 7° l'hygiène domestique et privée ; 8° la médecine, la chirurgie, la pharmacie, dans leurs rapports avec les classes qui précèdent ; 9° les institutions ayant pour objet l'amélioration de la condition des classes ouvrières ; 10° l'hygiène et le sauvetage dans leurs applications à l'agriculture (*Gaz. hebdom.*).

Expédition dans l'archipel Indien.

Une expédition s'organise en ce moment qui peut être intéressante au point de vue des recherches scientifiques à faire sur une terre fertile, où l'on trouve plus encore que dans l'Afrique centrale peut-être, des animaux rares, des insectes, des plantes de toutes sortes dont les propriétés médicinales sont peu connues : il y a là un vaste champ ouvert aux découvertes que pourrait tenter soit un médecin, soit un naturaliste.

Le personnel de l'expédition, d'ailleurs, appelle à lui des *médecins* aussi bien que des ingénieurs, des agriculteurs, etc... hommes nécessaires, suivant le plan adopté, à la fondation de l'établissement colonial par où l'entreprise doit commencer, et dont l'étude, déjà faite, promet des bénéfices. — Cet établissement deviendra ensuite un centre d'explorations, où chaque sociétaire exercera ses aptitudes spéciales au profit de l'œuvre commune et à son propre profit. Ceux de nos lecteurs qui voudraient être plus amplement renseignés sur une affaire dont nous ne connaissons que le plan, peuvent s'adresser à M. Brau de Saint-Pol-Lias, 129, rue de Rennes, l'un des promoteurs de ce projet.

Académie des sciences. L'Académie décernera pour la seconde fois, dans sa séance publique de l'année 1875, trois prix de *dix mille* francs chacun (fondation du docteur Louis Lacaze), aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie. Les travaux devront être déposés, manuscrits ou imprimés, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1875.

Prix Savigny, fondé par Mademoiselle Letellier. Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par Mademoiselle Letellier, au nom de Savigny, de la somme de *vingt mille francs* pour la fondation d'un *prix annuel* en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section de zoologie, *vingt mille francs*, au nom de Marie-Jules-César Le Lorgue de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Egypte et de l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de *vingt mille francs* être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne recevront pas de subvention du Gouvernement et qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Egypte et de la Syrie. »

Grand prix de médecine et chirurgie, question proposée pour 1866, remise à 1869, à 1872, et enfin à 1876. L'Académie avait proposée, comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie, la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique*. Les concurrents devaient : 1° indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques. 2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et, en particulier, au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents soit à l'action des courants continus. Dans un rapport où elle a exposé les motifs de son jugement, la Commission n'ayant pas jugé qu'il y eut lieu à décerner ce prix, a proposé de proroger le concours à l'année 1876. Les conclusions ont été adoptées par l'Académie. Le prix de la somme sera de 5,000 fr. Les ouvrages écrits en français, devront être parvenus au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1876.

Académie des sciences. *Prix Montyon* (physiologie expérimentale). — Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818, l'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *sept cent soixante-quatre francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Prix Montyon (arts insalubres). — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre*. L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques. Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée*. Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné. Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé ; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales. Conformément à l'ordonnance du 23 août 1829, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur. Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le premier juin de chaque année.

Pilules anticatarrhales (Paris).

Acide benzoïque....................	75 centigr.
Extrait de pavots....................	1 gr.

Une par jour, pour faciliter l'expectoration des personnes atteintes de catarrhe pulmonaire chronique. On conseillera en outre de respirer de temps en temps les vapeurs de goudron de houille.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. MILLARD. Salle Saint-Vincent : 5, 7, 8, pneumonie; 6, pleurésie chronique; 9, pleurésie, thoracentèse; 12, rhumatisme articulaire aigu; 13, rhumatisme chronique; 14, 16, sciatique; 18, variole; 19 bis, ataxie locomotrice; 23, cirrhose; 26, affection mitrale; 28, péritonite chronique. — Salle Sainte-Joséphine : 2, phlegmon pelvi-utérin; 5, pneumonie caséeuse; 11, fièvre typhoïde; 12, pleurésie; 14, affection mitrale; 15, 16, 20, phlegmon iliaque; 15 bis, péritonite chronique; 18, varioloïde; 22, méningite; 26, hystérie; 28, cancer de l'utérus (femme de 22 ans); 30, tumeur cérébrale d'origine syphilitique; 34, hystéro-épilepsie.

Service de M. JACCOUD. Salle Saint-Jérôme : 4, pneumonie typhoïde; 3, fièvre typhoïde; 14, diabète; 7, 29, rhumatisme articulaire aigu; 16, gangrène symétrique des extrémités. — Salle Sainte-Claire : 3, rhumatisme et affection cardiaque; 7, affection mitrale; 11, rougeole boutonneuse; 15 bis, chorée; 17, 18, variole; 19, méningite chronique; 19 bis, pleurésie.

Service de M. SIREDEY. Salle Saint-Augustin bis : 1, pneumonie chronique; 3, leucocytémie; 5, pneumonie du sommet; 8, bronchite et emphysème; 13, diarrhée chronique consécutive à une dyssenterie des pays chauds; 15, fièvre typhoïde; 17, rhumatisme articulaire aigu; 18, emphysème, bronchite, affection cardiaque; 23, gangrène symétrique des extrémités ; 24, sacro-coxalgie; 30, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Geneviève : 2, pelvi-péritonite; 3, asystolie; 5, insuffisance mitrale; 11, péritonite; 13, cirrhose; 18, angine herpétique; 24, albuminurie; 27, coliques hépatiques; 33, phlegmon du ligament large.

Service de M. RAYNAUD. Salle Saint-Landry : 7, érysipèle de la face; 12, 22, pneumonie; 14, sciatique; 23, fièvre typhoïde; 26, albuminurie aiguë; 32, rhumatisme articulaire aigu, pleurésie double. — Salle Sainte-Mathilde: 8, rhumatisme articulaire aigu avec érythème circiné; 12, chorée; 15, pneumonie double; 33, chlorose.

Service de M. GUYOT : 5, cancer de l'estomac; 9, maladie de Bright; 10, pneumonie; 13, 17, pleurésie; 14, érysipèle de la face; 20, asthme, affection cardiaque; 21, adénopathie bronchique; 28, rhumatisme, péricardite; 29, sciatique; 32, ataxie locomotrice; 33, empoisonnement par le laudanum.

M. PANAS, chargé du cours d'ophthalmologie, commencera son cours lundi 3 mai à 9 h. du matin (Salle Helmotz). Lundi : leçon théorique, examen des maladies; jeudi : opérations et exercices ophthalmologiques.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Chirurgie.* Service de M. SÉE. Salle Napoléon : 1, rupture de l'urèthre, fistule périnéale consécutive; 5, division congénitale du voile du palais; 14, nécrose du maxillaire inférieur; 16, grenouillette sublinguale; 50, tumeur congénitale du petit orteil. — Salle Sainte-Eugénie : 2, fracture de jambe compliquée; 8, ostéite épiphysaire du 5e métatarsien; 21, tumeur de l'orbite (fongus de la dure-mère); 32, tumeurs de la langue; 40, fistule lacrymale.

Médecine. Service de M. BERGERON. Salle Sainte-Mathilde : 1, contracture hystérique; 2, kyste hydatique du foie; 12, coqueluche et bronchite grave; 15, rougeole, broncho-pneumonie; 21, croup. — Salle Saint-Benjamin : 2, hémorrhagie cérébrale; 9, tuberculose généralisée; 12, croup; 24, hépatite chronique ? 28, tumeur du foie; 30, bronchite capillaire, rougeole.

Service de M. TRIBOULET. Salle Sainte-Marguerite : 13, rougeole; 5, 7, 11, coqueluche; 15, fièvre continue: 17, pneumonie caséeuse; 19, insuffisance et rétrécissement mitral.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL. Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. Salle Saint-Augustin (F.) : 5, tumeur du sein; 14, fracture de la rotule; 12, abcès froid de la partie supérieure de la cuisse; 20, 22, 24, fistules vésico et recto-vaginales. — Salle Saint-Louis (H.) : 3, fracture du péroné avec luxation du pied en dehors; 4, fracture de jambe par torsion; 6, orchite chronique; 7, adénite inguinale; 11, péri-arthrite du genou; 13, rétrécissement de l'urèthre, spasme uréthral consécutif; 14, hypertrophie de la prostate; 15, sarcocèle; 19, pied bot varus équin ; 22, épithélioma de l'oreille; 25, contusion des viscères abdominaux ; 34, hexostome de la bourse séreuse sous-calcanéenne; 38, testicules syphilitiques; 39, brûlures étendues du bras gauche; 50, tumeur du bassin.

Service de M. GOMBAULT. Salle Sainte-Eugénie : 17, insuffisance aortique, polyurie; 19, ataxie, 21 ans; 23, phthisie ; 18, tumeur sarcomateuse du bassin; 14, cirrhose, encéphalite chronique; 41, insuffisance mitrale, ictère; 33, érythème noueux douloureux. — Salle Saint-Benjamin : 13, dilatation des bronches; 10, rougeole à 25 ans; 1, ulcère de l'estomac; 9, diabète, balanite, orchite.

Hôtel-Dieu. — Service de M. BÉHIER. Leçons cliniques les lundis et vendredis, à 9 h. 1/2. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 1, affection cardiaque; 4, saturnin; 6, rhumatisme; 13, 26, pneumonie; 15, pleuro-pneumonie; 31, carcinome; 32, fièvre intermittente; 33, sciatique; 34, aphasie, hémiplégie droite; 38, érysipèle; 40, mal de Bright. — Salle des femmes : 1, métro-péritonite; 3, hémiplégie; 6, sclérose en plaques; 19 bis, paraplégie; 20, paralysie consécutive à une dothiénentérie; 22, hémorrhagie cérébrale; 26, métrite; 27, érysipèle.

Service de M. GUÉRIN. Visite à 8 h. du matin. (H.) : 4, choroïdite pigmentaire; 6, fracture de jambe; 7, coxalgie; 9, fracture des deux malléoles à droite; 18, ophthalmie purulente; 21, ostéite du maxillaire supérieur; 22, symblépharon de la paupière supérieure droite; 26, tumeur blanche du genou; 27, polype naso-pharyngien vasculaire ; 30, rétrécissement de l'urèthre; 31, pied bot varus équin.

Service de M. RICHET. Leçons cliniques les mardis et samedis à 9 h. 1/2. — M. CUSCO, consultations (maladies des yeux) le jeudi à 10 h. — M. HÉRARD, consultations le jeudi et examen des malades par les élèves le vendredi à 9 h. 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr BLACHEZ, chargé du cours complémentaire, commencera ses leçons le samedi 1er mai, à 9 h. du matin. Jeudi et samedi.

Enseignement médical libre.

Maladies de la peau. — M. le docteur HILLAIRET, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé *ses conférences cliniques sur les maladies de la peau*, le jeudi 29 avril 1875 et les continuera les jeudis suivants. Examen des malades à 8 h., salles Saint-Louis et Henri IV. — Conférence théorique à 9 h. 1/2.

Maladies des yeux. — M. le docteur GALEZOWSKI commencera son cours public sur les maladies des yeux (opération de la cataracte et iridectomie), le lundi 3 mai 1875, à 7 h. 1/2 du soir, dans l'amphithéâtre, n° 3, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis, jusqu'à la fin du mois de mai.

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 23 avril 1875, on a constaté 1,072 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 18; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 12; — bronchite aiguë, 53;— pneumonie, 144;— dyssenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 1; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 10; — croup, 6; — affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 294; — affections chroniques, 444, dont 171 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 28; — causes accidentelles, 24.

LONDRES. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 11 au 17 avril 1,675, savoir : variole, 1; — rougeole, 18; — scarlatine, 28; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 8; — bronchite, 267 ; — pneumonie, 130 : — dyssenterie, 1; — diarrhée, 22; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 10; — croup, 19, — coqueluche, 76.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de l'histoire des connaissances chimiques.* M. Chevreul commencera son cours le mardi 4 mai à 9 h. 3/4 (grand amphithéâtre du muséum). Mardi, jeudi et samedi.

CHOLÉRA. — On mande de Calcutta : « Le choléra a éclaté dans le royaume d'Oude. Parmi les victimes du fléau on compte un certain nombre de voyageurs qui ne faisaient que traverser le pays en chemin de fer. »

NÉCROLOGIE. — Il y a quelques jours s'est éteint dans notre ville, à l'âge de 69 ans, le docteur Claude-Jules Gervais, ancien médecin du dispensaire général et des bureaux de bienfaisance.

Le Dr Gervais s'est fait à Lyon le propagateur du procédé Gaunal pour les embaumements. Un grand concours d'amis et de membres de l'association des médecins du Rhône se pressait à ses funérailles. (*Lyon médical*).

VACANCE MÉDICALE. — Le maire du Château d'Oléron (Charente-Inférieure), fait publier l'avis suivant :

La commune du Château réunissant une population de 3,000 âmes, n'a pas un seul médecin, elle en pourrait pourtant bien utiliser deux.

Son territoire fort restreint présente du centre à la circonférence, un rayon de deux kilomètres environ. C'est dire que son parcours à pied est chose facile ; toutes ses routes n'en sont pas moins carrossables, et sa population généralement aisée.

Son chef-lieu, petite ville de 1,400 à 1,500 âmes, offre un séjour agréable communiquant avec le continent par bâteaux à vapeur et plusieurs fois par jour. — Les deux médecins qui viendraient s'y fixer y trouveraient donc agrément et profit. Ils pourraient facilement étendre leur clientèle dans tout le canton qui est aussi dépourvu de médecin.

TENTATIVE D'EMPOISONNEMENT. — Les journaux de la Dordogne disent que le parquet poursuit activement l'instruction d'un crime qui emprunterait à la position de son auteur une gravité exceptionnelle.

Un jeune médecin, nommé Guillaume Carrigue, âgé de 32 ans, aurait tenté d'empoisonner son père. Ce dernier possédait à Saint-Julien-de-Lampon, canton de Carlux, un modeste avoir, et l'avait gravement obéré pour subvenir aux frais de l'éducation et des études de son fils. Quand, reçu médecin, il se fut établi et marié, il n'eut garde de venir en aide à son père, dont la propriété dut être vendue par autorité de justice : ce fut Carrigue fils qui l'acheta. Mais le père refusa de quitter la propriété, et c'est alors que, pour échapper à la nécessité de l'expulser, le fils aurait conçu et réalisé l'affreux dessein de l'empoisonner. Indépendamment du docteur Carrigue, sa mère et sa femme ont été arrêtées.

Le docteur Carrigue a tenté de s'évader. Dans le trajet du cabinet du juge d'instruction à la prison de Sarlat, il a réussi à échapper aux gendarmes qui le conduisaient; mais il a été rejoint et arrêté de nouveau à une distance de cinq cents mètres.

— Nous avons parlé dernièrement, dit le *Courrier du Centre*, de l'arrestation d'un médecin des environs de Sarlat, accusé d'empoisonnement. Le docteur G... est détenu à Sarlat pendant l'instruction de son procès. Mardi dernier, il était conduit dans sa famille pour y subir diverses confrontations. En rentrant, il traversait la Dordogne au bac de Marmier (Lot), lorsque posant son pardessus sous prétexte de chaleur, il se précipita brusquement dans la rivière, où il resta sous l'eau pendant deux minutes environ. Il reparut à la surface, et prenant son élan, il se dirigea en nageant vigoureusement vers la rive opposée, où se trouvaient sa famille et sa voiture. Le

brigadier de gendarmerie Lafont n'hésita point à se lancer à son tour dans le courant, et, heureusement, très-habile nageur. se mit à la poursuite du fuyard. Il ne parvint à l'atteindre qu'à une distance d'un kilomètre environ.

Alors s'engagea entre ces deux hommes dans la rivière, une lutte corps à corps qui dura plus de dix minutes; ils se seraient infailliblement noyés, si le gendarme Lauvinerie, déjà âgé et nageant péniblement, n'était arrivé au secours de son brigadier et n'était parvenu à maîtriser le robuste docteur, qui continuait à lutter avec une énergie surhumaine. Ce malheureux fut enfin ramené dans le bac et conduit dans la prison de Sarlat, où il arriva dans un grand état d'abattement.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

FONSSAGRIVES. Principes de thérapeutique générale ou le médicament étudié aux points de vue physiologique, posologique et clinique. In-8 de 450 pages, 7 fr.

FOURNIER (H.). De l'onanisme, causes, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société. Remèdes. In-12 de 175 pages, 1 fr. 50.

GOURRIER (H.-M.). Les lois de la génération, sexualité et conception. In-12 de 160 pages. 2 fr.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. 3 fr. Acc. 3 f.

STANSKI (G. P.) Les conclusions du congrès sanitaire international et les commentaires de M. Fauvel devant la logique. In-8 de 96 pages, 2 fr. 50.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL** 6, *rue des Ecoles.*

CORNILLON (J.). De la contracture uréthrale dans les rétrécissements péniens. In-8° de 60 p. 1 fr. 50. Pour nos abonnés. 1 fr.

FERRIER.— Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur par H. DURET. In-8° de 80 pages. 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, **1 fr. 25**, *franco.*

PELTIER (G.). De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages 60 centimes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 5

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. — De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8, de 240 pages avec 10 figures et une planche. 4 fr. — Pour nos ABONNÉS : 3 fr. (*franco*).

BUDIN (P.) De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. In-32. 50 c.

3e ANNÉE. — N° 19 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 8 MAI 1875.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

II. *Du Jaborandi* (20 mars 1875.)

Messieurs,

Jusqu'à présent, je vous ai montré les effets du jaborandi sur l'homme. Quels sont ces effets sur les animaux? A l'exception de la sudation, ils sont les mêmes chez l'homme et chez les animaux. Encore faut-il garder des réserves, car on n'a pas fait d'expériences chez les animaux qui suent, comme le cheval. Les animaux dont on se sert dans les laboratoires, tels que chiens, chats, lapins, cobayes, ne suent pas, ou bien suent très-difficilement, de sorte qu'on n'a pas pu observer chez eux la production de la sueur. Chez ces animaux, au contraire, les sécrétions salivaire, lacrymale, etc.... s'obtiennent facilement.

On peut donner aux animaux l'infusion de jaborandi, soit par injection intra-stomacale, soit par injection intra-veineuse. Les effets sont les mêmes dans l'un et l'autre cas. Mais ils sont beaucoup plus rapides quand on a recours à l'injection par les veines. Ces effets sont vraiment merveilleux chez les chiens.

Si l'on indroduit une canule dans le canal de Wharton, chez un chien, et si l'on injecte, dans la veine crurale de l'animal, deux grammes, à peine, d'une infusion faite avec trois grammes de feuilles de jaborandi et trente grammes d'eau, on voit, au bout de quelques secondes, la salive jaillir au bout de la canule, et couler en abondance. Dans un temps donné, la quantité de salive qui sort par la canule est 10 et même 15 fois plus grande que celle que l'on recueille à l'état normal.

L'action du jaborandi sur les glandes salivaires produit des effets véritablement remarquables, et qui ont été très-étudiés depuis quelque temps.

Les premières expériences méthodiques, faites dans mon laboratoire par M. Carville, ont montré que la section du nerf lingual ne diminue pas, d'une façon notable, l'action du jaborandi sur les glandes sous-maxillaires.

Un autre point des plus intéressants de l'histoire physiologique du jaborandi est l'antagonisme qui existe entre lui et l'atropine. On sait l'antagonisme constaté par MM. Shmiedeberg et Koppe, puis par M. Prevost (de Genève) et par d'autres auteurs, entre la muscarine et l'atropine. Cet antagonisme existe également entre le jaborandi et l'atropine.

Si l'on injecte, par exemple, une infusion de jaborandi (2 grammes dans vingt ou trente grammes d'eau) dans la veine fémorale d'un chien, on voit la salive couler abondamment par la canule mise dans le canal de Wharton. Si alors, on injecte au même animal, par la même veine, une petite quantité de sulfate d'atropine (1 à 2 centigrammes en dissolution dans 10 à 15 grammes d'eau), on voit au bout de quelques instants, la salivation s'arrêter complétement.

Cet antagonisme entre le jaborandi et l'atropine existe pour la sécrétion sudorale comme pour la sécrétion salivaire. J'ai pu, en effet, chez un malade de mon service, empêcher jusqu'à un certain point avec l'atropine, les effets du jaborandi :

Ce malade avait pris deux pilules de sulfate d'atropine, d'un demi-milligramme chacune, à un quart d'heure d'intervalle, vingt minutes avant l'injection d'une infusion aqueuse de 4 grammes de jaborandi. Les effets du jaborandi ont commencé à se manifester; mais ils se sont arrêtés au bout de très-peu de temps. Si le sulfate d'atropine avait été donné une heure avant l'administratiou du jaborandi, ou s'il avait été administré par la voie hypodermique, ces effets auraient été sans doute totalement supprimés.

L'observation d'un cas analogue a été faite à la même époque en Angleterre par MM. Sidney-Ringer et Gould. Ces auteurs ont fait prendre à trois malades une infusion aqueuse de jaborandi (3 grammes). La transpiration et la salivation se montrèrent bientôt, et lorsqu'elles étaient très-considérables, ces médecins firent une injection sous-cutanée d'un centième de grain de sulfate d'atropine (un demi-milligramme). Au bout de cinq minutes, la transpiration et la salivation étaient diminuées; après dix à douze minutes elles étaient complétement arrêtées.

Je vous signalerai en passant une autre expérience à laquelle MM. Sidney-Ringer et Gould ont été conduits par la connaissance des effets antagonistes de l'atropine et du jaborandi. Sachant que l'atropine arrête la sécrétion du lait chez les nourrices, ils ont essayé d'activer la sécrétion lactée en administrant du jaborandi chez des nourrices, et ils ont en effet observé une exagération temporaire, très-nette de la sécrétion du lait.

Chez les animaux, on observe, comme chez l'homme, le larmoiement et l'hypersécrétion de la muqueuse nasale. J'ai même vu dans mon laboratoire une production de mucus nasal sanguinolent chez deux chiens auxquels on avait donné une forte infusion de jaborandi. Ces deux chiens n'offraient aucune plaie qui pût expliquer ce résultat.

Mais, chez ces animaux, on a pu constater des phénomènes des plus remarquables qu'il n'était pas possible de constater chez l'homme.

M. Albert Robin a été conduit, par certaines expériences, à admettre une augmentation de la sécrétion pancréatique chez les animaux. Ayant compris le duodénum entre deux ligatures, sur des lapins, après avoir préalablement vidé cette partie de l'intestin, il a vu le duodénum ainsi confiné se remplir rapidement d'un liquide légèrement opalin, de réaction alcaline, qu'il a considéré comme du fluide pancréatique. Mais aucun essai physiologique ou chimique n'a été tenté pour s'assurer que c'était bien du suc pancréatique.

Pour bien s'assurer de l'exagération de la sécrétion des diverses glandes annexes de l'appareil digestif ou de celles des reins, il faut procéder autrement.

On peut placer, sur un chien, des c[illegible] dans le conduit de Wharton, dans le canal de Sténon, [illegible] cholé-doque, dans le canal pancréatique, dans [illegible] Cela fait, on mesure la quantité de liquide [illegible] chacun de ces conduits pendant un temps de[illegible] minutes, par exemple. On injecte alors le jabor[illegible] une veine crurale. L'action du jaborandi ne tarde p[illegible] produire, et l'on voit que toutes les sécrétions sont e[illegible]rées. Si on recueille, pendant 3 minutes, les liquides éc[illegible]lés par les canules, on constate que la quantité en [illegible] triplée, et même quintuplée pour certaines glandes. On voit que le fluide pancréatique qui s'écoule alors abondamment, est absolument limpide, de fluidité aqueuse, et qu'il précipite en bloc par l'acide nitrique. Le jaborandi agit encore sur la sécrétion gastrique et sur la sécrétion intestinale, chez les chiens. Ces diverses hypérémies dépendent-elles de ce que la sueur ne se produit pas chez le chien? M. Gubler est disposé à l'admettre. Il se peut qu'il en soit ainsi. Mais on n'est guère autorisé à être très-affirmatif sur ce point, puisqu'il est impossible de savoir si les

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 18.

sécrétions bil[illegible], pancréatique, etc., ne sont pas exagérées chez l'homme.

Chez le chien, à l'état normal, la salive sous-maxillaire ne réduit pas l'amidon. Or, dans quelques expériences, la salive sous-maxillaire de chiens sous l'influence du jaborandi, paraissait réduire l'amidon en sucre.

Du moins, si l'on faisait agir la salive sur de l'amidon hydraté pendant quelques minutes, à une température de 40° c., et si l'on faisait bouillir ensuite le mélange avec de la liqueur de Fehling, on constatait une réduction de cette liqueur.

Mais, dans ces expériences, les animaux étaient chloralisés. Or, on sait, d'après les recherches de M. Personne, que le chloral se transforme dans l'économie et donne lieu à la formation de l'acide formique.

On sait aussi que l'acide formique réduit, à la façon du sucre, la liqueur de Barreswil, ou celle de Fehling. On devait donc chercher si la réduction qu'on avait observée avec la salive du chien soumis à l'action du jaborandi n'était pas due à des produits de décomposition du chloral. Pour cela, il suffisait de recueillir de la salive sur un chien chloralisé et de la faire agir directement sur la liqueur cupropotassique. Or, on a constaté que la réduction se faisait aussi dans ces conditions. Nous avons donc été amenés à conclure que la salive obtenue chez les chiens jaborandisés ne contient pas de diastase; et, en effet, en recueillant cette salive sur des animaux non chloralisés, nous n'avons pas vu se produire la moindre réduction de la liqueur de Fehling, soit en la faisant agir préalablement sur l'amidon, soit en la faisant bouillir directement avec le réactif. Il serait donc erroné d'admettre que le jaborandi modifie les propriétés de la salive et du suc pancréatique.

Un autre effet du jaborandi chez les chiens est de produire la diarrhée et même une diarrhée sanguinolente, ainsi que l'ont constaté MM. Bochefontaine et Galippe. Dans ces cas, on a trouvé, à l'examen nécropsique, les muqueuses de l'estomac et de l'intestin très-rouges, recouvertes de mucus fluide, sanguinolent, formé par une quantité extrêmement considérable de cellules épithéliales et par des globules de sang. On voit dans l'épaisseur de la muqueuse et au-dessous d'elle, de nombreuses et larges ecchymoses, qui s'étendent parfois, sans interruption, dans toute la longueur de l'intestin grêle. Dans un cas, on a constaté des ecchymoses pulmonaires; mais il est possible, qu'alors, il se soit agi d'embolies capillaires causées par des poussières microscopiques qui se trouvaient accidentellement en suspension dans le liquide injecté.

Le jaborandi n'agit que faiblement sur la circulation, à moins qu'il ne soit donné à doses considérables, toxiques. Si l'on injecte, dans la veine crurale, vers le cœur, sur un chien intact, ou sur un chien chlorarisé, une assez grande quantité de jaborandi (4, 5, 6 gr. de feuilles en infusion dans 30 gr. d'eau), on observe un ralentissement de la circulation; le pouls tombe à 30 ou 40 par minute. Quand on injecte de l'atr[illegible] un animal qui est dans cet état, le cœur re[illegible]latement ses mouvements normaux; [illegible]s rapide et plus régulier qu'auparavant; [illegible] pas d'atropine, lorsqu'on a déjà injecté de [illegible] jaborandi, les mouvements du cœur, après [illegible]abord ralentis pendant un certain temps, finis[illegible]s'accélérer et par devenir plus faibles; le pouls [illegible]rs petit, filiforme, misérable.

[illegible]ez les chiens curarisés, on n'observe pas les troubles [illegible]diaques que je viens de signaler et qui se produisent [illegible]ous l'influence de l'injection de fortes doses de jaborandi, au début de l'action du médicament.

Je ne fais que vous indiquer ces derniers résultats sur lesquels je reviendrai plus tard.

Des expériences ont été faites aussi sur les grenouilles avec le jaborandi. L'extrait de jaborandi appliqué sur le cœur de ces animaux, en arrête les mouvements, comme le fait la muscarine. J'ai plusieurs fois constaté ce fait avec des extraits de feuille et d'écorce de jaborandi, préparés par M. Galippe. Mais si on applique une goutte de sulfate d'atropine sur le cœur arrêté, on voit presque aussitôt cet organe reprendre ses battements.

Si l'on introduit sous la peau d'une grenouille l'alcaloïde du jaborandi, comme je l'ai pu faire avec l'alcaloïde préparé par M. Hardy, les mouvements du cœur ne tardent pas à se ralentir, au point qu'on en compte seulement 7 ou 8 par minute. Mais verse-t-on une goutte d'atropine sur le cœur, les battements reparaissent bientôt.

Par conséquent l'antagonisme entre le jaborandi et l'atropine existe pour le cœur comme pour les glandes salivaires et pour les sécrétions sudorale et lactée.

D'après M. A. Robin, la tension du sang diminue chez l'homme et chez les animaux qui sont sous l'influence du jaborandi. Il n'en est pas toujours ainsi, au moins chez les animaux, car MM. Bochefontaine et Carville ont montré que la tension demeure à peu près invariable chez les chiens auxquels on administre le jaborandi. Ce médicament augmente la température chez les animaux; elle est montée, chez un chien, de 38°,5 à 40°,1.

Enfin, MM. Bochefontaine et Galippe ont recherché l'action du jaborandi sur la pupille. Dans le cours de leurs expériences, ils avaient vu la pupille se dilater, quand on injectait par la veine fémorale une infusion de jaborandi. Mais cet effet n'est pas le résultat d'une action du jaborandi sur la pupille, il résulte, comme je l'avais soupçonné, de l'excitation du grand sympathique à ses extrémités intra-abdominales. Si en effet, les nerfs vaguo-sympathiques sont sectionnés au cou, la mydriase ne se produit pas dans les mêmes conditions. MM. Bochefontaine et Galippe ont donc mis directement de l'extrait de jaborandi sur le globe oculaire et ils ont constaté la production du myosis. Dans les expériences faites avec l'extrait d'écorce de tiges de jaborandi, ce myosis était tellement intense qu'on avait peine à distinguer l'orifice pupillaire, littéralement réduit à un point. Or ce myosis diminuait quand on appliquait sur l'œil quelques gouttes de sulfate d'atropine. L'antagonisme entre l'atropine et la belladone existe donc aussi pour l'appareil pupillaire comme pour le cœur et les glandes. *(A suivre.)*

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Hospice des Enfants Assistés. — M. PARROT.

De l'athrepsie.

VII[e] Leçon. — *Troubles de la respiration et de la circulation. — Température. — Poids* (1).

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Marche. — Terminaison. — L'athrepsie n'est pas une de ces maladies à évolution régulière, dont on puisse dans la plupart des cas, déterminer la durée, et prédire l'issue. Au début, et tant que les phénomènes graves ne se sont pas montrés, il est impossible de dire quelle sera sa marche; celle-ci ne se dessine d'une manière nette, qu'après leur apparition; et c'est alors seulement qu'on peut prévoir le mode de terminaison.

Aux variétés que présente l'allure du mal, correspondent des modifications symptomatiques toujours les mêmes, qui donnent à l'ensemble pathologique une physionomie spéciale, une *forme* particulière. Ainsi, les formes de l'athrepsie se rattachent à sa marche, et c'est ici que je dois en placer l'étude.

Il en est deux principales, les seules qu'il vous importe de connaître; je les qualifie de *rapide* et de *lente*. Voici ce que l'on observe dans la première. Chez un enfant, d'un embonpoint moyen, après quelques jours de diarrhée, presque toujours sans vomissements, sans ulcérations buccales, sans érythème ni muguet, les sécrétions se tarissent, les yeux se sèchent et s'enfoncent, les os du crâne chevauchent, la fontanelle se déprime, la peau devient livide et pâteuse. La face et le cri expriment la souffrance, l'agitation est extrême, l'ingestion alimentaire nulle. Tous ces

(1) Voir les n[os] 1, 2, 3, 7, 17 et 18 du *Progrès médical*.

phénomènes ont un caractère de gravité qui frappe immédiatement l'observateur. Il est rare que l'issue, toujours fatale, se fasse attendre longtemps. Au bout de trois ou quatre jours, en effet, rarement après une semaine de cette souffrance, la mort arrive, sans que, d'une manière apparente, les symptômes aient subi une modification notable.

La perte de poids journalière est en général considérable, et la température, reste relativement assez élevée. Enfin, et c'est là un fait à peu près constant, on trouve à l'autopsie, la muqueuse gastrique couverte d'une épaisse couche de mucus, teintée par une matière noire ou brunâtre, et parsemée, au niveau de sa face antérieure, d'ulcérations en cupule. La thrombose veineuse et la stéatose viscérale sont aussi beaucoup plus prononcées dans ces cas que dans ceux à marche lente.

Cette forme de l'athrepsie, loin d'être toujours identique à elle-même, présente des variétés dues à diverses circonstances, notamment à l'exagération d'un accident habituel. Ainsi, la marche est parfois foudroyante d'emblée, et l'aspect des malades fait inévitablement songer à celui des cholériques. C'est ainsi, dans ces cas, que l'on voit les extrémités prendre une teinte lie de vin. Cette cyanose qui tend à gagner les parties centrales, et qui se marque à la face, attire tout particulièrement l'attention et si l'on n'avait suivi l'évolution du mal, on serait tenté de lui accorder une importance, qu'en réalité elle n'a pas, et à mettre le processus morbide sous sa dépendance.

Ainsi, dans un même groupe, qui a pour caractéristique l'accélération de la marche, se rangent des variétés, que l'on peut, suivant les cas, qualifier de *foudroyante*, de *cholériforme*, de *cyanotique*.

Tout est bien différent dans la forme *lente*. Elle débute, en général, d'une manière insidieuse à cause du petit nombre des accidents et de leur bénignité. D'autres fois, les troubles initiaux sont assez sérieux ; mais, bientôt, le mal s'arrête ; puis, après un temps variable, il reprend sa marche, sous l'influence d'une prédisposition originelle, ou bien parce que l'enfant s'est trouvé de nouveau dans de fâcheuses conditions alimentaires ou atmosphériques. Alors tout va déclinant, la température baisse, le poids diminue, et chaque jour l'on peut constater un progrès dans la maigreur. C'est dans cette forme que par la résorption lente des chairs, la peau devenue trop ample pour les parties qu'elle est destinée à couvrir, se ride et forme des plis parfois très-accusés. Ceux du visage surtout attirent l'attention, par leur saillie et leur fixité. Les joues se creusent profondément, les maxillaires se rapprochent et la physionomie des malades rappelle celle des vieillards amaigris ; d'autres fois, la saillie de la mâchoire et des orbites, donne au faciès quelque chose de simien. La squelette se dessine de plus en plus, les jointures prennent des proportions démesurées, toutes les crêtes, toutes les saillies se marquent ; et de l'individu ainsi consumé, il semble ne rester que les parties trop dures pour être résorbées. Alors même qu'ils sont déjà profondément amaigris, ces athrepsiés, présentent une avidité, une ardeur à prendre le sein ou le biberon une vivacité du regard, une rapidité dans les mouvements qui semblent incompatibles avec l'état de leurs organes, et qui témoignent d'une certaine vigueur originelle et d'une véritable aptitude à résister au mal. Bien que dans ce cas l'amoindrissement des tissus et de croissance des fonctions soient réguliers et continus, il est assez habituel de constater, dans la chute du poids ou de la température, des arrêts inattendus ; et même, certains jours, de voir le thermomètre s'élever au-dessus du degré atteint la veille, et la balance accuser un accroissement. Mais ce sont-là des incidents passagers que, presque toujours, il faut mettre sur le compte des ingestions ou des déjections ; et qui ne modifie pas dans son ensemble la marche générale, qui est franchement descendante.

Dans cette forme de l'athrepsie que j'ai appelée *lente* et que l'on pourrait encore qualifier de *chronique*, la durée est très-variable et partant très-difficile à préciser ; il semble qu'elle soit en proportion directe de la masse charnue de l'enfant, et que la vie n'ait d'autre terme que celui de l'autophagie. Dans un cas, j'ai vu le malade succomber un mois après le jour où il me fut présenté pour la première fois ; et, à cette époque, il souffrait déjà depuis quelque temps.

Survient-il une complication, une pneumonie par exemple ? A n'en pas douter, elle hâte la terminaison ; toutefois la maladie, même dans ces conditions, continue à marcher lentement. Ainsi dans un cas où la durée totale fut de dix-neuf jours, la mort ne survint que deux semaines après l'apparition des premiers indices de l'affection pulmonaire. Chez cet enfant, la température qui s'était habituellement maintenue au degré normal, s'éleva la veille de la mort à 38°, chiffre qu'elle avait dépassé de 6 dixièmes sept jours avant. Si l'on avait pris la température dans les dernières heures, je suis convaincu, qu'on eût constaté un abaissement notable.

Le mal, vous le savez, est bien loin d'être toujours aussi grave qu'il vient de nous apparaître ; et quand, au lieu de s'en tenir aux faits où la maladie est confirmée, on envisage tous les cas, on peut dire que la guérison est la règle. Les exemples abondent, en effet, où tout se borne aux premiers troubles digestifs. Est-il des affections plus fréquentes chez le nouveau-né que la diarrhée et l'érythème, auxquels bien souvent le muguet et les ulcérations ptérygoïdiennes viennent s'ajouter, sans qu'il en résulte un danger réel ? Tout se passe alors si simplement et la terminaison est si prompte et si heureuse, que je n'insisterai pas davantage sur ce cas ; mais je ne pouvais me dispenser d'en faire mention, puisqu'ils sont au seuil de l'athrepsie et comme son premier degré et, qu'en conséquence, ils ont en eux le germe des troubles les plus redoutables.

Ce ne sont pas seulement les malades atteints de la sorte qui guérissent ; la terminaison est encore souvent heureuse même après des accidents très-sérieux et de nombreuses hésitations dans la marche. En cet état, l'un des meilleurs indices que l'on puisse avoir d'une issue favorable, est fourni par la température.

En dépit des affections diverses dont les malades sont atteints, on la voit se maintenir au degré normal ; ou bien, après un abaissement assez prononcé, comme il advient chez les enfants débiles ou nés avant terme, on constate qu'elle se relève, lentement il est vrai, mais d'une manière

Tableau IV. — *Athrepsie guérie.*

Poids initial.	Poids final.	Gain.	Perte.	Moyenne. Température.	Pouls.	Respiration.	Age.	Durée.
							Jours.	Jours.
2.710	2.895	185	»	36,8	108	34	26	8
1.850	1.931	81	»	37	132	48	22	13
2.205	2.265	60	»	37,2	120	36	30	5
2.355	2.403	48	»	37,5	134	59	35	15
3.353	3.350	»	3	37,3	124	68	8	7
2.450	2.405	»	45	37,2	123	32	31	7
1.951	1.831	»	120	37,3	140	»	29	18
16.874	17.080	374	168	260,3	881	277	181	73
		Gain. 206		Par jour.				
Moyenne.. 2410	2.440			37,2	126	39	26	10

continue : et qu'elle reprend assez vite la moyenne physiologique. Parmi les cas de guérison, que j'ai entre les mains une seule fois la moyenne journalière a été de 36°,8 seulement ; dans tous les autres, elle a été généralement de 37°,2 comme on peut le voir dans le tableau IV.

La balance est, après le thermomètre, l'instrument qui fournira les notions les plus précises sur la marche de la maladie et sur son mode de terminaison. Lorsque la tem-

pérature oscille très-légèrement autour de la normale, le poids varie peu. On note des pertes et des gains alternatifs, mais ils sont très-peu considérables. Ainsi dans un cas qui fut suivi pendant deux semaines, l'enfant dont le poids, le jour de l'entrée, était de 3,355 grammes ne pesait plus que 2,403 gr., au moment où son état général paraît assez bon pour qu'on l'expédiât à la campagne. Une autre fois, un poids initial de 3,353 gr. était descendu le jour de l'*exeat* à 3,350. Il y avait eu, comme on le voit, une perte totale de 3 gr. en sept jours, et comme l'enfant n'en avait que huit, il se trouvait en somme, à ce point de vue, dans les conditions physiologiques. Mais le déchet peut être plus considérable; un enfant d'un mois le jour où il quitta la salle, guéri, avait en une semaine perdu 48 gr.; j'ai renvoyé à la campagne dans un état très-voisin de la guérison un enfant d'un mois qui pesait 1,951 grammes au moment de son entrée et qui en avait perdu 120, durant les dix-huit jours qu'il passa à l'infirmerie. Dans le tableau IV. où j'ai réuni sept cas de guérison, j'ai placé d'abord quatre enfants qui avaient gagné du poids; puis trois, qui en avaient perdu. Après avoir divisé la différence entre le gain des premiers et la perte des autres par le nombre total des jours de durée, j'ai trouvé

Tableau V.

		POIDS INITIAL.	MOYENNE PAR JOUR.					
			Perte de poids.	Température.	Pouls.	Respiration.	Age.	Durée.
Athrepsie.	Sans complications. Moyenne de 12 cas.	2,105	49	36	114	48	17	5
	Compliquée de pneumonie. Moyenne de 12 cas.	2,415	40,6	35,5	125	53	19	7
	Compliquant l'œdème des nouveau-nés. Moyenne de 12 cas.	2,152	29	31,9	102	19	14	6
	Guérie.	2,410	Gain. 3	37,2	126	39	26	10

qu'il y avait eu un gain de 3 grammes par individu et par jour. Et comme chacun de ces enfants avait en moyenne vingt-six jours, il avait dépassé la période où gains et pertes se compensent. Je crois donc pouvoir conclure de ce qui précède que chez les malades qui guérissent, le poids considéré dans son ensemble, reste à peu près stationnaire et qu'un abaissement continu, s'il est léger, ne doit pas faire porter un pronostic fâcheux. Il n'en est pas de même si la perte est journalière et considérable, alors même que la température ne s'abaisse pas d'une manière continue et ne s'éloigne pas notablement de la normale. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faculté de Médecine. — M. le professeur CHARCOT.

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

I. La structure de l'écorce grise du cerveau quelle que soit la région des hémisphères où on l'étudie présente des caractères généraux que nous devons envisager avant d'exposer les caractères distinctifs. On peut dire que toutes les parties de l'écorce grise sont composées des mêmes éléments essentiels. Sans doute, chacun de ces éléments constitutifs peut offrir, suivant la région où on l'observe, des déviations importantes du type normal; mais, dans l'*étude régionale* de la structure de la substance grise, il faudra tenir grand compte aussi des variétés du mode d'agencement de ces éléments.

Après avoir examiné ces éléments isolément, nous rechercherons comment ils se disposent pour constituer l'écorce grise. Notre description commencera naturellement par les éléments qui, sans conteste, jouent le rôle fondamental, je veux parler des *cellules ganglionnaires*, ou *nerveuses* qui forment en définitive l'élément caractéristique de la région; on les désigne d'habitude sous le nom de *cellules pyramidales*.

Le meilleur procédé pour faire bien connaître les propriétés morphologiques de ces éléments n'est peut-être pas de les envisager exclusivement en eux-mêmes. Aussi ai-je estimé préférable de recourir à la méthode comparative, me fondant sur l'adage vulgaire: « La lumière naît du contraste. »

Permettez-moi donc, Messieurs, de vous rappeler, à titre d'introduction, les principaux traits de la constitution d'un des éléments cellulaires nerveux dont l'étude est la mieux connue à l'heure qu'il est: je fais allusion aux *cellules nerveuses des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière*, dites encore *cellules motrices*. La description abrégée que je vais vous tracer de ces cellules nerveuses, nous servira pour ainsi dire d'étalon. J'aurai à relever, dans la comparaison qui s'en suivra, plus d'une différence, mais j'aurai aussi à mentionner d'une façon spéciale plus d'une analogie remarquable.

Les cellules motrices sont des *cellules* sans membrane distincte dont le *diamètre* est variable sans s'éloigner toutefois de 0.050 μ. M. Gerlach dit cependant qu'il peut aller jusqu'à 0.120 μ. Leur *forme* est plus ou moins globuleuse, rarement allongée. Leur *corps* est constitué par un *protoplasma* qui paraît grenu lorsqu'on envisage la cellule non vivante; mais dans le sérum, ou après l'action de l'acide osmique sur une cellule fraîche, le corps paraît composé par un protoplasma transparent, au sein duquel existent, ainsi que Schultze l'a fait voir, de nombreuses *fibrilles*. Ces fibrilles par l'altération cadavérique, subissent la fonte granuleuse. Il y a dans la cellule un *noyau* ovalaire et un *nucléole* brillant. Enfin, je signalerai encore dans le protoplasma la présence habituelle, même dans les conditions physiologiques, de *granulations pigmentaires* brunes.

Mais une des particularités les plus importantes de ces cellules, c'est qu'elles sont hérissées de nombreux prolongements qui, au moment où ils se détachent de la cellule, figurent un tronc volumineux, lequel s'amoindrit à mesure qu'il subit, chemin faisant, des divisions dichotomiques. Les dernières de ces ramifications sont tout-à-fait grêles et il est difficile de les suivre bien loin. M. Gerlach, d'après des préparations au chlorure d'or, assure que ces ramifications se terminent en une sorte de réseau anastomosé qu'il désigne sous le nom de *réseau nerveux*. Ces prolongements sont composés d'ailleurs, comme le corps cellulaire lui-même, d'un protoplasma grenu et de longs filaments parallèles qui peuvent être suivis jusque dans le corps de la cellule. On les appelle *prolongements du protoplasma*, pour les distinguer d'une autre espèce de prolongement dont je vais maintenant vous entretenir.

Un histologiste allemand, Deiters, a découvert, il y a quelques années, un fait important, vérifié depuis cette époque par tous les anatomistes. Il consiste en ce que la plupart des cellules nerveuses motrices, toutes, peut-être, possèdent, en outre des prolongements que nous avons décrits, un prolongement, un seul, pour chaque cellule, qui se différencie des autres par des caractères particuliers. Ce prolongement porte le nom de *prolongement nerveux*, et vous allez saisir dans un instant la raison de cette qualification. Il se détache du corps de la cellule ou d'un de ses prolongements les plus gros, sous la forme d'un filament très-grêle, mais qui, peu à peu, devient de plus en plus volumineux. Ce prolongement ne se ramifie point et il se colore moins vivement par le carmin que les prolongements du protoplasma.

(1) Voir les nos 17, 18.

Enfin, si on réussit à le suivre suffisamment loin, on le voit se recouvrir, à l'instar d'un nerf ordinaire, d'un cylindre de myéline, si bien qu'il y a lieu de le considérer à son origine comme un cylindre axile et, à une certaine distance, comme un nerf complet. La connexité des cellules nerveuses par la voie de ce prolongement avec les tubes de la substance médullaire, n'est donc pas douteuse.

Tels sont, Messieurs, les principaux caractères des cellules nerveuses motrices spinales; il est temps de mettre en regard d'elles les *cellules pyramidales de l'écorce grise* (Fig. 18).

Ces cellules présentent des dimensions très-variables. Il en est de très-petites relativement: ce sont les plus nombreuses. Ces cellules pyramidales, qu'on pourrait appeler de la petite espèce, ont en moyenne 0.010μ. de diamètre à la base. Celles de la grosse espèce, moins multipliées que les précédentes, occupent d'ordinaire la région la plus inférieure de la couche des cellules pyramidales. Leur diamètre atteint jusqu'à 0.022μ (Koschewnikoff).


Fig. 18.

Enfin, il y a des cellules pyramidales géantes (*Riesenzellen*). Elles ont été étudiées avec soin par M. Betz (de Kiew) et par M. Mezierjewski. On les rencontre dans des régions spéciales, bien déterminées de l'écorce grise. Le diamètre de ces cellules gigantesques va quelquefois de 0.040 μ à 0.050 μ, c'est-à-dire qu'il égale celui des cellules des cornes antérieures de la moelle.

Quoi qu'il en soit de ces différences dans les dimensions, la constitution des cellules pyramidales paraît être, au fond, toujours la même. Nous l'étudierons en conséquence, pour plus de commodité, sur les cellules de la grosse espèce ou, encore, sur les *cellules géantes*.

La dénomination de cellules pyramidales peut être, jusqu'à un certain point, prise au pied de la lettre: leur configuration se rapproche, en effet, de celle d'une pyramide plus ou moins allongée. Le corps de la cellule rappelle ce que nous avons dit tout à l'heure, et Schultze déclare y avoir reconnu la structure fibrillaire. Le noyau, suivant beaucoup d'auteurs, est anguleux et reproduit en quelque sorte la forme générale de la cellule. Le nucléole, lui, n'offre rien de particulier.

Les prolongements cellulaires présentent des particularités dignes d'intérêt. L'un d'eux pourrait être appelé *prolongement pyramidal*, car il continue, pour ainsi dire, le corps de la cellule en s'effilant progressivement. Il pousse dans son parcours quelques prolongements latéraux et se divise parfois en forme de fourche à son extrémité qui se dirige toujours vers la surface de la circonvolution. Il résulte de cette direction que la cellule est orientée de telle façon que la base est parallèle au bord intérieur ou médullaire de la zone d'écorce grise.

D'autres prolongements de la même catégorie partent, soit des angles, soit de la base. Ceux-là se ramifient de manière à rappeler les prolongements de protoplasma des cellules motrices spinales. Ces prolongements se résolvent-ils dans l'écorce grise en un réseau nerveux, ainsi que cela a lieu, d'après M. Gerlach, pour les cellules spinales? Quelques auteurs l'affirment.

Mais il existe certainement, Messieurs, pour les cellules pyramidales de la grosse espèce et les cellules géantes, — peut-être aussi pour les petites cellules — un prolongement spécial analogue au prolongement cylindrique des cellules motrices spinales. C'est, dans un cas comme dans l'autre, un filament grêle à son origine et qui va ensuite en s'épaississant légèrement. Sur des dissociations heureuses, il est possible, à une certaine distance de la cellule, de voir ce prolongement se recouvrir d'un cylindre de myéline. M. Koschewnikoff (1) a mis ce fait hors de doute en dissociant des cellules des lobes antérieurs du cerveau d'un sujet qui avait succombé à une encéphalite et, depuis la publication de son travail, on a pu constater maintes fois la vérité de sa description. Ce *prolongement basal*, (*Fig. 18,b*) pour employer l'expression usitée par M. Meynert, toujours est dirigé vers la substance médullaire des circonvolutions.

Toutes ces explications montrent qu'il est impossible de méconnaître les analogies qui rapprochent d'une part les cellules pyramidales de l'écorce grise — au moins les grandes cellules et les cellules géantes — et d'autre part, les cellules motrices des cornes antérieures et, ces analogies, déjà pressenties d'ailleurs, par M. Luys (2), il nous faudra plus tard les prendre en considération.

Les cellules pyramidales ne sont pas les seuls éléments cellulaires qu'on rencontre dans l'écorce grise. On y trouve encore de petits éléments cellulaires, ayant une forme globuleuse, rarement pyramidale, mesurant de 0.008 à 0.010 μ (Meynert) (3), hérissés quelquefois de petits prolongements, disséminés un peu partout ou composant, sur certains points une couche assez dense. Divers auteurs les regardent comme des éléments nerveux incomplétement développés; d'autres, leur dénient ce caractère et les comparent aux éléments qui constituent la couche granuleuse de la rétine.

M. Meynert range encore, parmi les éléments nerveux des zones corticales, des cellules allongées, en général fusiformes, ramifiées, et qui, en certains endroits, composent une cinquième couche. Ces cellules ont le plus souvent leur grand axe dirigé parallèlement aux fibres du *système d'association* constitué par des fibres médullaires qui unissent une circonvolution à la circonvolution voisine (*fibræ arcuatæ*); elles semblent faire partie de ce système.

Voilà quels sont, Messieurs, les éléments cellulaires nerveux, ou réputés tels, qui entrent dans la structure de l'écorce grise. A côté d'eux, il en est d'autres que nous devons mentionner: les *tubes médullaires* et la *névroglie*. Ces derniers, qui pénètrent dans la substance grise sous forme de faisceaux, ne nous arrêteront pas pour le moment; nous y reviendrons bientôt. Quant à la névroglie, connue encore sous le nom de *formation épendymaire* (Rokitansky), elle sert de gangue unissante. Je n'entrerai pas dans le détail des particularités de structure relatives à la névroglie de la substance grise, je rappellerai seulement que,

(1) A. Koschewnikof. — *Axencylinderforsatz der nervenzellen im kleinen Hirn des Kalbes.* In *Schultze's Archiv*, p. 332, 1869. — *Axencylinderforsatz der nervenzellen aus der grosshirnrinde.* — Idem, 1869, p. 375. — Betz. — *Centralblatt*, 1874, p. 379. — Mierzejewski. — *Etudes sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale.* In *Archives de physiologie*, p. 194, 1875. J. Batty Tuke. — *Morisonian Lectures.* In *Edinb. med. Journal*, p. 394, mai 1874.

(2) J. Luys. — *Recherches sur le système nerveux, etc.*, p. 162 et suiv. Paris, 1865.

(3) Meynert. — *Stricker's Handb.*, t. II et traduct. anglaise, t. II, p. 381 et suiv.

dans ces derniers temps, plusieurs auteurs l'ont considérée comme constituée par des cellules conjonctives d'un genre à part, dont le corps, pourvu d'un très-petit protoplasma, serait hérissé de prolongements non ramifiés (*cellules araignées* de Boll et Golgi). Ces prolongements, enchevêtrés et cimentés par une certaine quantité de substance gélatineuse interposée entre eux, composeraient toute la masse de la névroglie. Nous aurons à discuter, par la suite, cette interprétation. Sans nier l'existence de cellules rameuses, à l'état normal, dans certaines régions (cellules de Deiters), je me bornerai à dire que, très-vraisemblablement, la substance grise est faite, à cet égard, sur le même modèle que la substance blanche. En d'autres termes, la névroglie se rapporterait ici au type du tissu conjonctif ordinaire : faisceaux conjonctifs et cellules plates (Ranvier) ; seulement, dans la névroglie, les filaments fibrillaires seraient plus déliés que partout ailleurs. Je néglige actuellement l'étude des vaisseaux qui devra nous arrêter prochainement d'une façon toute spéciale. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nouvelles remarques sur le rapport de M. le professeur Chauffard.

Le rapport, sur le concours de l'Agrégation en Médecine, adressé à M. le Ministre de l'Instruction Publique par M. le professeur Chauffard, en sa qualité de président dudit concours et d'inspecteur général de l'Ordre de la Médecine, nous suggère quelques observations.

Le distingué professeur a heureusement profité de la circonstance, pour proposer au ministre quelques modifications au réglement du concours et à l'institution même, dans le but très louable, de rendre l'Agrégation plus utile à l'enseignement, et à l'exercice de la médecine ; mais, au lieu d'entrer franchement dans la voie des réformes, de proposer des modifications au plan de l'organisation de l'Agrégation, et au concours même, dans le but de mettre celle-ci en harmonie avec les besoins scientifiques de l'enseignement, M. Chauffard, n'a que timidement proposé quelques modifications, dont nous discuterons l'importance et l'utilité.

Avant de procéder à cette discussion nous devons nous arrêter un instant à un point du rapport où le distingué professeur explique au ministre le mécanisme des épreuves du concours, et où il fait grand éloge de la première épreuve écrite, épreuve dans laquelle les candidats ont montré beaucoup de science et d'érudition. Cette première épreuve, cependant, donnait place à de sérieuses réflexions : le réglement du concours exige que l'épreuve écrite de l'Agrégation en Médecine, porte sur l'anatomie et la physiologie en général, et le jury obéissant à la lettre du réglement, a donné pour sujet l'*anatomie et la physiologie du système lymphatique*. Question importante, difficile, qui, pour être bien exposée, demandait la plume d'un anatomiste de profession et pour être bien appréciée, bien jugée, un anatomiste de premier ordre. Les candidats et le jury étaient-ils, d'une manière générale, dans cette condition ? Le distingué professeur répondra assurément par la négative ; dès lors, pourquoi ne point signaler au ministre l'erreur d'un tel réglement, et pourquoi ne point demander, que l'épreuve anatomique soit remplacée par une autre, plus en harmonie avec les nombreuses matières afférentes à l'enseignement de la section de médecine ?

Quelle utilité y a-t-il dans le concours de l'Agrégation en médecine à conserver l'épreuve d'anatomie ? N'est-ce pas détourner l'attention des candidats de sujets plus importants qui appartiennent à leur section?

On sait, et le distingué professeur le sait mieux que personne, que les agrégés en médecine ne sont, en aucun cas, appelés à enseigner ces matières et que même ils ne doivent pas faire partie des commissions d'examen où ces sujets sont demandés ; il est donc complétement inutile d'exiger d'eux la connaissance minutieuse, approfondie, de choses qui ne sont nullement de leur ressort.

La section de médecine, outre la pathologie, comprend : 1° l'hygiène ; 2° la médecine légale ; 3° la thérapeutique et la matière médicale ; 4° l'anatomie pathologique ; 5° la médecine expérimentale; 6° l'histoire de la médecine. Or, ces importantes et difficiles matières, que l'Agrégé en médecine est appelé à enseigner et à examiner, ne font pas le sujet des épreuves du concours, ou tout au plus sont-elles effleurées dans les sujets de thèse proposés par le jury.

En conservant dans le réglement l'épreuve anatomique, ne voit-on pas dominer cet esprit d'encyclopédisme qui a été si préjudiciable à l'enseignement de la faculté. En effet, l'agrégé chargé de remplacer un titulaire se trouve dans une position très-fausse, il est obligé d'enseigner des sujets qu'il connaît très-peu. De là, une gêne, et un embarras très-grand : ces conditions auraient dû être signalées au Ministre et quelques mesures proposées pour y obvier. Au lieu de cela, M. Chauffard déclare que l'agrégation n'a pas de rivale dans aucune faculté, c'est assurément un *lapsus calami*, car le distingué professeur connaît parfaitement l'organisation des facultés étrangères et dans celles-ci à l'exception de quelques-unes de la Belgique, il n'y a pas d'agrégation. Les *privati docenti* des universités allemandes n'ont aucune parité avec notre agrégation.

Voyons maintenant qu'elles sont les propositions de réforme, les modifications proposées dans le rapport. On peut les réduire à trois, que nous allons examiner successivement : 1° En premier lieu vient la délivrance du sujet de thèse au commencement du concours : l'utilité de cette proposition est difficile à saisir, les raisons sur lesquelles se fonde M. Chauffard pour la réclamer sont loin d'être convaincantes. Le distingué professeur croit pouvoir, par cette disposition réglementaire, arriver à faire disparaître les défectuosités inhérentes à ce genre de travaux. A mon avis, il arrivera à faire faire un peu de copie en plus. Si on veut bien se rappeler les anxiétés et les préoccupations qui assiégent l'esprit d'un candidat pendant la durée d'un concours, on est en droit de se demander si l'adoption de cette mesure est de nature à les faire disparaître ou à les atténuer ; ce sera au contraire une aggravation de plus. Le candidat aura à songer non-seulement aux leçons qu'il aura à faire, mais aussi à la thèse qu'il doit composer. On pourrait admettre qu'en raison de la fatigue du concours on demandât qu'il fût accordé plus de temps pour la composition de la thèse, nous ne pouvons pas comprendre qu'on vienne, de gaîté de cœur par l'adoption de cette mesure, troubler ou fatiguer l'esprit des candidats. Qu'on limite le maximum de pages qu'une thèse doit avoir, ce serait une chose acceptable, à la rigueur ; au lieu de cela, on propose une mesure qui aura pour résultat de grossir le volume des thèses sans en augmenter la valeur (1). On sait, au reste,

(1) Voyez sur ce point le n° 14, p. 173.

que toutes les fois que le jury a le bon esprit de ne point proposer de questions absurdes, quinze jours suffisent à tout candidat bien préparé.

2° Suppression du stage et augmentation de la durée du temps d'exercice. On ne saurait trop tenir à la pensée qui a suggéré la deuxième partie de cette proposition : augmenter la durée de l'exercice, c'est rendre l'agrégation plus aisée dans ses allures, plus solide, plus autorisée.

La suppression du stage demande quelques observations. Le stage, dit M. Chauffard, est inutile et offensant ; inutile tel qu'il est, nous l'acceptons; offensant ! c'est là un mot sans portée échappé à la plume. Qu'y a-t-il d'offensant à être nommé par anticipation, car le stage actuel n'est qu'une nomination anticipée ?

Le stage devrait être maintenu, bien entendu avec prolongation du délai d'exercice, seulement il devrait être réglementé : par exemple, qu'on oblige le stagiaire à passer une partie de la durée de son stage, aux frais de l'Université, cela va de soi, dans les grands centres d'enseignement, en Angleterre, en Autriche, etc. A ceux qui par convenance ne pourraient se soumettre à cette obligation, qu'on impose le devoir de faire pendant la durée de leur stage un cours complet sur une des branches de l'enseignement, afférente à la section à laquelle ils appartiennent.

On ne saurait contester que le séjour dans les Universités étrangères aurait pour effet de leur faire connaître les hommes et les choses ; de les initier à la connaissance plus profonde de la littérature, des institutions et de la pratique médicales. M. Chauffard dira peut-être, avec quel argent voulez-vous mettre à exécution de si beaux projets, vous ignorez sans doute, que le Ministère de l'Instruction publique est fortement endetté et, par ce fait, qu'il serait très-difficile de mettre en pratique cette proposition ? Je sais parfaitement cela ; mais je sais aussi qu'à son arrivée au pouvoir, M. Wallon a trouvé moyen de faire en quelques jours une économie assez ronde, en supprimant certaines indemnités abusives ; il suffirait donc qu'il continuât d'émonder un peu le terrain pour trouver de quoi subvenir à des choses très-utiles. D'ailleurs, la Faculté de Médecine verse dans la caisse de l'Université une certaine somme : en la réduisant, on saurait trouver les ressources nécessaires.

3° Faire à l'agrégation une position plus convenable dans l'intérêt des agrégés et de l'enseignement ; cette proposition renferme deux questions : une de budget et une d'organisation. La question de budget, nous ne pouvons pas la discuter. Je rappellerai seulement que les Anglais ont l'habitude de bien rémunérer les différentes positions afin de les utiliser le mieux possible. Imiter cette pratique ne serait pas une mauvaise chose. La question d'organisation nous entraînerait trop loin, car elle nous conduirait à discuter quelles sont les modifications à introduire dans toute notre organisation médicale.

J'ignore quel avenir M. le Ministre fera aux propositions de réforme du concours et à l'institution de l'agrégation contenue dans le beau rapport de M. le professeur Chauffard. On se tromperait fort, si on croyait que par leur réalisation on pourrait tirer de l'agrégation tout ce qu'elle peut donner à l'enseignement. — Pour atteindre ce résultat, il faudrait remanier complétement le plan de l'institution, l'organisation de l'enseignement médical, toucher quelque peu au domaine des robes rouges, sans quoi les réformes proposées pourront bien être utiles aux individus, mais ne profiteront pas beaucoup à l'enseignement.

J. Giraldès,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine, etc.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

La séance annuelle de l'académie, pour 1874, a eu lieu mardi dernier, en présence d'un public nombreux et sympathique sous la présidence de M. Devergie, assisté des membres du bureau.

A l'ouverture, la parole a été donnée à M. Roger, secrétaire annuel, pour la lecture du rapport sur les prix. Peu de travaux ont été envoyés. Certains sujets proposés n'ont pas été traités; pour d'autres, l'insuffisance a été telle qu'il n'y a pas eu lieu de décerner de récompenses. Parmi les ouvrages couronnés, les lecteurs du *Progrès médical* verront avec plaisir celui de M. Thaon : *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose,* qui a obtenu le prix Godard.

Souvent le rapport de M. Roger a provoqué les applaudissements, mais ils ont éclaté chaleureux et unanimes quand il a rappelé les éminents services rendus à notre pays par MM. Th. Roussel et Pasteur. Le premier, par son zèle et son dévouement, a fait créer la *commission d'hygiène de l'enfance* et on sait qu'une récompense nationale a été donnée au second pour ses travaux et son désintéressement scientifiques.

M. le Président lit les sujets proposés pour les prix en 1876 et donne ensuite la parole à M. Béclard, secrétaire perpétuel, pour la lecture de l'*Eloge de Cruveilhier.*

C'est avec le plus grand plaisir et souvent avec émotion que nous avons entendu cet éloge remarquable qui figurera avec honneur à côté de ses aînés. Les marques d'approbation ont souvent interrompu la lecture de M. Béclard et si un grand nombre s'adressait à la mémoire de celui qu'il louait, l'orateur peut aussi en prendre une légitime part. Du reste, M. le secrétaire perpétuel a bien voulu, avec une aménité dont nous ne saurions trop le remercier, nous donner une épreuve de son œuvre, dont nous commençons dès aujourd'hui la publication. G. du B.

Hôpital des Enfants-Malades : Inauguration des leçons de M. Blachez.

Samedi dernier, M. Blachez, agrégé, chargé de la clinique complémentaire des *Maladies des enfants,* a exposé tout au long le programme qu'il compte suivre dans ses leçons du jeudi et du samedi.

Le professeur n'ayant dans ses salles que des maladies chroniques se voit à regret obligé de laisser de côté l'étude des affections aiguës de l'enfance pour demander à son service les seuls éléments d'enseignement qu'il renferme. Evitant, pour le moment, toutes les questions doctrinales que soulève la scrofule, M. Blachez se propose d'étudier les faits en eux-mêmes, se préoccupant avant tout de suivre, sur chacun de ses malades, les diverses manifestations scrofuleuses (scrofule osseuse, ganglionnaire, viscérale) dans leur naissance et leur développement, afin d'appliquer à chaque cas les meilleures ressources offertes par la thé-

rapeutique et l'hygiène. Dans le même ordre d'idées, le professeur initiera ses élèves au diagnostic parfois hésitant des diverses teignes ainsi qu'au maniement des moyens locaux et généraux propres à les guérir.

Le professeur ne se contentera pas de cette étude des maladies chroniques destinée à compléter l'enseignement donné avec succès par M. Simon, à sa consultation du samedi, et par MM. Bouchut et de St-Germain à l'amphithéâtre ; tous les jeudis, à neuf heures, M. Blachez fera examiner par les élèves les petits malades qui se présentent nombreux à la consultation et guidera ses auditeurs dans l'examen toujours difficile des enfants, dans l'étude des symptômes et l'application délicate des moyens thérapeutiques.

Ce programme exposé, M. Blachez a, en manière de préface, retracé l'histoire clinique et anatomo-pathologique (avec pièces à l'appui) d'un enfant scrofuleux, entré dans son service pour une coxalgie et mort d'une tuberculose généralisée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er mai. — Présidence de M. Claude Bernard.

M. Hénocque montre les larves de diptères dont il a parlé dans la séance précédente. Ces larves ont une bouche munie de deux crochets. Elles sont bifides ; leur corps est parcouru par deux trachées qui se terminent par une houpe de cils vibratiles.

M. Rabuteau a fait quelques expériences sur le bromoforme. Il résulte de ses recherches que le bromoforme a tous les avantages du chloroforme sans en avoir les inconvénients. Ce dernier est, en effet, corrosif, vésicant; déposé sur la peau, il peut même déterminer des eschares. Ces accidents ne se produisent pas avec le bromoforme. — M. Rabuteau, étudiant l'action du protochlorure de fer, a constaté qu'il rendait l'urine acide, augmentait la quantité de l'urée et diminuait la quantité des phosphates contenus dans l'urine.

M. Lépine. Si le protochlorure de fer augmente la quantité de l'acide urique, il devrait être très-profitable aux goutteux. Or, il est prouvé que la médication ferrugineuse est plutôt nuisible dans cette maladie.

M. Moreau continue ses communications sur la vessie natatoire des poissons. Il a découvert une sorte de conduit, de soupape de sûreté grâce à laquelle l'air peut s'échapper suivant les besoins de l'animal, afin de permettre au poisson de conserver toujours un volume en rapport avec la pression qu'il a à supporter.

M. Berthelot demande si M. Moreau a fait des expériences dans le but de voir ce qui arrive lorsque l'animal passe d'un milieu moins dense, l'air par exemple, dans un milieu plus dense, comme l'eau.

M. Pouchet fait observer que l'air chassé par l'animal n'a pas besoin de venir de la vessie natatoire. M. Carbonnier a remarqué que les gouranées ont toujours une bulle d'air dans la bouche. En venant à la surface de l'eau, elles lancent la bulle pour en reprendre une nouvelle remplie d'air pur.

M. Prevost (de Genève) rapporte un cas intéressant de pleurésie hémorrhagique. L'épanchement ayant nécessité la thoracentèse, il sortit un litre de liquide presque analogue à du sang pur. Quelque temps après, une seconde ponction donna issue à 3 litres d'un liquide de même nature. Aussitôt après, le malade eut une expectoration albumineuse, en tout semblable à celui des cas où la pleurésie est simple. — Il survint, au niveau de la première piqûre, une tumeur que l'examen histologique fit considérer comme un sarcome, ce qui éclaira aussitôt sur la cause de la pleurésie hémorrhagique. Le malade ayant succombé le 22 avril on trouva, à l'autopsie, un cancer de la plèvre.

M. Raymond communique à la société l'observation d'une malade de la Salpêtrière, atteinte de *maladie de Ménière*. Cette observation a été publiée tout au long dans les leçons de M. Charcot. (*Progrès médical*, 1874, nos 4 et 5). Il s'agit d'une femme de 45 ans qui a, presque continuellement, eu du vertige, des nausées, des efforts de vomissements incessants. Le moindre mouvement imprimé au lit augmente de beaucoup tous ces symptômes; le vertige est toujours précédé d'un sifflement très-intense dans l'oreille gauche. M. Charcot fit donner dix pilules de un décigramme de sulfate de quinine prises en deux fois; au bout de quatre jours de ce traitement, il y eut une amélioration très-nette: on put lever la malade ; le sifflement persistait encore, mais il avait, d'après le dire de la malade, changé de nature, et de plus il occupait les deux oreilles. L'état vertigineux dure habituellement des mois, il s'est donc amendé très-vite par l'emploi des pilules de sulfate de quinine. Dans sa pratique de la ville, M. Charcot a eu recours à ce traitement dans des cas moins graves et avec des résultats avantageux bien plus marqués. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 4 mai 1875.

Éloge de M. Cruveilhier, prononcé par M. Béclard, secrétaire perpétuel.

Il y a un peu plus d'un an, l'un des représentants de la grande époque médicale du commencement du siècle, le compatriote, le disciple et l'ami de Dupuytren, l'élève reconnaissant toujours empressé à célébrer les mérites de son illustre protecteur, entré contre son gré dans une carrière qu'il n'a cessé d'honorer par son caractère, par ses vertus et par des services dont chaque jour qui s'écoule montre mieux tout le prix, l'un des maîtres incontestés de notre science, succombait à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

J'ai à retracer sa vie, à apprécier son œuvre si étroitement unie au mouvement scientifique de notre âge, à montrer la part considérable qu'il a prise à ce mouvement, et à marquer sa place à la tête de la jeune et glorieuse phalange qui, pourvue d'armes nouvelles, parcourt aujourd'hui en l'éclairant à la lumière d'une analyse plus pénétrante, la voie féconde où partout l'on rencontre les empreintes de son passage.

Jean Cruveilhier naquit à Limoges le 9 février 1791. De ses deux oncles, dont l'un s'appelait Jean et l'autre Jean-Baptiste, tous les deux chanoines à Limoges, émigrés en 1793 et morts à l'étranger, il ne sut jamais précisément quel fut son parrain et, dans sa ville natale, on l'appelait indifféremment Jean ou Baptiste.

M. Cruveilhier appartenait à une famille de médecins. Son grand-père était originaire de Meilhard, petite commune du Limousin, aujourd'hui comprise dans le département de la Lozère. La modeste maison qu'il habitait existe encore. C'est à Châteauneuf dans la Haute-Vienne, à six lieues de son village, qu'il exerçait la médecine. C'est aussi à Châteauneuf que le père de M. Cruveilhier commença la pratique de son art; plus tard il vint se fixer à Limoges. Durant les guerres de la République, nous le retrouvons chirurgien en chef du bataillon de la Haute-Vienne dans l'armée de Sambre-et-Meuse. Le père de M. Cruveilhier avait fait ses études médicales à Paris, il avait été le condisciple de Boyer dont il partagea quelque temps la chambre et le lit. Le chirurgien en chef des armées de la République, Percy qu'il connaissait, l'avait placé à la tête de l'Hôpital militaire de Choisy-le-Roi. Le père de M. Cruveilhier était un homme d'une trempe vigoureuse et d'un caractère entier. Un très-beau portrait attribué à David, représente bien cette tête énergique et résolue.

Cependant, contre la France nouvelle la vieille Europe s'était levée. Menacée sur ses frontières, la nation entière était en armes et les enfants étaient abandonnés aux mains des mères. Restée seule pour élever son fils, madame Cruveilhier l'avait entouré des soins les plus assidus et les plus tendres. Modèle de douceur et de dévouement, elle s'était surtout appliquée à lui faire partager la foi ardente qui l'animait. Les cérémonies du culte alors entourées de mystère, célébrées la nuit, dans des endroits écartés, parlaient vivement à l'imagination de

l'enfant. Ces premières impressions ne devaient plus s'effacer, et de ce jeune cœur où la pieuse mère avait versé les trésors de sa foi devait sortir une source intarissable de piété.

A peine avait-il terminé ses études au collège de Limoges qu'il témoigna le désir d'embrasser l'état ecclésiastique. Mais son père avait décidé qu'il serait médecin, telle était sa volonté formelle. Le fils soumis sacrifia son goût à son devoir et partit pour Paris.

Vers le milieu de l'année 1810 un jeune homme, presque un enfant, revêtu de l'uniforme de lycéen, recommandé par une lettre de son père, et mieux encore par son air timide et par ses galons de sergent, frappait à la porte de Dupuytren. Celui qui ne devait guère tarder à devenir le premier chirurgien de son temps n'avait alors que trente-trois ans, mais déjà la fortune l'avait pris par la main. Ses recherches de physiologie, ses succès d'enseignement, son adresse opératoire, l'avaient mis hors de pair, et son pays natal commençait à en être fier. L'émotion du jeune Cruveilhier était grande et son cœur battait fort, quand il se trouva en présence de cet homme de haute taille, au visage froid, à la démarche lente, à la parole brève. Après quelques questions adressées d'un air distrait et auxquelles le jeune visiteur répondit d'un ton modeste, le regard de Dupuytren s'adoucit et bientôt la glace fut rompue. Cette première entrevue avait laissé dans la mémoire de M. Cruveilhier des traces profondes; il aimait à en rappeler le souvenir. Il racontait que passant dans une pièce voisine, Dupuytren en avait rapporté les diverses pièces d'un squelette et que s'agenouillant sur le tapis, pour les disposer dans l'ordre de leurs connexions naturelles, il lui avait donné séance tenante sa première leçon d'ostéologie.

Au sortir de cet entretien notre jeune étudiant se mit au travail avec ardeur. Les visites à l'hôpital, les cours de la faculté, les travaux de l'amphithéâtre remplissaient ses journées. Cependant le spectacle des salles d'anatomie l'avait profondément troublé, et le jour où il assista pour la première fois à une opération il avait dû fuir pour ne pas succomber à son émotion. L'habitude sans doute émousserait cette sensibilité trop vive. Il l'espéra d'abord; mais après de nouveaux efforts et de nouvelles luttes avec lui-même, ses répugnances ne tardèrent pas à lui paraître insurmontables; il lui sembla qu'il ne les dominerait jamais. Il ne s'était donc pas trompé, sa vocation l'appelait ailleurs. Dans une lettre adressée à son père il lui exposait l'état de son âme et lui annonçait sa résolution. Accouru de Limoges, M. Cruveilhier trouva son fils au séminaire de Saint-Sulpice où il s'était réfugié. Son affectueuse énergie releva ce cœur prêt à défaillir. Il est permis de penser que si le fils résigné reprit le cours de ses études, c'est qu'il regardait cet acte de soumission comme une sorte de victoire remportée sur ses inclinations naturelles et qu'il entrevoyait dans le ministère du médecin des occasions sans nombre pour la charité.

Cette crise devait être décisive. Deux années s'étaient à peine écoulées qu'il prenait part au concours de l'internat. Son nom fut proclamé le premier. M. Cruveilhier était définitivement conquis à la science.

En 1816, M. Cruveilhier soutenait sa thèse de docteur. Elle portait pour titre : *Essai sur l'anatomie pathologique.* C'est dans le vieil amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, aux leçons du soir de Dupuytren qu'il en avait conçu le plan et recueilli les matériaux. Dans ces pages vivement écrites on sent comme un souffle de jeunesse. « Devant la vérité, s'écrie-t-il, le voile des systèmes tombe, et la science rendue à sa simplicité première parait mille fois plus belle. »

N'ayant d'autre ambition que de succéder à son père, M. Cruveilhier, ses études médicales terminées, reprit le chemin de sa ville natale, il n'avait alors que vingt-cinq ans. Peu après son retour il s'était marié et il commençait à se livrer à la pratique de la médecine lorsque parut, en 1823, l'ordonnance qui instituait, auprès des facultés de médecine, le concours de l'agrégation. Il fallut encore l'intervention pressante de son père pour le décider, et comme le dit spirituellement M. Raynaud, il poussa l'obéissance filiale jusqu'à se faire nommer le premier.

La chaire de médecine opératoire était alors vacante à la faculté de Montpellier. Sur la recommandation de Dupuytren le choix des professeurs s'arrêta sur le nouvel agrégé. Mais cette chaire il ne devait pour ainsi dire que la traverser. Dès le commencement de l'année 1825 sa résolution était prise ; il se préparait à retourner à Limoges pour y reprendre le paisible cours de sa carrière professionnelle. Tout était disposé pour le départ. Ses collègues l'avaient convié à un dîner d'adieux ; ils allaient se séparer quand une lettre lui fut remise. On lui annonçait que le professeur d'anatomie de la faculté de médecine de Paris (1), l'une des gloires de l'enseignement médical, venait d'être enlevé à la fleur de l'âge après une courte maladie. Cette nouvelle inattendue devait fixer sa destinée.

Celui dont Lamennais, alors dans tout le feu de sa foi religieuse, avait dit qu'il venait d'être suscité par la Providence pour confondre l'incrédulité, l'abbé Frayssinous, tout récemment, et coup sur coup, nommé évêque d'Hermopolis, ministre de l'instruction publique et grand maître de l'Université, s'était souvenu du jeune auditeur des conférences de Saint-Sulpice; il l'invitait à se mettre en route au plus vite.

Consultée par le ministre à l'effet de pourvoir à la vacance de la chaire d'anatomie, la Faculté porta M. Cruveilhier en première ligne, sa nomination ne se fit pas attendre. Le 10 novembre 1825, il se présentait dans le grand amphithéâtre de la faculté. L'auditoire était des plus hostiles. Quand le silence se fut établi et qu'il put se faire entendre, le nouveau professeur s'exprima en ces termes : « Oui, messieurs, vous avez fait une perte irréparable. Ai-je besoin de vous rappeler cette érudition précoce, cette admirable clarté, ce jugement exquis, ce rare talent de bien dire? moi, qui étais assis au milieu de vous il y a peu de temps encore, moi qui étais destiné à lui succéder dans cette chaire toute pleine de son souvenir, plaignez-moi. Vous me saurez gré, je pense, de mes constants efforts pour vous faire, je ne dirai pas oublier, mais supporter moins douloureusement la perte que vous avez faite ; et si vous ne trouvez pas en moi cet incomparable talent qui double le mérite des choses, du moins je puis dire que vous trouverez en moi le même zèle, le même désir de vous être utile, comme j'espère trouver en vous la même bienveillance. » A ces accents émus les cœurs sont touchés, et les derniers mots se perdent dans les applaudissements. (*A suivre*).

Prix de 1874.

Prix de l'Académie. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail inédit sur la physiologie expérimentale. Il était de la valeur de 1,000 francs. Aucun mémoire n'a été adressé pour concourir.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie devait décerner ce prix au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il était de la valeur de 2,000 francs. Un seul mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à ses auteurs, qui sont: M. le docteur Martin, Charles-Ernest, ex-médecin de la légation de France en Chine; M. Chudzinski Théophile, aide-préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des hautes études.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie. » Ce prix était de la valeur de 900 francs. Il ne s'est présenté aucun concurrent.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur un sujet quelconque de la science obstétricale. Il était de la valeur de 1,000 francs. Sept mémoires ont été adressés à l'Académie pour ce concours. Aucun d'eux n'a paru mériter le prix; mais l'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 800 francs à M. le docteur H. Charles, de Liége, auteur du mémoire inscrit sous le n° 7, portant pour épigraphe : « *La grossesse est une mer orageuse sur laquelle la mère et son enfant voguent pendant neuf mois.* »

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Il était de la valeur de 2,000 francs. Cinq ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix; mais l'Académie a accordé, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs, à M. le docteur Félix Planat, de Villère-Ville (Puy-de-Dôme), auteur du mémoire n° 3, ayant pour épigraphe : *Rerum cognoscere causas.*

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être dé-

(1) M. Pierre Auguste Béclard.

cerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Sa valeur était de 1,000 francs. Six concurrents se sont présentés. L'Académie décerne le prix à M. le docteur L. Thaon, de Nice (Alpes-Maritimes), pour son travail inscrit sous le n° 2 et ayant pour titre : *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.*

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — La question posée par l'Académie était la suivante : « De l'aconitine et de l'aconit. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Deux mémoires ont été adressés pour concourir. Il n'y a pas lieu à décerner le prix ; la même question sera maintenue pour le concours de 1876.

Prix fondé par M. le Dr Rufz de Lavison. — La question posée par le fondateur était la suivante : « Etablir par des faits exacts et suffisamment » nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat » dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions » organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers étaient admis à ce concours. Le prix était de la valeur de 2,000 fr. Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le Dr Saint-Lager. — *Extrait de la lettre du fondateur :* « Je propose à l'Académie de médecine une somme 1500 fr. pour la » fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimen- » tateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administra- » tion, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des » pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne devait être donné que lorsque les expériences auraient été répétées avec succès par la commission académique. L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le Dr Falret. — La question suivante avait été mise au concours : « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. » Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. Aucun concurrent ne s'est présenté. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 janvier. — Présidence de M. Charcot.

6. Arrachement de l'extrémité inférieure du fémur ; décollement épiphysaire et arrachement de parcelles osseuses de la diaphyse; par MM. Tapret et Chenet, internes des hôpitaux.

Un enfant de 9 ans et demi, monté derrière une voiture de place, eut la jambe prise dans les rayons de la roue ; il présentait une plaie transversale du jarret droit avec un épanchement articulaire très-abondant ; il eut une hémorrhagie considérable avant son entrée à l'Hôpital des Enfants-Malades, (Service de M. de Saint-Germain). — Le membre tout entier fut placé dans une gouttière platrée qui embrassait complèment les parties antérieure et latérale en laissant libre la région poplitée. Quelques jours plus tard, on constatait le sphacèle d'une portion de muscle qui faisait hernie dans la plaie, bien qu'il n'y eût pas d'étranglement ; et après l'élimination de ce lambeau, l'extrémité diaphysaire était à nu.

L'amputation fut faite, en employant le procédé d'Esmarck, à la partie moyenne de la cuisse. On put constater alors que l'artère et la veine poplitée n'avaient pas été intéressées dans l'accident ; mais toute l'épiphyse s'était détachée du reste de l'os, entrainant une portion de la diaphyse à la partie interne ; à la partie externe au contraire, la séparation avait eu lieu juste au point d'union du cartilage épiphysaire avec la diaphyse.

Quant au mécanisme de cette lésion, il semble rationel de l'expliquer par une extension forcée de la jambe sur la cuisse s'accompagnant d'une légère torsion. Les ligaments postérieurs de l'articulation ont résisté et la rupture s'est faite audessus, dans le point qui présentait la moindre résistance. L'intégrité des ligaments articulaires était en effet assez remarquable dans un traumatisme aussi violent. L'absence de rupture des vaisseaux poplités s'explique par l'élasticité des tuniques vasculaires si grande chez les enfants.

7. Séquestres osseux invaginés; par MM. Tapret et Chenet, internes des hôpitaux.

L'une de ces pièces a été enlevée sur une petite fille de quatre ans, par M. de Saint-Germain. C'est un péroné dont la nécrose a succédé à une périostite phlegmoneuse diffuse à forme inflammatoire. Le début des accidents remontait à deux mois ; plusieurs trajets fistuleux permettaient d'arriver sur l'os éburné, mais le séquestre n'était pas mobilisable ; l'état général de l'enfant était assez mauvais et l'on résolut de faire la résection du péroné. La bande élastique ayant été placée sur le membre, et l'os mis à nu, on put constater six cloaques à bords saillants qui conduisaient sur l'os ancien, absolument invaginé. La résection de la plus grande partie de l'os fut faite, et on ne laissa en place que l'extrémité inférieure, pour ne pas intéresser l'articulation tibio-tarsienne. L'os, fendu selon sa longueur présente un canal médullaire très-élargi au milieu duquel se trouve une mince esquille éburnée, longue de 12 à 14 centimètres, et adhérente en plusieurs points à l'os nouveau. Celui-ci présente, outre les cloaques que nous avons mentionnés, une irrégularité remarquable et un volume au moins double de celui de l'os normal. La plaie est fermée aujourd'hui, mais l'os ne s'est pas reproduit.

La seconde pièce a été enlevée dans le même service, sur une fille de 9 ans. C'est un fragment du tibia gauche. Cette nécrose a succédé aussi à une périostite phlegmoneuse, mais le début de l'affection remontait a plus de deux ans. Ici, le sequestre était parfaitement mobile. L'os nouveau, notablement hypertrophié dans la plus grande partie de son étendue, présentait aussi de larges trajets fistuleux. Des ponts de substance osseuse furent enlevés à la gouge et le séquestre facilement mis à nu. — On y voit le trou de l'artère nourricière parfaitement conservé, ainsi que les faces interne et postérieure de l'os. — La face externe, au contraire, est en partie détruite. Sa surface et ses bords sont comme rongés, et elle s'est écrasée entre les pinces. Bien que cette opération ait nécessité une plaie très-étendue, la cavité osseuse pansée avec de la charpie imbibée d'alcool, s'est peu à peu fermée, et l'état de la petite malade est satisfaisant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mai. — Présidence de M. Le Fort.

M. Desprès dépose sur le bureau l'observation du jeune homme présenté dans la dernière séance, qui portait une luxation du poignet sur la nature de laquelle tout le monde n'était pas d'accord. Il maintient son diagnostic de luxation *médio-carpienne* en avant. La flexion forcée de la main réduit cette luxation : un spica a été appliqué pour maintenir la flexion. Il présente en même temps le moule du bras malade afin qu'il puisse être comparé à celui que M. Tillaux a apporté.

M. Perrin, au nom de MM. Paulet et Tillaux, chargés avec lui d'examiner le malade de M. Desprès, rend compte à la Société de l'examen qu'ils ont fait. Après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour ne pas être induits en erreur, ils sont arrivés à confirmer le diagnostic de M. Desprès; c'est bien une luxation *médio-carpienne.* Le moule de ce malade présente quelques différences avec celui du malade de M. Tillaux qui portait une luxation *carpo-métacarpienne* en avant. Chez ce dernier, le talon de la main fait une saillie considérable, tous les mouvements de la main sont impossibles; chez le premier, au contraire, la saillie est peu considérable, tous les mouvements sont possibles et la flexion complète produit la luxation. Ces signes seraient donc pathognomoniques pour reconnaitre ces luxations d'ailleurs extrêmement rares.

M. Tillaux lit l'observation de son malade : les conclusions ont déjà été exposées par M. Perrin. — Les exemples de luxation carpo-métacarpienne sont fort rares : on ne trouve guère dans les auteurs que des cas de luxation de un ou deux métacarpiens, mais jamais en avant. Une observation de luxation en arrière des quatre derniers métacarpiens a été présentée à la Société anatomique en février 1856 par M. Vigouroux.

M. Guéniot lit un rapport sur le vulvo-fermoir présenté par M. Barin de Lyon. — Il peut offrir quelques avantages, mais le rapporteur ne saurait admettre avec l'inventeur que cet instrument puisse remplacer les pessaires qui, quoi qu'on en dise, sont d'une utilité incontestable.

M. Hervez de Chégoin montre quelques pessaires dont il a eu à se louer en plusieurs circonstances.

M. Verneuil propose de remercier le rapporteur et de renvoyer l'instrument et le rapport aux archives. Il y a danger à accueillir si facilement tous les instruments qu'on présente à la Société. C'est aussi l'avis de M. Larrey.

M. Delens lit une observation de *kyste hydatique de la rate* contenant 3 l. 1/4 de liquide guéri après une seule ponction.

La maladie semblait dater de dix ans; le gonflement de la base gauche de la poitrine devint si considérable que la respiration en fut très-gênée. C'est ce qui décida M. Delens à faire l'aspiration en se servant d'un trois-quart capillaire. L'examen histologique montra de nombreux crochets d'échinocoque.

M. Dubreuil lit un travail sur la *contracture ascendante et réflexe par suite de traumatisme articulaire.* (Duchenne, de Boulogne) avec deux observations à ce sujet. — M. Guéniot a vu un de ces cas de contracture survenir chez un collégien après une chute sur le coude. Le redressement du bras n'a pu être obtenu que par la force; tous les moyens de traitement ayant échoué, il a eu recours à l'électricité, mais il ne connait pas encore le résultat définitif. — M. Panas dit que les déformations articulaires après les arthrites doivent être attribuées à la contracture des muscles survenant par action réflexe. Ces contractures pourraient donc survenir sans traumatisme ainsi que cela se voit dans la coxalgie, par exemple.

M. Le Fort présente un *sarcome* qu'il a enlevé à la paume de la main et un *polype* du col de l'utérus à pédicule très-allongé et présentant des lacunes comme les amygdales. I. B.

24. Pilules anticatarrhales (*John Williams*).

Gomme ammoniaque	2 gramme.
Carbon. d'ammoniaque	1 —
Ipéca pulvérisé	25 centigr.
Chlorhydrate de morphine	10 —
Mucilage de gomme	q s.

F. s. a. 10 pilules, qu'on enduira d'un vernis composé de baume de Tolu dissous dans du chloroforme.

Une pilule, matin et soir, dans la bronchite chronique, surtout quand la sécrétion bronchique est visqueuse et l'expectoration difficile.

25. Lavement purgatif.

Huile de ricin	40 gr.
Jaune d'œuf	n° 1
Infusion de guimauve	500 gr.

Pour un lavement.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Necker. — Service de M. Delpech. Consultation le lundi. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, Erysipèle ; 5, pneumonie ; 10, paraplégie ; amélioration par le phosphore ; 11, névralgie lombo-iliaque ; 12, laryngite syphilitique ; 15 ataxie locomotrice, insuffisance aortique. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 1, chorée hystérique ; 3, pelvi-péritonite; 6, névralgie post-puerpérale ; diabète ; 5, pleuro-pneumonie ; 15, érysipèle ; 16, paraplégie hystérique ; 18, phlegmon des ligaments larges ; 23, syphilis.

Service de M. Potain. Consultation le jeudi. Salle Saint-Louis (H.) : 1, insuffisance mitrale et tricuspide ; 10, dilatation bronchique; 11, pleurésie enkystée ou kyste hydatique du poumon suppuré ; 12, pleurésie purulente chez un tuberculeux, tube à demeure. lavage de la plèvre ; 13, pleurésie gauche purulente ; 26, leucocythémie ; 27, tuberculose, inversion du cœur ; 29, polyurie simple. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, pneumonie caséeuse ; 4, fièvre intermittente, névralgie, zona ; 12, pleuro-pneumonie ; 19, maladie de Ménière ; 31, hémiplégie hystérique récente.

Service de M. Guyon. Consultations, mardi, jeudi, samedi. Le samedi à 9 h. 1/2 opérations et cliniques sur les maladies des voies urinaires. Salle Saint-Jean (H.) : 8, arthrite suppurée de l'articulation radio-cubitale inférieure, 18, fracture des conduits auditifs externes (traumatisme portant sur le menton) ; 19, fracture de la 12e côte ; 23, perforation de la voûte palatine (strumeuse.)

M. Desormeaux. — Consultation, lundi, mercredi, vendredi. Opérations mercredi. Examens endoscopiques le lundi et le jeudi.

Hôpital des Enfants-Malades. Médecine. M. Bouchut : Consultation le lundi, clinique le mardi. — Salle Sainte-Catherine : 3, pneumonie typhoïde; 5, insuffisance aortique et tricuspide ; 19, entérite chronique ; 31, méningite tuberculeuse ; — angines, chorées.

M. Labric: Consultation le vendredi. — Salle Saint-Jean : 7, 9, croups opérés ; 10, maladie mitrale; 13, pleurésie chronique ; 14, cancer du sein ; 17, coqueluche intense ; 34, dilatation des bronches ; 35, tumeur cérébrale ; chorées rhumatismales, rougeoles.

M. Archambault. — Salle Saint-Louis : 5, ascite ; 8, rhumatisme. Endopéricardite ; 10, albuminurie ; 23, tétanie ; 26, ictère. — Salle Sainte-Geneviève : 28, érythème noueux ; 30, fièvre continue ; pneumonies franches.

M. de St-Germain commencera, le jeudi 13 mai, ses cliniques d'été : il traitera des difformités du rachis. — M. Simon : consultations cliniques tous les samedis à 9 h.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy commencera son cours sur les maladies de la peau, le vendredi 14 mai à 9 heures.

La liberté des sorties dans les hospices.

Nos lecteurs se rappellent, sans doute, les remarques que nous avons faites il y a quelque temps (n° 7, p. 85), au sujet d'une mesure prise par M. F. Duval et M. de Nervaux, mesure qui supprimait absolument ou restreignait les sorties pour tous les administrés de Bicêtre, de la Salpétrière, de l'hospice d'Ivry et de l'hospice Brézin. — Nos plaintes ont été entendues. MM. Leneveux et Taladier ont porté la question au sein du conseil municipal et la plupart des journaux (le *XIXe Siècle*, l'*Evènement*, la *France*, le *Rappel* et surtout le *Petit Journal* et le *Libéral de Seine-et-Oise* s'en sont vivement occupés et ont montré ce qu'avait de regrettable l'arrêté pris par l'administration. Tous ces efforts ont porté leurs fruits. Nous apprenons que lundi dernier l'administration a rétabli les sorties comme autrefois, si ce n'est pour les *épileptiques* et les *hystériques*. Nous avons le ferme espoir que cette dernière restriction sera levée prochainement et qu'il ne restera plus rien du malencontreux arrêté du 22 janvier.

Souscription Vallérian. — MM. les Internes en médecine, de l'*Hôpital temporaire* ont l'honneur de prévenir leurs collègues et anciens collègues, qui ont pris part à la souscription Vallérian, que cette souscription est close, et que, par leurs soins, les restes du regretté Vallérian, ont été remis à sa famille à Moulins, le 1er mai.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 30 avril 1875, on a constaté 1,006 décès, savoir : variole, 9; — rougeole, 25; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 10; — bronchite aiguë, 48;— pneumonie, 116;— dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 8; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 13; — croup, 13; — affections puerpérales, 5; — autres affections aiguës, 298, — affections chroniques, 410, dont 22 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 22; — causes accidentelles, 14.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 18 au 24 avril 1,600, savoir : variole, 1; — rougeole, 6; — scarlatine, 34; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 7; — bronchite, 266; — pneumonie, 114; — dyssenterie, »; — diarrhée, 13; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 6; — croup, 11, — coqueluche, 85.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours complémentaires des maladies syphilitiques.* — Le dr Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours, à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 13 mai, à 9 heures du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. — MM. les Etudiants qui désireraient suivre le cours sont priés de se munir de cartes spéciales au sécrétariat de la Faculté.

— Un concours public pour une place de prosecteur et pour deux places d'aide d'anatomie, aura lieu le jeudi 13 mai. Le concours pour une place de prosecteur, sera ouvert à midi. Seront seuls admis à concourir, MM. les aides d'anatomie. Le candidat nommé entrera en fonctions le 15 mars 1876. Le concours pour les places d'*aides d'anatomie* aura lieu immédiatement après le concours du prosectorat. Les candidats inscrits seront avertis par lettre du jour de l'ouverture. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Les candidats nommés entreront en fonctions le 15 mars 1876. Le registre d'inscription pour ces concours, est ouvert au secrétariat de la Faculté, tous les jours de une heure à quatre heures, depuis le lundi 26 avril.

Ecole des hautes études. — M. Regnard (Paul), interne des hôpitaux de Paris, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de physiologie de l'Ecole pratique des hautes études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Blanche.

Suppression facultative des religieuses dans les hopitaux. — L'article 2 du projet de loi envoyé à la Chambre des députés (Prusse) est ainsi conçu : « Les établissements des ordres et des congrégations analogues à des ordres qui s'occupent exclusivement de soigner les malades, continueront à subsister ; néanmoins ils peuvent à tout moment être supprimés par ordonnance royale. Jusqu'à ce moment-là, les Ministres de l'Intérieur et des Cultes sont autorisés à leur permettre de recevoir de nouveaux membres. »

Service de santé militaire. — Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, s'ouvrira : à Paris, le 24 août 1875 ; — à Lille, le 31 août ; — à Nancy, le 3 septembre ; — à Besançon, le 6 septembre ; — à Lyon, le 9 septembre ; — à Marseille, le 13 septembre; — à Montpellier, le 16 septembre ; — à Toulouse, le 20 septembre ; — à Bordeaux, le 24 septembre; — à Rennes, le 28 septembre. — Pour les diverses conditions du concours, s'adresser au ministère de la Guerre.

Par décret en date du 25 avril 1875, ont été promus au grade de médecin-inspecteur dans le corps de santé de l'armée de terre : MM. Marmy (Michel Jules), médecin principal de 1re classe des hôpitaux de Lyon, en remplace-

ment de M. Laveran, placé dans la section de réserve. Baizeau (Anatolius), médecin principal de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Perrin, admis dans la section de réserve.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sur le rapport de M. le docteur Gailleton, le conseil municipal de Lyon a voté à l'unanimité : 1° l'allocation aux travaux de la Faculté d'une somme de 1,100,000 francs immédiatement disponible ; 2° l'invitation au préfet d'ouvrir toutes négociations nécessaires à l'effet d'obtenir le plus promptement possible l'ouverture de la Faculté. (*Lyon méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. René (Albert-Charles), est nommé aide de physiologie en remplacement de M. Chrétien, appelé à d'autres fonctions.

VARIOLE. — La *Gironde* signale l'apparition de la variole à Bordeaux. L'épidémie a été jusqu'à présent assez bénigne.

NÉCROLOGIE. — Le *Moniteur du Calvados* annonce la mort de M. Roulland, maire de Caen, directeur de l'école de médecine, médecin en chef des hôpitaux. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Alcide Ricard, étudiant en médecine, décédé le 19 avril 1875, à l'âge de 29 ans (*Gaz. des Hôp*).

— Nous avons à annoncer la mort du professeur Maurizio Buffalini, décédé à Florence le 31 mars dernier, dans sa 80e année. L'Italie toute entière s'est associée aux funérailles imposantes et solennelles qui ont été faites au fondateur de la clinique de Santa-Maria-Nuova, à l'immortel auteur de l'*Essai sur la vie* et de la *Pathologie analytique*. Une grande nation s'honore en rendant des honneurs funèbres splendides aux hommes de génie et de cœur, qui ont marqué leur passage sur cette terre par des services rendus à l'humanité souffrante, et l'Italie nouvelle s'est empressée de donner, dans cette circonstance, une preuve ... de son ... et de sa vie... (...)

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. 3 fr. Acc. 3 f.

RUSSEL REYNOLDS (J.). Leçons cliniques sur l'électrothérapie. In-8° de 34 p. 1 fr. 50.

ROUYER (L.). Considérations nouvelles sur le traitement de la phthisie pulmonaire et sa curabilité. In-8° de 90 p. 2 fr.

SÉNAC LAGRANGE. — Etude sur Cauterets, ses environs, ses montagnes, ses sources et leurs applications médicales. 1 vol. In-12 de VII, 478 p. avec 3 gravures et 2 cartes. 5 Fr.

TOURTELOT. De la coïncidence des lésions mitrales et aortiques. In-8 de 96 pages, 2 fr.

TRUCHOT (P.), et FREDET (G.-E.) De la lithine dans les eaux minérales de Royat et dans les principales sources thermales de l'Auvergne. In-8 de 16 pages avec 1 planche, 1 fr. 50.

TAMIN-DESPALLES. Traitement physiologique des maladies consomptives et héréditaires. In-8° de 200 p. 3 fr.

VAN DER SCHRIECK (F.). Du virus typhoïde et de son rôle dans les épidémies. in-8 de 52 pages.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

HAUSSMANN (D.). — Parasites des organes sexuels femelles de l'homme et de quelques animaux, avec une notice sur le développement de l'oïdium albicans. Traduct. par le Dr P.-E. Walter. In-8 de 178 pages avec 3 planches lithographiées, 3 fr. 25. c.

LUTON (A.) — Traité des injections sous-cutanées à effet local. Méthode de traitement applicable aux névralgies, aux points douloureux, au goître, aux tumeurs, etc. 1 vol in-8 de VII — 380 pages, 6 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

... PLESSIS. ...

AUX BUREAUX DU *Progrès médical*

LUSSANA. — Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur par H. DURET. In-8° de 80 pages. 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25. *franco*.

THAON (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose; in-8° de 104 pages avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50. Pour nos abonnés : **2 fr. 50**, *franco*.

3e ANNÉE. — N° 20 30 centimes le numéro 15 MAI 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le professeur **VERNEUIL.**

Sur l'anémie et l'hypertrophie du foie d'un hémorrhoïdaire.

(Leçon recueillie par H. DURET, interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Vous avez été sans doute frappés de l'extrême pâleur d'un malade couché au n° 56 de la salle Saint-Louis. Sa face est d'une teinte mate et uniforme; les impressions et la vie ne s'y reflètent plus. Le regard est terne et éteint, les lèvres décolorées, les mains et les doigts sont aussi pâles que ceux d'un cadavre. Ce n'est pas la teinte jaune-verdâtre de la chlorose, ni jaune-paille d'une cachexie cancéreuse, ni la pigmentation du vieillard ; c'est la couleur de l'ambre, ou de la cire qui a vieilli. La peau de la face est ordinairement d'une si grande finesse qu'on y voit par transparence le sang qui circule dans les capillaires. Chez ce malade, le sang extrait par une piqûre au doigt et reçu sur une plaque de verre, est séreux, semblable à du vin très-vieux et étendu d'eau : c'est la circulation de ce sang appauvri, qui donne à son visage la teinte légèrement jaunâtre. Si, en effet, vous comprimez avec le doigt, si vous chassez le sang du réseau capillaire, elle disparaît et revient comme la coloration rosée normale. Il existe sur le visage de notre malade des cicatrices de boutons varioliques; ces cicatrices, de nature fibreuse, ne renfermant pas de vaisseaux, ont conservé leur aspect blanchâtre.

Le sang, examiné au microscope, contient, du reste, de rares globules rouges qui nagent dans un sérum abondant. Ces globules ont perdu leur plasticité, n'adhèrent pas entre eux, et ne forment pas ces séries simples ou rameuses, analogues à des pièces de monnaie empilées les unes sur les autres. Il y a une hypoglobulie très-manifeste et quoiqu'on ne trouve au visage, ou aux membres inférieurs de ce malade, ni œdème, ni infiltration séreuse, il est probable qu'il existe aussi une véritable hydrémie ou plutôt une diminution dans la richesse des principes du sérum du sang. Les urines sont claires comme de l'eau de roche, et ne paraissent contenir qu'en très-petite quantité les produits des oxydations des tissus Tous ces faits peuvent se caractériser d'un seul mot : *notre malade est atteint d'une anémie profonde.* L'auscultation du système circulatoire confirme ce diagnostic : au cœur, on entend un bruit de souffle très-prononcé à la base ; il se prolonge dans les gros vaisseaux du cou. Si l'on vient à appliquer le sthétoscope sur ceux-ci, on reconnait les deux souffles, l'un intermittent, l'autre continu, désignés par les auteurs sous le nom de *bruit de diable* des anémiques : on peut même les percevoir dans l'artère fémorale.

Il a constamment des battements dans la tête, au front et aux tempes principalement : parfois, il éprouve des éblouissements, et il souffre de palpitations de cœur; la respiration elle-même est gênée et anxieuse; il a quelquefois ressenti des douleurs névralgiques sur les côtés du thorax. Ce sont là des manifestations nerveuses de l'anémie ; c'est, suivant la belle expression de Romberg, la prière des nerfs qui demandent un sang plus riche pour les nourrir.

Quelle est donc, messieurs, la cause de cette *anémie profonde?* Elle réside dans des pertes de sang successives.

Vous avez sous les yeux l'exemple d'une anémie simple, sans complication de diathèses, d'intoxications ou de fièvres graves. Notre malade, âgé de 46 ans, s'aperçut pour la première fois, il y a vingt ans, qu'il perdait du sang par le fondement en allant à la selle. Ces hémorrhagies se renouvelèrent fréquemment, mais c'est seulement il y a dix ans, qu'il constata qu'une petite tumeur grosse comme une noix était sortie et saignait abondamment. Il y a sept ans, après une constipation opiniâtre, pendant qu'il faisait des efforts considérables, une tumeur du volume d'une orange sortit de l'anus. Elle saignait beaucoup. Pendant douze ou quatorze jours, il ne put la faire rentrer ; il prit des bains de siége, mit des cataplasmes, et, au bout de ce temps, elle se réintégra d'elle-même dans sa situation primitive. Chaque fois qu'il va aux cabinets, la tumeur sort et le sang coule : mais il la réduit lui-même avec assez de facilité.

Depuis un an seulement, il a perdu ses forces et est devenu anémique. Il était autrefois d'un tempérament sanguin, comme son père, qui, lui aussi, était hémorrhoïdaire. Homme sobre, robuste, énergique, jardinier de son état, il vivait à la campagne, et on ne pouvait certainement l'accuser d'alcoolisme.

L'examen de l'anus montre qu'il est bien conformé; l'orifice n'est ni dilaté, ni rétréci ; on y voit ni marisques, ni tumeur d'aucune sorte; le sphincter est vigoureux, épais, et de hauteur normale.

La muqueuse est saine dans la région sphinctérienne ; mais, au-dessus, le doigt sent qu'elle est plus épaisse, molle et inégale. Cet épaississement et ces inégalités n'ont pas la dureté d'un néoplasme.

On ne fait pas couler de sang lorsqu'on retire le doigt. Comme la tumeur sort après les efforts de défécation, nous avons pu facilement l'examiner. C'est un bourrelet circulaire, épais de deux à trois centimètres environ, formant sous l'influence du spasme sphinctérien une tumeur du volume d'une mandarine. Ce bourrelet présente deux zones : l'une, centrale, est humide et violacée ; l'autre, externe, est recouverte d'une muqueuse sèche, épaissie, légèrement exulcérée. Dans la première, ce sont seulement des veines dilatées et volumineuses; dans la seconde, déjà le tissu interstitiel est devenu fibreux. En résumé, nous sommes en présence d'hémorrhoïdes d'intensité médiocre, dont il semble facile de débarrasser le malade par l'opération.

Depuis vingt ans, cet homme perd du sang, et depuis un an surtout les hémorrhagies ont été assez nombreuses, assez abondantes pour l'amener dans cet état d'anémie excessif. Il semble qu'il ait une anémie sans lésion, comme celle qui survient chez les femmes qui ont des corps fibreux ou des polypes de la matrice. Dès lors, l'indication parait simple : opérer le malade avec précaution, supprimer ainsi l'origine des pertes de sang successives, et l'anémie guérira. C'est ainsi que l'on procède ordinairement chez la plupart des hémorrhoïdaires. Mais, ici, pour que cette conduite du chirurgien fut justifiée, il faudrait qu'il ait réellement affaire à une *anémie sans lésion.*

Quoique les pertes de sang successives et assez abondantes subies par cet hémorrhoïdaire eussent pu expliquer suffisamment le haut degré d'anémie auquel il est parvenu, j'ai voulu pénétrer un peu plus loin dans la pathogénie de l'état général et de l'état local, et j'ai exploré avec soin les principaux viscères. Je vous ai déjà exposé l'état du système circulatoire ; les poumons sont sains, et le murmure respiratoire s'entend facilement pur et net dans toute leur étendue. Mais il est un organe dont l'altération doit attirer tout particulièrement notre attention : je veux parler du *foie.* Il est considérablement augmenté de volume : la percussion indique en avant une matité qui débute à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et qui descend en bas jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous du bord du

thorax; à ga[illegible] ligne verticale, tracée du mamelon correspondant; en arrière, elle contourne la paroi thoracique et mesure une hauteur d'au moins seize à dix-huit centimètres. Si on enfonce les doigts au-dessous des fausses côtes de manière à comprimer le bord du foie, le malade accuse une douleur assez vive. La rate paraît aussi avoir subi un accroissement de volume.

L'hypertrophie du foie n'est pas rare dans les diverses formes d'anémie : dans la tuberculisation pulmonaire chronique, dans la cachexie cancéreuse, le volume du foie augmente. Chez des malheureux dont la peau desséchée ne recouvre plus qu'un squelette et dont tous les organes amaigris semblent disparaître, il semble que le foie seul persiste et profite de ce dépérissement de l'organisme entier. Cette richesse du foie n'est qu'apparente : car ce qu'il emmagasine, ce sont probablement les débris nécrobiosés des autres organes. Le foie des phthisiques est gras; dans les suppurations prolongées, il devient gras ou amyloïde ; enfin la cachexie cancéreuse y produit des altérations de même ordre.

Il n'en est plus de même dans les affections cardiaques ; l'hypertrophie et la congestion du foie sont engendrées par des causes mécaniques. Mais notre malade n'est ni un phthisique, ni un cancéreux, ni un cardiaque, et si j'ajoute qu'il n'a jamais subi d'intoxication palustre ou autres, qu'il n'a pas eu la syphilis, et qu'on ne peut l'accuser d'alcoolisme, on se demandera quelle peut être la véritable nature de cette hypertrophie du foie ? Quel est l'état anatomique de cet organe ? Est-ce une inflammation chronique, une cirrhose idiopathique ?

On pourrait l'admettre s'il existait un peu d'ascite, si les veines abdominales étaient dilatées ; mais, ici, il y a seulement des varices hémorrhoïdaires, et il est permis de discuter et de mettre en doute cette hypothèse.

M. Gubler, dans sa thèse, a signalé dans la cirrhose des dilatations veineuses aux deux extrémités du système de la veine porte ; en haut, des varices œsophagiennes, en bas, des varices anales. Chez notre malade, le foie est hypertrophié, mais une cirrhose hypertrophique qui durerait vingt ans est certainement un fait inadmissible.

Au lit n° 43 de la même salle Saint-Louis, est un autre malade atteint d'une hypertrophie énorme du foie et de la rate. Il est entré, lui aussi, pour des hémorrhoïdes assez volumineuses. C'est un ancien militaire qui a séjourné en Cochinchine pendant trois ans, et qui, pendant trois mois consécutifs, a souffert des fièvres intermittentes. On lui a donné simplement du sulfate de quinine. Il est revenu en France en 1870, et quelques mois après, il s'est aperçu pour la première fois qu'il avait des hémorrhoïdes.

Depuis qu'il est entré dans mon service, il a pris environ dix douches froides sur la région hépatique et sur la région splénique, et vous avez pu constater que l'hypertrophie de ces deux organes a considérablement diminué. Les hémorrhoïdes ont complétement disparu.

Il y a donc une relation importante entre l'hypertrophie du foie et les hémorrhoïdes : mais chez le malade qui nous occupe, l'hypertrophie du foie n'est pas sous l'influence de la fièvre paludéenne, ou de la fièvre des pays chauds. Il faut en chercher la cause ailleurs.

Pour la solution du problème qui nous occupe, il faut considérer trois termes : une anémie profonde, une hypertrophie du foie, et des hémorrhoïdes. On sait qu'il est probable que le foie et la rate sont les organes de fabrication et de transformation des globules sanguins ; faut-il donc supposer qu'il existe dans le foie et la rate une sorte de congestion chronique, ayant pour but la réparation incessante des nombreuses pertes en globules que subit le sang par des hémorrhagies répétées, qui durent depuis vingt ans ? Les digestions sont très-imparfaites chez cet homme, et, d'autre part, les éléments organiques ne sont comburés qu'avec parcimonie, comme le démontre l'examen des urines dont la coloration est si légère. En un mot, une anémie simple, sans complications organiques peut-elle produire un augmentation du volume du foie ?

Dans l'article remarquable, que mon excellent ami M. Potain a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, cette hypertrophie du foie chez les anémiques n'est pas signalée. Là, encore, nous serions donc en présence d'un fait exceptionnel.

Ainsi, il nous est impossible de savoir d'une façon précise, si le malade a une hypertrophie du foie qui a produit des hémorrhoïdes par gêne dans la circulation de la veine porte, ou si les hémorrhoïdes par les pertes de sang dont elles sont le siége depuis longtemps, ont amené une hypertrophie fonctionnelle de cet organe.

Il ne faut pas aller bien loin en clinique pour savoir qu'il y a des maladies du foie sans hémorrhoïdes, et qu'il existe des hémorrhoïdaires sans affection du foie. C'est donc là un point spécial de pathogénie que l'avenir éclaircira. Mais ce que je tiens à constater dès à présent, c'est que cette hypertrophie du foie sans être commune chez les hémorrhoïdaires existe quelquefois cependant, sans qu'on puisse établir que son apparition soit antérieure à celle des hémorrhoïdes, ou qu'elle soit l'effet d'une cause étrangère, comme l'alcoolisme, l'impaludisme, etc.

Un négociant de province, affaibli par les pertes de sang très-nombreuses que lui occasionnaient des hémorrhoïdes volumineuses, vint un jour me consulter. Il était dans un état d'anémie aussi profonde que notre malade de la salle Saint-Louis ; très-pusillanime, il avait résisté à la maladie, jusqu'au jour, où, à bout de forces, il était venu me trouver, décidé à se faire opérer.

C'était au moment où je commençais mes essais avec le galvanocautère dans les opérations sur le rectum ; j'aurais pu l'opérer sans lui faire perdre une goutte de sang : mais je voulus auparavant examiner ses viscères. Je lui trouvai un foie énorme !

Dès lors, je changeai d'opinion, je crus qu'il était plus sage d'attendre, et, avant toute opération, d'essayer de diminuer l'hypertrophie du foie. Je lui conseillai un séjour dans une maison d'hydrothérapie. Là, on lui donna tous les jours des douches sur la région hépatique, et, il prit fréquemment des lavements froids. Après six mois de ce traitement et d'un régime tonique, le foie diminua considérablement et les hémorrhoïdes cessèrent de saigner. Les années suivantes, tous les deux ou trois mois, ce malade faisait ainsi quinze jours d'hydrothérapie. Après quatre ans, il a été complétement guéri de ses hémorrhoïdes et de sa congestion du foie, *sans avoir jamais été opéré.*

Par où chez ce malade a commencé la guérison ? Les douches ont-elles d'abord diminué l'hypertrophie du foie ? Ai-je par le régime tonique rendu le sang plus plastique ? Est-ce l'anémie qui, vaincue la première, a entraîné la décongestion du foie et des veines hémorrhoïdales ? Ou bien, en supprimant les hémorrhoïdes et l'écoulement sanguin, ce traitement a-t-il fait disparaître la congestion permanente du foie ? Peut-on considérer le flux hémorrhoïdal, comme l'analogue de l'épistaxis des maladies du foie ? Ce sont là des questions auxquelles il m'est impossible de répondre d'une manière satisfaisante dans l'état actuel de la science. Mais je devais les poser clairement, parce qu'il est important de les résoudre, non-seulement au point de vue pathologique, mais surtout au point de vue du traitement.

Ces faits démontrent en effet qu'il ne faut pas opérer d'emblée tous les hémorrhoïdaires. Il est dangereux de faire un traumatisme sur un malade qui a le foie dans cet état. C'est peut-être à cause de ces cas, qu'on peut s'expliquer la terreur des anciens dans les opérations qui avaient pour but la guérison des hémorrhoïdes.

HOPITAUX DE PARIS. *Concours de médecine.* — La première séance, de l'épreuve orale du concours pour deux places de médecin au bureau central, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3, le mercredi 12 mai 1875, à quatre heures. Vingt-cinq candidats sont appelés à prendre part à cette épreuve ; ce sont : MM. Caresme, Carrière, Chouppe, Damlos, Debove, Decori, Dieulafoy, Du Castel, Gaillard, Lacombe-Gugeot, Gouguenheim, Gourand, Graucher, Hallopeau, Hémey, Huchard, Labadie-Lagrave, Landrieux, Liouville, Renault (Alexandre), Renaut (Joseph), Rück, Sanné. Sevestre. Strauss.

MALADIES DU LARYNX

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

Ve LEÇON. — Angine glanduleuse ou folliculeuse. — Acné du pharynx.

(Leçons recueillies par AFFRE et MOISARD, internes des hôpitaux.)

SOMMAIRE. — Maladie chronique d'emblée. — Description des glandules du pharynx. — Existe-t-il une laryngite glanduleuse? — Analogie avec l'acné cutanée. — Forme chagrinée, ou granuleuse. — Symptômes et aspect. — Acné du pharynx de M. Lasègue. — Marche, étiologie. — Diagnostic. — Angine alcoolique. — Angine des fumeurs.— Traitement. — Nature réelle de la maladie, et ses rapports avec les diathèses.

Messieurs,

L'angine glanduleuse ou folliculeuse, dont nous abordons l'étude, est une affection intermédiaire aux angines purement locales, que j'ai décrites dans la précédente leçon, et aux angines diathésiques beaucoup plus importantes, dont je vous entretiendrai plus tard. En effet, l'angine glanduleuse se développe le plus souvent sous l'influence d'irritations locales : mais l'action de ces dernières est puissamment secondée, préparée par divers états généraux;

L'angine glanduleuse est une affection essentiellement chronique : elle n'est pas précédée d'un état aigu, aussi MM. Peter et Krishaber désignent-ils la laryngite glanduleuse sous le nom de *laryngite chronique d'emblée*.

Cette maladie consiste dans l'inflammation et l'hypertrophie des follicules muqueux de la gorge. De nombreuses glandes en grappe, soit isolées, soit disposées par groupes, existent dans tout le pharynx. On trouve en outre des follicules clos, en assez grand nombre dans la partie supérieure du pharynx, surtout au pourtour de l'orifice interne de la trompe d'Eustache (Kölliker).

L'inflammation glanduleuse siége souvent sur la face antérieure du voile du palais. Les granulations apparaissent alors comme un semis très-fin à la surface de la muqueuse et non comme de grosses glandules isolées. Au contraire, sur la luette, on observe quelques grosses saillies, qui peuvent déformer cet organe et y représentent parfois par leurs bosselures des espèces de stalactites. Cette hypertrophie s'accompagne en même temps d'œdème et de procidence plus ou moins considérable de la luette toute entière.

Il est très-probable qu'il existe auss. des granulations glanduleuses sur la face supérieure du voile du palais ; mais leur présence est beaucoup plus difficile à constater. — Les malades accusent alors un sentiment très-pénible, qui leur fait faire de fréquents mouvements de déglutition et de régurgitation. — Le rhinoscope permet de reconnaitre une rougeur plus ou moins sombre de la face supérieure du voile du palais, sans qu'il nous ait été possible le plus souvent de distinguer de véritables glandules. Cependant la structure anatomique de la région rend leur existence très-probable.

L'hypertrophie glandulaire siége souvent et en grande abondance sur la face postérieure du larynx, et je ne m'explique pas comment M. Lasègue a pu être amené à méconnaître ce fait très-réel.

Quelquefois, on observe un aspect particulier du bord supérieur de l'épiglotte qui semble épaissi, un peu bosselé, et recouvert d'une espèce de chassie, semblable à celle que l'on voit sur le bord palpébral dans les cas d'inflammation chronique des glandes de Meibomius. Il est probable que cette production n'est due qu'à l'hypérémie des glandes de l'épiglotte.

Existe-t-il une véritable *laryngite glanduleuse*? Cela est au moins contestable, si l'on veut trouver dans le larynx même des saillies glanduleuses semblables à celles du pharynx. On ne trouve pas de saillies semblables dans les laryngites simples, à moins qu'on ne confonde avec elles, le bourgeonnement que l'on observe dans les phthisies laryngée, ou la syphilis. Je crois qu'on a décrit la laryngite glanduleuse, plutôt d'après des vues théoriques que d'après des faits observés et que souvent l'on a pris pour des laryngites glanduleuses des affections d'une nature très-différente. Ce qui permettrait d'expliquer l'absence de la laryngite glanduleuse, c'est que les glandules du larynx sont normalement beaucoup moins volumineuses que celles du pharynx. Il existe cependant sur la face postérieure de l'épiglotte et au niveau du coussinet graisseux des glandes fort nombreuses, mais ce ne sont point là de véritables glandes en grappe, ce sont des glandes utriculaires. L'inflammation de ces utricules, dont nous admettons volontiers la réalité, ne peut produire de saillies à la surface de la muqueuse, mais tout au plus un aspect *sablé* ou *chagriné*.

En revanche, on trouve de vraies glandes en grappes dans toute l'épaisseur des bandes ventriculaires. On en trouve surtout dans les replis aryténo-épiglottiques: ce sont les glandes de Morgagni, groupe glandulaire dont les deux lobes embrassent les cartilages de Wrisberg. Et cependant nous n'observons point de détermination spéciale de l'angine glanduleuse en ce point, lorsque l'angine glanduleuse est simple, et dénuée de complications diathésiques. Nous en dirons autant pour les cordes vocales. Les glandes que nous décrivions dans notre dernière leçon, d'après M. Coyne, ne paraissent pas hypertrophiées dans le catarrhe chronique. Quant aux saillies ou bourgeons charnus que l'on observe, par exemple, au début de la phthisie laryngée, et que l'on a décrit souvent comme des angines glanduleuses, on n'a pas démontré histologiquement qu'elles fussent constituées par des glandes hypertrophiées, et il s'agit sans doute d'une prolifération morbide d'ordre différent.

L'angine glanduleuse a donc son siége principal dans le pharynx, et c'est surtout sur la paroi postérieure de celuici qu'il faut la chercher. Les saillies folliculeuses présentent là, par leur agglomération, des aspects assez différents, soit la forme de grappes, soit la forme de chapelets dirigés verticalement. D'autres fois ce sont des plaques plus ou moins isolées qui soulèvent la muqueuse. — Ces petites saillies arrondies, constituées par des glandes hypertrophiées, ne sont pas sans analogues dans l'économie, on en rencontre parfois de semblables pour les glandes de la peau, pour celles du sillon balano-préputial, ou pour celles des replis des petites lèvres chez la femme. Cet état a, en somme, de grandes analogies avec l'acné cutanée.

A cette première période d'hypertrophie peuvent succéder des phénomènes d'inflammation. Ainsi on peut distinguer quatre degrés dans l'angine glanduleuse :

1° Tuméfaction simple des glandules qui présentent une rougeur plus ou moins vive.

2° Dans un second degré la rougeur est plus livide et comme ardoisée. La tuméfaction est plus considérable.

3° Au sommet de chaque petite tumeur apparaît un point jaune, qui lui donne l'aspect d'une pustule d'acné. C'est la période de suppuration.

4° Enfin, au dernier degré, la pustule est remplacée par une érosion qui peut devenir une ulcération véritable. C'est à tort que cette abrasion de la petite pustule, déjà signalée par Green, a été niée par M. Lasègue : j'ai pu en constater souvent l'existence d'une façon très-nette.

Ces deux derniers degrés sont néanmoins beaucoup plus rares que les deux premiers, et souvent liés à des diathèses graves.

La muqueuse, placée entre les glandules malades, peut être à peu près saine ; mais, le plus souvent, elle est atteinte aussi d'inflammation chronique ; elle est alors le siége d'arborisations vasculaires ayant pour centre les glandes hypertrophiées autour desquelles rayonnent les petits vaisseaux.

Enfin, on observe parfois une forme particulière d'angine glanduleuse, caractérisée par un aspect chagriné de la muqueuse. — C'est alors une angine plutôt granuleuse que ganduleuse, constituée par de petites papules très-nombreuses, très-rouges, disséminées et faisant de très-légères saillies. La muqueuse toute entière est le siége de l'inflammation et ressemble à une peau de chagrin à gros grains. Elle est quelquefois humide, mais le plus souvent alors elle est assez sèche. — A quoi attribuer cette forme particulière? à une inflammation des cryptes muqueux, ou à une hypertrophie des papilles? ou bien à une hypertrophie des follicules clos du pharynx?

J'adopterai volontiers cette dernière manière de voir. M. Alphonse Guérin interprète de même l'aspect de la *vaginite granuleuse,* avec laquelle cette forme présente une analogie d'aspect tout à fait frappante. Toutefois l'étude histologique de ces deux maladies n'est pas encore faite.

Quant au larynx, une rougeur inflammatoire plus ou moins vive est le seul phénomène apparent. On n'y retrouve pas l'hypertrophie glandulaire que l'anatomie permettait d'y supposer. Cependant nous avons déjà parlé de l'aspect inégal, bosselé, chassieux, que présente parfois le bord supérieur de l'épiglotte. Cela est dû probablement à l'inflammation des glandules les plus élevées de cet organe. La face postérieure de l'épiglotte est aussi très-souvent rouge et d'un aspect chagriné. Les bandes ventriculaires sont souvent enflammées, épaissies. Cela tient probablement à l'inflammation des nombreuses glandes qu'elles renferment dans leur épaisseur. Mais il est cependant impossible d'y trouver les saillies analogues à celles que l'on distingue si bien sur le fond du pharynx.

Les glandes aryténoïdiennes de Morgagni, qui pourraient former une saillie appréciable en avant et en arrière du cartilage de Wrisberg, ne sont pas atteintes dans le catarrhe simple : elles paraissent, au contraire, l'être souvent dans les laryngites diathésiques.

Pour les cordes vocales, les glandes décrites par M. Coyne pourraient peut-être, par leur inflammation et leur hypertrophie, donner naissance à des papules saillantes. Mais ces papules ne s'observent pas souvent si on ne confond pas avec des glandules hypertrophiées, les bourgeons charnus des laryngites ulcéreuses, de sorte que ces glandes paraissent en définitive hors de cause, tout au plus pourrait-on rattacher à l'inflammation de ces glandes, l'aspect papuleux, analogue à celui de la conjonctivite papuleuse, que présentent les cordes vocales dans certaines formes de laryngite. Mais l'anatomie pathologique, et surtout l'analyse microscopique de ces lésions n'a pas encore été faite avec précision.

Il semble donc que les descriptions que l'on a données jusqu'à présent de la laryngite glanduleuse sont plus ou moins théoriques et ne sont vérifiées ni par l'observation clinique, ni par les nécropsies.

Symptômes. — Les symptômes de l'angine glanduleuse sont souvent peu marqués : la maladie peut rester longtemps inaperçue du malade. Lorsqu'ils existent, on peut les distinguer en symptômes pharyngiens et symptômes laryngiens.

A. *Symptômes pharyngés.* — Très-rarement la déglution est gênée, et l'on n'observe jamais de véritable dysphagie. Le malade accuse une sensation de sécheresse dans la gorge. En même temps, il a une tendance à tousser légèrement, à renâcler. Lorsqu'il existe de la *staphylite supérieure,* (inflammation de la partie supérieure ou nasale du voile du palais), la sensation est encore plus désagréable ; quand elle est permanente, elle devient même tout à fait pénible. C'est une véritable douleur, ou plutôt un sentiment d'anxiété, qui pousse le malade à faire incessamment des mouvements de régurgitation, comme s'il voulait faire passer dans la bouche les mucosités des fosses nasales.

B. *Symptômes laryngiens.* — Chose étrange! dans cette maladie qui ne siége guère que dans le pharynx, les symptômes laryngiens prédominent. Cela tient peut-être à une action réflexe du pharynx sur le larynx. Cela pourrait encore être dû à une erreur d'interprétation du malade, qui rapporte au larynx des sensations ayant leur véritable point de départ dans le pharynx, erreur qui s'explique facilement par le voisinage des origines des nerfs pharyngés et des nerfs laryngés supérieurs.

Il existe souvent de la raucité de la voix, ou de l'enrouement, mais jamais de véritable aphonie. La toux est rare : ce n'est pas du reste une toux véritatable : c'est un bruit particulier, assez bien représenté par la syllabe *hem* ! Aussi cette forme spéciale de toux a-t-elle fourni aux Anglais la dénomination de la maladie.

L'expectoration est peu abondante, composée de petits crachats pelotonnés, grisâtres, venant probablement des ventricules.

Ces symptômes sont entretenus et exaspérés par l'exercice de la parole et par le chant. M. Lasègue pense que la parole est plus fatigante que le chant lui-même. Nous serions disposés à accepter en partie cette manière de voir; en effet, dans le langage ordinaire, la succession rapide des syllabes nécessite une série d'articulations différentes, et des modifications spéciales de tout l'organe vocal ; tandis que dans le chant, les sons plus régulièrement soutenus, donnent une succession régulière d'efforts moins différents les uns des autres, de façon que le larynx ne passe pas si brusquement d'un état à un autre. En outre, dans le chant, on ménage des repos réguliers qui permettent à l'organe de se fatiguer moins vite; mais si cela est vrai du chant soutenu, cela cesserait de l'être, si on voulait l'appliquer aux exercices d'agilité, ou à la musique dramatique qui exige des efforts considérables. Dans ce cas, un malade atteint d'angine glanduleuse sera promptement hors d'état de continuer.

Il nous reste à décrire maintenant les formes particulières d'angines que M. Lasègue a désignées sous le nom d'angine acnéique. L'angine acnéique aurait d'après lui, son siége surtout sur l'amygdale, et dans la partie inférieure de la fossette sous-amygdalienne. J'admets plus volontiers la seconde localisation que la première; il se trouve là, surtout auprès de la langue, un véritable nid de glandules qui peuvent évidemment s'enflammer.

Quoi qu'il en soit, M. Lasègue décrit trois variétés principales d'angine acnéique.

1° L'acné simple caractérisée par des saillies rouges, qui peuvent suppurer et même s'ulcérer. Ces lésions s'accompagnent d'une sensation de chatouillement, qui provoque la toux et le *hem.* M. Lasègue en donne deux observations sans examen laryngoscopique. L'angine acnéique simple coïnciderait avec l'acné frontale.

2° L'acné pustuleuse siégerait surtout sur l'amygdale même. Deux ou trois glandes seulement sont prises à la fois. C'est en somme une inflammation des cryptes de l'amygdale avec hypersécrétion de matières caséeuses, et quelquefois enchâtonnement de calculs crétacés. Mais ce dernier cas appartient plutôt à la chirurgie.

3° La troisième forme est constituée par l'acné indurée, due au durcissement de l'exsudat glandulaire. L'élimination de ce produit sécrétoire serait suivie d'ulcérations qui, par leur réunion, rappelleraient l'aspect d'un gâteau d'abeilles.

Tout cela ne paraît pas parfaitement net, surtout au point de vue de l'étiologie, et le petit nombre d'observations que cite l'auteur montre qu'il s'est attaché à décrire des faits trop restreints, si l'on songe à la fréquence considérable de l'acné cutanée.

Pour moi, je pense que cette notion de l'acné de la gorge doit être plus généralisée et l'on peut dire que l'angine glanduleuse toute entière n'est que l'acné du pharynx. Ce n'est pas seulement dans la fosse sous-amygdalienne ou dans quelques concrétions des amygdales qu'il faut la chercher, c'est surtout sur la paroi postérieure du pharynx, sur la luette et sur le voile du palais. Enfin, n'oublions pas que les follicules qui entourent l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache peuvent aussi s'enflammer dans certains cas de catarrhe de la trompe. (V. von Trœlsch. *Traité des maladies de l'oreille*). (*A suivre*).

Prix. — La Société protectrice de l'enfance de Marseille met au concours les deux questions suivantes : 1° Etudier l'influence des émanations de cuisine, tabac et autres sur la santé de l'enfant (de la naissance à 3 ans). 2° Relever les lois qui ont été édictées chez les peuples relativement au premier âge (infanticide, abandon, assistance, protection, tutelle, puissance paternelle, fécondité). Etudier l'influence que ces lois ont exercée sur le développement des jeunes générations et sur la mortalité. Les mémoires sur *l'une ou l'autre question* doivent être adressés, dans les formes académiques, à M. le président de la commission scientifique de Marseille, rue de la Doise, 19, avant le 15 décembre 1875, *terme de rigueur.* Des médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et des mentions honorables seront décernées en séance publique aux meilleurs mémoires. (*Gaz. des hôpitaux.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

C'en est assez, je pense, concernant l'histoire individuelle des divers éléments qui composent la substance grise. Il convient d'examiner maintenant quel est le mode d'agencement de ces éléments, et quelles sont les différences qui peuvent se produire, soit sous ce rapport, soit sous le rapport de la constitution des éléments eux-mêmes, dans chacune des régions que dessinent les sillons fondamentaux à la surface des hémisphères.

Il est un mode d'agencement susceptible d'être considéré comme représentant le type le plus vulgaire, le plus répandu, c'est celui où l'on distingue, sur des coupes minces, examinées au microscope, cinq couches superposées. Il se rencontre à peu près partout dans les lobes antérieurs. Voici comment les éléments sont répartis :

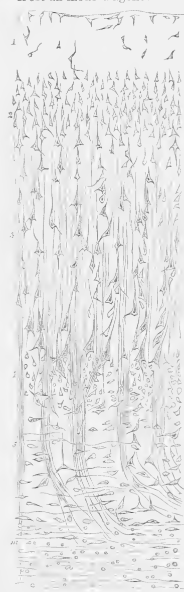


Fig. 18. Cette figure est empruntée au travail de M. Meynert. (5). Les numéros 1, 2, 3, 4, 5, désignent l'ordre des couches de l'écorce grise; *m*, la substance médullaire.

1° La *première couche*, la plus rapprochée des méninges, est presque exclusivement constituée par la substance conjonctive. Les éléments nerveux y sont très-rares ; cependant, Kölliker et Arndt (2) décrivent vers la surface, sous la pie-mère, une couche de tubes nerveux parallèles, très-délicats. Là aussi, les cellules nerveuses sont très-disséminées (*Fig. 18,1*). A l'œil nu, cette couche offre l'aspect d'une petite zone blanche. Ce défaut de coloration paraît être en rapport et avec la pauvreté de cette couche en éléments nerveux et avec le petit nombre des vaisseaux capillaires qu'elle renferme. En effet, les artérioles qui pénètrent dans la couche corticale ne fournissent de nombreux capillaires que plus profondément. Cette particularité de structure est très-bien indiquée sur une planche de Henle (3) et sur une figure du mémoire de M. Duret (4).

2° La *deuxième couche* (*Fig. 18,2*) est marquée par une agglomération de cellules nerveuses pyramidales de la petite espèce, très-nombreuses, très-tassées, et qui lui communiquent une couleur grise très-manifeste.

3° La *troisième couche* (*Fig. 18,3*) est en grande partie formée par des cellules pyramidales, les unes de dimension moyenne, les autres volumineuses. Celles-ci, plus espacées que celles-là, sont situées de préférence à la partie la plus inférieure de cette couche, et pénètrent même dans la couche suivante. Outre les cellules, on trouve encore dans cette troisième couche des faisceaux de fibres médullaires qui s'enfoncent perpendiculairement à la surface de l'écorce grise et forment, dans l'intervalle des groupes de cellules pyramidales, des espèces de colonnes. Cette disposition a été fidèlement représentée par M. Luys (1) et par Henle (2). C'est dans la zone la plus inférieure de cette couche qu'existent dans certaines régions les cellules géantes. Il semblerait que la rareté des cellules et la présence des fibres médullaires dût donner à cette couche une coloration blanche, il n'en est rien ; la réalité est que, en raison sans doute de la présence du pigment des cellules et de l'abondance des vaisseaux capillaires, cette région de l'écorce des circonvolutions présente à l'œil une coloration jaunâtre.

4° Viennent ensuite la quatrième couche (*Fig. 18,4*) où l'on aperçoit des granulations ou cellules globuleuses, à caractère mal déterminé, et la cinquième, où nous retrouvons les cellules fusiformes, dont nous avons parlé il y a quelques instants (*Fig. 18,5.*)

Ces investigations sommaires nous ont mis à même d'apprécier l'intérêt que peut offrir l'examen de la structure de la substance grise corticale, fait *par circonvolutions*. On sait d'ailleurs depuis longtemps que certaines régions de l'écorce grise diffèrent d'une manière très-notable, au point de vue de la structure. Mais l'étude la plus féconde à cet égard, et la plus récente, est celle qu'a entreprise M. Betz, et dont les résultats ont été insérés dans le *Centralblatt* de l'an passé (3).

M. Betz s'est proposé pour but d'étudier circonvolution par circonvolution les modifications de texture que peut présenter la substance grise. A ce point de vue, il y a lieu de distinguer, d'après lui, à la surface des hémisphères, deux régions fondamentales qui sont à peu près limitées par le sillon de Rolando.

En avant de ce sillon, l'écorce grise est caractérisée par la prédominance sur les cellules globuleuses des cellules pyramidales de grande dimension. La région orbitaire est comprise dans cette circonscription.

En arrière, la région comprend tout le lobe sphénoïdal, l'occipital et la partie médiane jusqu'au bord antérieur du lobe quadrilatère. Là, les couches granuleuses l'emportent sur les grandes cellules, qui sont relativement rares.

Il y a, d'ailleurs, dans chacune de ces régions, un département spécial qui mérite de nous arrêter. Occupons-nous d'abord de celui de la région postérieure.

1° Les éléments nerveux, bien développés sont, ici, des cellules assez volumineuses. Pour M. Meynert, c'étaient les plus grosses qu'on pût rencontrer dans l'écorce des hémisphères, avant la découverte des cellules géantes. Elles ont quelquefois 0,030 μ de diamètre. Mais les prolongements de protoplasma sont peu nombreux ; le prolongement basal est dirigé horizontalement et fait quelquefois communiquer deux cellules entre elles. Le territoire où l'on observe cette disposition comprend : *a*) le *cuneus* ; *b*) la moitié postérieure du lobule lingual et fusiforme ; *c*) tout le lobe occipital; *d*) les deux premières circonvolutions sphénoïdales et le pli de passage. Selon M. Betz, cette région serait destinée aux fonctions de sensibilité. Il y a longtemps déjà que, pour d'autres raisons d'ordre anatomique sur lesquelles nous reviendrons, les parties postérieures du cerveau ont été désignées comme siége du *sensorium*.

2° Le département du lobe antérieur qui mérite une

(1) Voir les numéros 17, 18, 19.

(2) R. Arndt. — *Studien ueber die Architektonick der grosshirnrinde des Menschen* in *Arch. für Mikroskop. Anatomie*. — 3e Bd, 1867, p. 441, Taf. XXIII, fig. 1 a. et fig. 2.

(3) J. Henle. *Handb der Nervenlehre*, p. 274, fig. 201. Braunschweig, 1871.

(4) *Archives de Physiologie*. T. VI, pl. 6, fig. 2 et 3.

(5) Th. Meynert. — *Vom Gehirne der Säugethiere-Strichen's Handbuch*. T. II, p. 704.

(1) *Atlas*, etc., pl. XX, fig. 4.

(2) *Loc. cit.*, fig. 198, p. 271.

(3) P. Betz, in Kiew. — *Anatomischer nachweis zweier gehirncentra. Centralblatt* tralblatt, 1874, nos 37 et 38.

*

mention particulière pourrait être appelé, vous allez voir pour quelle raison, *le département des cellules pyramidales gigantesques* ou cellules motrices par excellence. Il comprend la circonvolution frontale antérieure dans toute son étendue, la circonvolution pariétale antérieure dans son extrémité supérieure, enfin une partie que nous étudierons prochainement sous le nom de *lobule paracentral* et qui siége à la face interne des hémisphères, à l'extrémité des circonvolutions ascendantes dans ces régions, frontale et pariétale. C'est là qu'existent à peu près exclusivement les cellules géantes. Leur répartition n'y est pas uniforme, car elles sont plus nombreuses qu'ailleurs aux extrémités supérieures des deux circonvolutions médianes et surtout dans le lobe paracentral. Elles sont disposées en groupes ou en îlots. On les trouve dans les points qui viennent d'être indiqués chez les singes de toute espèce, aussi bien chez les inférieurs que chez les chimpanzés. Enfin, chez le chien, M. Betz a observé ces mêmes cellules dans les points désignés par Fritsch et Hitzig comme centres moteurs, autrement dit dans les parties qui avoisinent le *sulcus cruciatus*. Ce qui augmente l'intérêt de ce fait, c'est que, chez le chien, les cellules géantes pyramidales n'existeraient que dans les régions dites psycho-motrices.

Il ne vous a pas échappé sans doute, Messieurs, que, chez le singe, cette répartition des grandes cellules nerveuses est à peu près l'apanage des circonvolutions où l'expérience a montré, entre les mains de M. Ferrier, l'existence des points moteurs, c'est-à-dire des circonvolutions centrales. C'est là un résultat intéressant, fourni par l'étude histologique et qui, combiné aux données expérimentales ou anatomo-pathologiques, ne pourra pas manquer de jeter quelque jour sur l'histoire des localisations cérébrales.

(*A suivre*).

Note sur deux cas de thrombose pulmonaire développée dans le cours de cancers viscéraux ;

Par M. G. HOMOLLE, interne des hôpitaux (1).

J'ai présenté à la Société anatomique, au mois d'octobre, un cas de thrombose de l'artère pulmonaire dont j'avais recueilli les pièces à l'autopsie d'une femme morte de cancer utérin ; tout récemment, j'ai eu l'occasion de rencontrer un nouvel exemple de la même lésion, survenue chez un sujet atteint de carcinome pylorique. Ces deux faits indiquent un certain degré de fréquence d'une lésion, sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment appelé l'attention, et qui paraît cependant avoir une part assez importante dans les accidents qui peuvent compliquer la marche ou hâter la terminaison fatale des cancers viscéraux.

Tantôt, en effet, la thrombose pulmonaire étendue aux premières divisions de l'artère donne lieu à des phénomènes graves d'un caractère assez spécial pour qu'on puisse songer au diagnostic et en saisir la signification pronostique fort grave, sinon en tirer de sérieuses indications thérapeutiques ; tantôt, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, les coagulations artérielles ne se révèlent par aucun trouble notable, mais leur présence et la diminution importante du champ respiratoire qu'elles entraînent peuvent, à un moment donné, favoriser l'action d'autres causes (état syncopal passager, etc.), qui amènent la mort.

C'est ainsi qu'il faut sans doute interpréter les accidents ultimes survenus chez le malade dont j'ai montré les pièces aujourd'hui ; la cancéreuse dont j'ai parlé au mois d'octobre a présenté, au contraire, un type des symptômes fonctionnels graves auxquels on peut reconnaître pendant la vie la thrombose pulmonaire.

Phénomène de même ordre que les coagulations périphériques des veines des membres, la formation des caillots dans l'artère pulmonaire est une conséquence de l'inopexie cachectique, et se produit à une époque avancée du mal. Chez nos deux malades, il y avait coïncidence des deux ordres de lésions.

En pareil cas, il importe de distinguer pendant la vie, lorsqu'il y a des troubles fonctionnels en rapport avec les lésions vasculaires intra-pulmonaires, et à l'autopsie, les véritables thromboses des embolies dont peut s'accompagner la phlegmatia cancéreuse.

Au point de vue symptomatique, les difficultés peuvent être assez grandes; car la thrombose donne lieu à des accès dont la brusquerie simule l'invasion brusque des accidents de nature embolique ; elle peut, d'autre part, ne pas se révéler, en dehors de ces crises, par des troubles bien caractéristiques.

Il est cependant rare qu'on n'observe pas, avant les exacerbations et dans leur intervalle, une dyspnée continue hors de proportion avec les signes fournis par l'examen du cœur et des poumons. L'intégrité du poumon est moins absolue que dans le cas d'embolie récente, mais, sauf complication, les lésions consécutives à la thrombose ne se révèlent guère par des phénomènes d'auscultation ou de percussion bien importants.

Au moment où se produisent les crises semblables à celles que j'ai indiquées chez la première malade, l'invasion, quoique rapide, est moins subite que dans l'embolie; mais dans les deux cas, on retrouve cette association de l'asphyxie et de l'état syncopal que Virchow, M. Ball et tous ceux qui ont décrit l'embolie pulmonaire, indiquent avec soin.

C'est, avec la même angoisse dyspnéique et la même cyanose aiguë, un semblable refroidissement périphérique, une même accélération, avec excessive petitesse du pouls. A la suite de l'accès, une hémoptysie de caractère spécial peut succéder à l'infarctus embolique ; rien de pareil dans la thrombose. Enfin, la répétition des accidents semble la règle dans le dernier cas ; elle est au moins exceptionnelle dans le cas d'embolie.

A l'autopsie, il faudra comparer avec soin les caillots des veines périphériques et ceux de l'artère pulmonaire, qu'on trouvera parfois manifestement plus anciens que les premiers. D'ailleurs, la disposition des coagula dans le poumon diffère dans les deux cas, et les signes indiqués par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, sont ceux qui doivent encore conduire au diagnostic exact de la lésion anatomique.

OBSERVATION. — *Cancer du pylore. Cachexie. Thrombose de la veine médiane basilique droite, sans œdème. Mort subite. — A l'autopsie, thromboses multiples des branches de l'artère pulmonaire.*

Langl..., 44 ans, entre dans les premiers jours d'octobre 1874, à la salle St-Louis (nº 11), dans le service de M. BOURDON, à la Charité.

C'est un homme d'une constitution très-affaiblie, pâle et maigre, d'aspect tout à fait cachectique. Il ne fait remonter cependant le début de son mal qu'à un petit nombre de mois. Habituellement bien portant, sans antécédents héréditaires, diathésiques, il dit avoir éprouvé, il y a six mois, de profonds chagrins et des souffrances morales prolongées.

Deux mois plus tard, ses digestions, qui, auparavant, étaient parfaitement régulières, commencèrent à se troubler: la constipation devint habituelle, et il commença à ressentir de vives douleurs à la base du thorax, derrière l'appendice xiphoïde et un peu au-dessus, sans irradiations vers le rachis. En même temps, bien qu'il continuât à prendre de la nourriture pour laquelle il n'éprouvait aucun dégoût, il s'amaigrissait rapidement. Il ne survint pas de nouveaux accidents pendant trois semaines ; mais alors il se mit à vomir ses aliments mêlés de matières glaireuses acides, a souffrir d'éructations fréquentes. L'amaigrissement fit alors de tels progrès que ses amis, dit-il, hésitaient à le reconnaître.

Ces accidents et cet état général mauvais firent des progrès jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

Il était alors, comme je l'ai dit, tout à fait cachectique ; la peau était partout flasque et cireuse. Le développement considérable de la partie supérieure du ventre contrastait avec l'émaciation générale.

Il était facile de reconnaître un état de dilatation considérable de l'estomac ; la forme même de la distension sus-ombilicale, le bruit de glouglou qui se produisait pendant la percussion, ne laissaient aucun doute à cet égard.

(1) Mémoire présenté pour obtenir le titre de *membre titulaire*.

Les vomissements se reproduisaient tous les deux ou trois jours, extrêmement abondants ; c'était une bouillie grisâtre, très-acide, d'odeur aigre, dont le passage causait au malade une sensation de brûlure. Dans l'intervalle des vomissements se produisaient des éructations bruyantes.

Vers le milieu de novembre, le malade se plaignit de douleurs à la face interne du bras gauche; là, se dessinaient déjà de petites veines sous-cutanées qui formaient des cordons durs, en continuité avec une induration cylindrique, allongée dans la direction de la veine basilique.

Les choses en étaient là depuis une dizaine de jours, lorsque, une après-midi, le malade fut pris en vomissant, au milieu de l'état demi-syncopal qui accompagne la nausée, d'une angoisse dyspnéique de courte durée. Deux jours après, dans les mêmes circonstances, il éprouva la même sensation de suffocation imminente, appela le garçon de la salle en disant qu'il se sentait étouffer, et succomba.

AUTOPSIE le 21 novembre 1874 43 h. après la mort).

Dès que la cavité abdominale est ouverte, on reconnaît la présence de gros ganglions disposés tout le long de la colonne vertébrale, et d'une masse principale formée par plusieurs ganglions et par l'extrémité pylorique de l'estomac dilaté, adhérente à la face inférieure du foie, qui est le siége des noyaux cancéreux multiples.

En examinant plus attentivement, il est facile de se convaincre qu'il n'y a que des adhérences, sans continuité de la tumeur entre les masses ganglionnaires et la portion pylorique de l'estomac, entre celle-ci et le foie. Il est également évident qu'il y a une tumeur du pylore.

L'*estomac*, énorme, est libre d'adhérences, sauf au niveau même de son extrémité duodénale ; ses faces sont saines ; sa grande courbure ne présente aucune altération ; le long de la petite courbure sont quelques ganglions. On ne voit pas de gros vaisseaux lymphatiques se rendre vers ces ganglions.

L'estomac renferme une masse pulpeuse, diffluente, d'odeur aigre, blanchâtre, formée de lait coagulé. La muqueuse est saine ou seulement épaissie dans toute son étendue jusqu'à quatre centimètres du pylore. La musculeuse est partout hypertrophiée.

Dans une hauteur de quatre centimètres au-dessus de l'anneau pylorique très-épaissi, l'aspect change assez brusquement. Au-dessous d'un léger relief a bourrelet circulaire, le tissu perd brusquement l'apparence d'une muqueuse en même temps qu'il se déforme légèrement; il est moins tomenteux, plus ferme, plus lardacé en apparence. Sa teinte est moins rosée, plus blanchâtre, avec quelques marbrures ardoisées ; ce tissu morbide présente quelques inégalités, des dépressions peu profondes, et des saillies molles plus ou moins volumineuses, les unes pédiculées, putrilagineuses, les autres formant de petits dépôts superficiels de même apparence, qui représentent les portions mortifiées et non encore éliminées du néoplasme.

Les parois stomacales augmentent notablement d'épaisseur dans toute la hauteur de l'anneau cancéreux, et atteignent 25 millim. d'épaisseur immédiatement au-dessus de la coarctation pylorique. Cet épaississement des parois est formé aux dépens de la musculeuse, qui mesure un peu plus d'un centimètre, et surtout de la sous-muqueuse envahie par le produit morbide ; celle-ci a de 6 à 7 millimètres d'épaisseur.

L'orifice du pylore très-étroit, au point de ne laisser passer l'extrémité du petit doigt, a seulement 4 centimètres de circonférence.

Il est occupé par une masse végétante, molle, assez vascularisée en quelques points, et présentant en d'autres une surface d'un gris-rosé, semée de grains miliaires jaune pâle. Cette production presque pulpeuse est irrégulièrement mamelonnée, elle s'insère sur presque tout le contour valvulaire et proémine dans le duodénum, dont on voit, immédiatement au-dessous, la muqueuse saine.

Noyaux cancéreux multiples du foie. Pas d'autres foyers de généralisation viscérale. Tous les ganglions de l'inscrtion mésentérique sont envahis. Pas de cancer de la colonne vertébrale. Reins et rate sans lésions.

Poumons partout crépitants, grisâtres, pâles, nullement congestionnés, sans adhérences pleurales. Au sommet droit, on trouve de petits noyaux d'induration fibroïde et des granulations fibreuses (gran. de Bayle) peu nombreuses, sous-pleurales. Les lésions intéressantes sont des thromboses multiples des branches de l'artère pulmonaire. Au premier éperon de la branche artérielle qui se distribue au lobe supérieur droit, est un caillot fibrineux décoloré, dense, intimement adhérent à la partie postérieure du vaisseau, peu ou point dans la moitié antérieure. La partie de ce caillot qui occupe les plus petites branches vasculaires est la plus ancienne : il est là plus décoloré, plus ferme, et paraît granuleux à la coupe ; il se prolonge dans les ramifications artérielles avec les mêmes caractères (couleur rouge pâle, adhérence plus ou moins absolue aux parois, consistance ferme.) Dans les branches supérieures, sont des caillots partiellement colorés, mais encore très-consistants, moins adhérents. L'extrémité libre du caillot principal est mousse, conoïde.

Dans la division artérielle du lobe moyen se trouve un caillot de même nature, au niveau du premier éperon ; il se prolonge dans toute l'étendue des deux branches de bifurcation , et d'autre part au-dessus de l'éperon dans une hauteur de sept à huit millimètres ; il se termine par une extrémité libre, mousse ; dans un tiers de la circonférence, il adhère au vaisseau, au point de n'en pouvoir être détaché

A gauche, lésions de même nature : caillots adhérents fermes, distendant deux branches de troisième ordre du lobe inférieur, et se continuant dans leurs ramifications, en continuité d'autre part avec des coagula plus récents, en partie seulement décolorés, qui remplissent les branches de deuxième ordre et viennent confluer dans le tronc commun du côté gauche, où se trouve un caillot fibrino-globulaire plus mou.

Même disposition dans le lobe supérieur droit, de sorte que toutes les divisions artérielles de ce côté renferment des caillots assez récents dans les premières divisions, anciens et tout à faits adhérents, distendant même les vaisseaux, dans les troisièmes divisions et au-dessous.

Le *cœur*, de volume normal, a des parois un peu molles et d'un brun jaunâtre (fibres bien striées, mais présentant d'assez nombreux amas de granulations graisseuses, surtout autour des noyaux du myolemme). Les veines crurales et iliaques ne renferment pas de caillots. La veine *médiane basilique* droite et quelques veines y afférentes renferment des caillots assez durs, peu adhérents. Le *cerveau* est très pâle, anémié; pas d'altérations des parois artérielles; pas de thromboses artérielles

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'infection des eaux de la Seine par l'égout collecteur. — Rapport de la Commission

L'infection des eaux de la Seine ne date pas de loin ; elle s'est manifestée avec des caractères inquiétants le jour où l'administration municipale a réalisé le projet de déverser brusquement sur un seul point du fleuve tout le contenu des égouts de Paris. Il en est résulté, entre Clichy et Rueil, un état dont nous empruntons la description au rapport.

« Le courant considérable d'eau noirâtre qui sort de l'égout collecteur s'épanouit en Seine et occupe plus de la moitié de la largeur du fleuve. Cette eau est d'un aspect répugnant; elle est chargée de débris organiques de toute sorte : légumes, bouchons, poils, cheveux, cadavres d'animaux domestiques, etc. Elle est ordinairement recouverte d'une couche de matière graisseuse qui, suivant la direction du vent, vient s'accumuler sur une rive ou sur l'autre. Une vase grise, mélangée de débris organiques s'accumule le long de la rive droite et forme des bancs d'atterrissement qui, à certaines périodes de l'année, présentent des saillies considérables hors de l'eau et ne disparaissent que grâce à de coûteux dragages. Cette vase descend jusqu'au thalweg du fleuve; elle est le siége d'une fermentation active qui se traduit par des bulles innombrables de gaz venant crever à la surface de l'eau; pendant une grande partie de l'année et spécialement au moment des fortes chaleurs, ces bulles atteignent des dimensions considérables (1 m. à 1 m. 50 de diamètre). Elles entraînent la vase en s'en dégageant et amènent à la surface des matières noires et infectes qui cheminent ensuite à découvert avec le courant. Le passage d'un bateau soulève des flots d'écume et crée une véritable ébullition qui dure quelques minutes dans le sillage. »

Il est évident que l'établissement d'un grand égout collecteur n'a rien ajouté à la quantité d'eau impure que recevait la Seine ; mais comme cette eau sale tombait autrefois par d'innombrables bouches de faible volume, il n'en résultait pas d'inconvénient très-marqué, la dispersion des impuretés et leur décomposition s'opérant dans une très-grande masse d'eau. Aujourd'hui que le collecteur, réunissant tous ces égouts, jette dans la Seine à Clichy un volume d'eau égal au quinzième du fleuve, il n'en est plus de même. Si la commission avait voulu simplement faire disparaitre l'infection causée par cet égout, il aurait suffi de le faire déverser par une multitude de petites bouches, convenablement espacées. Elle a cherché à faire mieux et il faut lui en savoir gré. Elle a pensé que dans l'état actuel de nos connaissances agricoles il ne convenait pas de laisser perdre sans l'utiliser une aussi grande quantité de matières décomposables. Profitant des essais tentés en grand à Merthyr-Tydvil dans le pays de Galles et mettant à profit d'autres essais tentés à Gonesse, sur les indications de M. Gérardin, elle a songé à faire rentrer ces substances dans le cercle de la consommation parisienne, en convertissant les immondices de l'égout collecteur en appétissants légumes et en fleurs. C'est certainement là l'idéal.

Pour se bien rendre compte de la difficulté qu'il y a à employer utilement l'eau des égouts de Paris, il faut remarquer que la longueur de ceux-ci est de 771 kilomètres, que la quantité d'eau qui en sort est de 260.000 mètres cubes par jour, soit 100 millions par an ; et que la quantité de matière solide déposée dans le lit du fleuve est annuellement de 125.000 tonnes, contenant 25 pour cent de matières organiques susceptibles de se décomposer.

La Commission a adopté comme moyen le plus efficace, le plus économique et le plus pratique, le déversement de ces eaux par irrigations sur un sol suffisamment perméable. La presqu'île de Gennevilliers dont la superficie est d'environ deux mille hectares, se prête fort bien à ce mode d'emploi, à condition qu'on élève préalablement les eaux par de puissantes machines à vapeur. Il est prouvé par des expériences préalables faites dans cette plaine, que les matières en suspension sont retenues dans la couche supérieure du sol cultivé, où la végétation s'en empare et que les eaux qui ont filtré à travers le sol sortent des tuyaux de drainage parfaitement purifiées. On peut se demander si, au bout d'un certain nombre d'années, le sol ne se refusera pas à cette filtration naturelle. La Commission pense que non; elle appuie son opinion sur ce que l'épaisseur de la couche formée chaque année ne dépassera pas un millimètre et que l'épuration se faisant à la surface, le sol profond et perméable qui sert de filtre à l'eau ne saurait s'encrasser. L'avenir se prononcera définitivement sur ce point.

Un inconvénient sur lequel le rapport ne paraît pas insister suffisamment est celui qui résultera pour les cultivateurs et maraîchers de la décomposition des matières amenées ainsi de tous côtés par un réseau de rigoles. Il n'en est pas question, pas plus que des inconvénients hygiéniques que présente actuellement pour les riverains le voisinage de la Seine entre Clichy et Argenteuil. La présence de trois membres de l'Académie de Médecine (section d'Hygiène) dans la Commission, permet de regretter que le côté médical de la question ait été laissé dans l'ombre. Le mot d'infection de la Seine, seul, attire en effet l'attention sur une foule de questions relatives à l'hygiène. Le voisinage d'une si grande quantité de matières en décomposition, est-il de nature chez l'homme à contribuer au développement de certaines maladies infectieuses? Les ouvriers employés à draguer les 82.000 mètres cubes de vase qu'on enlève chaque année à l'embouchure du collecteur, ont-ils vu leur santé compromise par cette opération ; de quelle manière l'infection actuelle de la Seine agit-elle sur les organismes humains; quelles sont les maladies les plus communes dans le voisinage de ces localités infectées; la mortalité y est-elle plus forte qu'ailleurs et les épidémies s'y développent-elles avec plus de violence? Voilà assurément des questions qui intéressent l'hygiène au plus haut point et que nous aurions aimé à trouver élucidées dans ce rapport. Ce n'est pas assez de dire en passant que l'état de santé des riverains est satisfaisant, car, plus loin, le rapport ajoute que le *maniement des dépôts présente de graves inconvénients* et que ces *masses d'eau infecte* sont un *danger sérieux pour la salubrité publique*. Nous avons donc quelques raisons de croire que si on se préoccupe aussi vivement de l'état de la Seine, c'est qu'on craint de laisser se produire à la porte de Paris de véritables foyers d'infection pouvant à un moment donné devenir le point de départ de dangereuses épidémies. Mais encore une fois, nous aurions aimé à être éclairés sur ce point par les recherches des médecins, membres de la Commission, et à avoir leur opinion.

En définitive, félicitons-nous de voir qu'une question si importante trouve une solution complète dans les applications de la science moderne et en particulier de la physiologie végétale. Sans les études patientes des botanistes et sans les recherches de chimie organique qui nous ont appris les transformations que les végétaux font subir aux substances en décomposition et l'avidité avec laquelle leurs racines s'assimilent les gaz infects et les produits ammoniacaux, l'eau d'égout serait considérée encore aujourd'hui comme un ennemi purement malfaisant. Dr J. de B.

Hôpital de Lourcine. — Cours complémentaire des maladies syphilitiques, de M. Alf. Fournier.

Jeudi dernier, M. A. Fournier a ouvert son cours sur les maladies syphilitiques à l'hôpital de Lourcine; il continuera ces conférences chaque jeudi à 9 heures. L'annonce de ce cours avait attiré auprès du savant professeur un nombreux concours d'auditeurs; mais nous avons vu avec regret que l'exiguïté du local ne suffisait pas à abriter les élèves accourus pour s'intruire. Ils ont dû, en certain nombre, stationner dans la cour trop heureux de pouvoir, par les croisées entr'ouvertes, saisir au vol quelques lambeaux de la leçon.

M. Fournier traitera cette année de la *syphilis viscérale tertiaire*; question neuve encore, où bien des obscurités restent à éclaircir et des doutes à dissiper. Rien n'est plus insidieux que les manifestations de cette diathèse arrivée à cette période : « A mesure qu'elle vieillit, dit Ricord, la vérole perd son caractère syphilitique pour devenir une maladie vulgaire. »

Les leçons sont suivies de l'examen, par les élèves, de différentes malades prises dans la clinique de M. Fournier qui se met, d'ailleurs, entièrement à la disposition de l'au-

ditoire pour répondre aux questions qui lui sont adressées. A la clinique est annexé un Musée dont les pièces très-bien exécutées aident beaucoup à compléter cet enseignement. Grâce aux soins de M. Fournier, la collection s'enrichit tous les jours. F. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 mai. — Présidence de M. Claude Bernard.

M. Cornil fait une communication très-intéressante sur l'application du violet de méthylaniline dans la technique microscopique et sur les résultats obtenus par son emploi dans l'étude de la dégénérescence amyloïde des organes. J'ai employé, dit M. Cornil, comme matière colorante dans les préparations microscopiques, deux espèces de méthylaniline, l'un, le violet de méthylaniline pur, l'autre obtenu également en cristaux et un peu plus bleu que le précédent. Ce dernier porte comme marque de fabrique 350 N ; c'est lui qui donne les plus belles préparations. Tous les deux proviennent de la fabrique de M. Poirier et m'ont été donnés par M. Lauth, chimiste attaché à cette fabrication. Une solution aqueuse et assez diluée est mise en contact avec les objets à examiner, soit disséqués avec les aiguilles, soit obtenus en coupes minces avec le rasoir. Il vaut mieux employer une solution faible qu'une solution forte. parce que l'imbibition est plus régulière. Il importe alors de se servir d'une assez grande quantité de cette solution filtrée. Au bout de quatre à cinq minutes, la coloration est aussi foncée que possible. Les pièces anatomiques durcies soit dans l'alcool pur, soit dans le liquide de Müller, la gomme et l'alcool sont très faciles à colorer après qu'on en a fait des sections minces qu'on a mises pendant quelques minutes dans l'eau. Les pièces colorées sont conservées dans l'eau ou dans l'eau additionnée de glycérine. Si la glycérine est acide ou si on y ajoute une quantité si minime qu'elle soit d'acide acétique, une partie de la matière colorante est dissoute et la glycérine qui baigne la préparation se colore alors très-faiblement en violet. Mais alors on voit mieux les noyaux des cellules. L'alcool, l'essence de térébenthine et de girofle chassent le violet et rendent les éléments incolores.

L'intérêt et l'utilité de l'emploi de cette substance colorante consistent en ce que, imprégnant certains tissus, elle se dissocie en deux couleurs, l'une rouge violet, l'autre bleu violet, qui se fixent chacune d'elles avec une grande netteté sur les éléments différents du tissu. Cette élection absolument constante du rouge pour certains éléments, du bleu pour les autres, rend cette substance précieuse pour l'analyse histologique. La dissociation de ces deux couleurs du violet de méthylaniline avait été cherchée sans succès à l'aide des moyens chimiques par Lauth, et elle se trouve réalisée très-bien en particulier par les tissus atteints de dégénérescence amyloïde et par les cartilages. Le rouge violet se fixe sur les points colloïdes, d'apparence gélatiniforme et le bleu violet sur les fibres et sur les cellules.

La couleur rouge correspond au violet rouge n° 2 du premier cercle chromatique de M. Chevreul représentant les couleurs franches. Le bleu correspond au bleu violet n° 1 du même tableau. Cependant le bleu fixé sur les cellules épithéliales du rein par exemple, peut correspondre au bleu rabattu à un dixième de noir (2e cercle chromatique de M. Chevreul.)

J'ai examiné cinq pièces de rein amyloïde conservées depuis deux ans dans l'alcool au laboratoire de la Charité. *Dans les reins* peu altérés examinés après qu'on a coloré les sections minces au violet de méthylaniline, on voit quelques-unes des anses des glomérules de Malpighi, où la plupart d'entre elles sont colorées en rouge, tandis que tout le reste de la préparation est coloré en bleu. Quelques artérioles, dont les parois sont infiltrées par cette substance, sont aussi colorées en rouge. Sur deux reins atteints de la dégénérescence amyloïde au plus haut degré, toutes les artérioles, les glomérules, un grand nombre des tubes contournés, presque tous les tubes de Henle et les tubes droits étaient modifiés ; les parties lésées se coloraient en rouge et les parties saines en bleu. Sur les coupes très-minces, il était facile de bien déterminer quels éléments participaient à la lésion.

Ainsi, dans les glomérules, les parois des vaisseaux étaient colorées en rouge et très-épaisses. La lésion portait sur leurs couches internes et le tissu conjonctif qui unit ces vaisseaux montrait ses fibrilles et ses cellules colorées en bleu. Les cellules plates qui tapissent les parties libres des anses vasculaires du glomérule étaient normales et bleues. Les cellules de revêtement de la capsule du glomérule étaient également bien visibles et normales. La paroi de la membrane capsulaire était généralement normale.

Les sections transversales des artérioles montrent leur endothélium très-net et normal, de couleur bleue. Dans toutes les cellules le noyau est très-bien visible ; son bord s'accuse par une ligne bleue et les granulations, les nucléoles et les granules du protoplasma cellulaire sont également de couleur bleue. La membrane interne, les lames et fibres de la membrane moyenne sont colorées en rouge et tuméfiées, ainsi que les fibres musculaires lisses, de telle sorte qu'il en résulte souvent une zone uniformément teintée. Lorsque la lésion est moins avancée, la membraue interne est seule dégénérée. Quant à la membrane externe, elle est généralement respectée, ses cellules de tissu conjonctif et ses fibres sont de couleur bleue. Cependant, on peut voir aussi des fibres et lamelles rouges, tandis que les cellules de tissu conjonctif conservent la couleur bleue. Les lésions des petites veines des pyramides sont les mêmes et très-prononcées. Leur endothélium est conservé intact, les globules rouges et les cellules lymphatiques sont colorées en bleu.

Dans les tubes sinueux de la substance corticale on voit assez souvent la membrane hyaline propre épaissie et rouge. Mais cet épaississement par dégénérescence amyloïde est beaucoup plus prononcé dans les anses de Henle et surtout dans les tubes droits et dans les tubes collecteurs. Sur les sections transversales de ces derniers où la membrane hyaline est mise en doute, on voit, comme dans les autres une zone épaisse, colorée en rouge qui limite leur lumière. A l'intérieur de la membrane hyaline, les cellules épithéliales de ces différents tubes sont toutes conservées en place et colorées en bleu. Leur couleur bleue est rabattue par une teinte de noir, ce qui tient probablement à ce que ces cellules étaient granulo-graisseuses comme dans toute néphrite albumineuse. Dans les préparations de ces deux reins fortement dégénérées, il n'y avait pas de cellules épithéliales qui eussent subi la transformation amyloïde.

Les cellules épithéliales des tubes contournés étaient souvent aplaties par la pression qu'exerçaient sur elles les cylindres hyalins très-réfringents contenus dans la lumière centrale des tubes. Beaucoup des tubes de Henle et la plupart des tubes droits et collecteurs contenaient aussi en dedans de leur revêtement cellulaire et à leur centre, des cylindres hyalins. Ces derniers se coloraient toujours en bleu violet, plus franc que la couleur des cellules. Il en résultait que sur les sections de ces tubes on avait trois couleurs bien accentuées : la couleur rouge de leur membrane propre et du tissu conjonctif voisin, la couleur bleue violette rabattue du revêtement épithélial et la couleur bleu-violet franche du cylindre central. Autour du tube collecteur, on voyait les cercles rouges des tubes de Henle et des veinules en anses, renfermant des éléments, globules du sang et cellules colorées en bleu. Le tissu conjonctif qui séparait ces sections transversales des tubes était coloré en bleu, mais parcouru par des capillaires à parois rouges. Il en résultait des figures très-élégantes.

D'après ce qui précède, on voit combien l'analyse chimique d'un tissu composé d'éléments les uns malades, les autres sains est hérissé de difficultés. Les tubes les plus petits tels que les tubes de Henle et les capillaires, ont en effet leur membrane d'enveloppe altérée tandis que leur contenu est normal. Le grand avantage de ce mode de préparation sur la teinture d'iode et l'acide sulfurique dans l'étude de la dégénérescence amyloïde, c'est que les éléments les plus délicats sont

conservés avec leur forme et leur structure ; et plus on peut faire durcir complétement les pièces avant d'en faire des préparations et enfin on peut conserver en préparations colorées dans la glycérine sans que leur couleur change. La plupart des préparations que je présente à la société sont faites depuis un mois ; on sait qu'au coutraire la couleur déterminée par l'iode s'efface par l'action de la lumière.

Les préparations de rein que nous avons faites nous permettent d'affirmer que les cylindres hyalins qui se forment là comme dans la néphrite albumineuse chronique ne sont pas formés de la même substance que celle qui infiltre les parois des tubes et des vaisseaux. Nous pouvons dire aussi que dans ces cas tout au moins, l'endothélium des vaisseaux, que l'épithélium des tubes urinifères et des membraues des glomérules est respecté par la dégénérescence amyloïde.

M Cornil moutre eusuite des préparations relatives à deux foies et à quatre rates atteints de dégénérescence amyloïde et il conclut eu disant que le détail des observations qui precèdent montre que l'application du violet de méthylaniline est excelleute et destiuée à remplacer l'iode dans l'étude des dégénérescences amyloïdes lorsqu'on voudra eu faire une analyse histologique complète.

M. Bloch communique le résultat de quelques expériences sur la vitesse du courant nerveux sensitif chez l'homme.

M. Moreau continue ses communications sur la vessie natatoire. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mai. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président présente, de la part de M. Mauouvrier, uu iustrument destiné à apprécier le degré de sensibilité ou d'insensibilité de la peau.

M. le Secrétaire perpétuel présente au nom de M. Menière un instrument pour faire la dilatation de la vulve ou du rectum, (V. p. 277 ;) de la part de M. Péan des couteaux destinés à faciliter l'opération de la cataracte. — Une discussion sur le choléra s'élève ensuite à propos du mémoire de M. Tholozan, lu dans la dernière séance par M. Roger.

M. Bonafont lit une note pour prouver que bien avant M. Tholozan il a écrit dans deux mémoires que le choléra trouve en Europe des conditions favorables à sa propagation. Il peut s'y développer et sévir sans avoir besoin d'une importation immédiate.

M. Briquet, rapporteur de la commission des épidémies cholériques de 1832 et 1848, a établi par l'observation des faits qu'à la suite de grandes épidémies importées, le choléra pouvait sévir pendant des années en Europe. Il éclate au printemps et en été dans les endroits où il a déjà régné, diminue en automne et s'éteint à l'approche de l'hiver. Il hiberne en un mot. Mais ce ne sont pas là des épidémies nouvelles et qui naissent de toutes pièces en Europe. Il y a eu une importation première. Le fléau a sévi, s'est mal éteint et se rallume dans certains climats insalubres comme cela a eu lieu chaque année en Europe de 1841 à 1848.

M. J. Guérin trouve que M. Tholozan a parfaitement démontré que le choléra épidémique pouvait naitre en Europe. De plus, il a reçu une lettre de ce dernier qui lui dit qu'il croit à l'identité du choléra sporadique et du choléra épidémique. L'orateur demande que la question soit mise à l'ordre du jour. Il prendra la parole et soutiendra sa doctrine.

M. Bouillaud ne connaissait pas les travaux de M. Bonafont quand il lut à l'Institut le rapport qui fit décerner un prix à M. Tholozan pour ses travaux sur le choléra, sans cela il n'eût pas manqué de les signaler. Mais si M. Bonafont a le mérite incontesté de la priorité, c'est à M. Tholozan qu'on doit d'avoir attiré l'attention sur un sujet si intéressant. L'orateur ne saurait prendre parti pour aucune opinion, mais il importe de faire tous les efforts pour empêcher le mal quelle qu'en soit l'origine.

M. Chauffard fait observer que le mémoire de M. Tholozan, lu par M. Roger, et sa lettre à M. J. Guérin, sont contradictoires. Dans le premier, l'auteur soutient que le choléra a d'abord été importé en Europe, qu'il s'y est acclimaté et qu'il y est devenu épidémique, dans la seconde il dit que le choléra sporadique est le même que le choléra asiatique.

M. Larrey dit que M. Tholozan est en route pour la France. Dans un mois il sera à Paris, en ce moment on pourra alors reprendre la discussion sur la genèse et l'étiologie du choléra. L'Académie adopte et on reprend l'ordre du jour.

M. Cazin lit un mémoire sur l'*opération césarienne dans les cas de tumeurs fibreuses utérines*. Ce cas s'est récemment présenté à l'auteur, l'opération a été faite et a réussi.

M. De Vauréal donne lecture d'une *Note sur la multiplication de la levure de bière.* G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 février. — Présidence de M. Charcot.

5. Tumeur abdominale formée par la vessie, simulant un kyste de l'ovaire ; par M. E. Ladmiral, externe des hôpitaux.

La nommée Char... Hortense, âgée de 32 ans, employée de commerce, entre le 16 décembre 1874 à l'hôpital Lariboisière (service de M. Jaccoud), salle Sainte-Claire, n° 6, pour une tumeur abdominale assez volumineuse qui a pris un développemeut rapide et a causé un œdème considérable des membres pelviens, des orgaues génitaux et de la partie inférieure des muscles abdominaux.

Cette femme, petite mais vigoureuse, a toujours joui d'une bonne sauté, et n'indique comme maladies antérieures qu'une pleurésie, il y a sept aus. A quinze ans, elle vit pour la premiere fois ses règles, qui revinrent chaque mois avec régularité. Mariée depuis cinq ans, elle a eu un enfant à terme et une fausse couche de cinq mois.

Elle nous rapporte qu'au mois d'août dernier, ses règles furent supprimées et ne reparurent plus depuis cette époque. Les seius, sans prendre de développement bien considérable, augmentèrent cependant de volume ; mais, elle n'éprouva du reste aucun des symptômes d'une grossesse initiale.

Le 25 *novembre*, se manifestèrent pour la première fois des sensations de malaise général qu'elle rapporta à un excès de travail. Le 6 *décembre*, elle ressentit de vives douleurs dans l'hypogastre et au niveau du pubis, le ventre augmenta rapidement de volume. Eu même temps et depuis ce moment, la miction fut pénible et douloureuse. La malade fut prise de frissons et obligée de garder le lit. Le 9 *décembre*, ses jambes se tuméfièrent légèrement ; puis l'œdème devint plus considérable et envahit bientôt les cuisses pour remonter jusqu'au bassin. Le 12 *décembre*, elle expectora quelques crachats sanguinolents et éprouva pour la première fois de la gêne dans la respiration. Cet état dura 24 heures seulement.

Le 16 *décembre*, elle viut à l'hôpital demander les soins que réclamait sa position.

Le ventre est volumineux, ses parois sont repoussées en avant ; la peau est tendue, luisante, et présente un réseau vasculaire très-développé. On trouve à la palpation une tumeur située sur la ligne médiane, remontant à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic, occupant les régions ombilicale et hypogastrique, et descendant dans le bassin, mate, à parois lisses et peu épaisses. La percussion périphérique donne la sensation d'une colonne liquide déplacée. D'après les affirmations de la malade, le développement de cette tumeur aurait été assez rapide, et son origine ne remonterait pas à plus de quinze jours. Cependant son abdomen, disait-elle, était assez volumineux depuis quelque temps. La partie inférieure du bassin, les cuisses et les jambes sont le siége d'un œdème pâle, analogue à celui qu'on rencontre dans l'albuminurie.

L'auscultation du cœur révèle un bruit de souffle doux, au premier temps à la pointe. Rien dans les poumons. Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement sur la position relative des organes, car il est complétement impossible d'arriver au col utérin.

L'opinion première fut qu'on devait avoir probablement affaire à un kyste de l'ovaire ; cependant, eu égard au rapide développement de la tumeur et aux douleurs qui s'étaient primitivement déclarées, et la malade éprouvant de grandes difficultés pour uriner, on émit cette hypothèse que ce pourrait être la vessie distendue par l'urine. Afin de se rendre compte,

on pratiqua le cathétérisme, et il s'écoula en deux fois 900 à 1,000 grammes de liquide environ.

La tumeur parut alors diminuer légèrement de volume et s'élever moins haut au-dessus de l'ombilic. On crut avoir vidé complétement la vessie, car des pressions réitérées ne firent plus couler de liquide, bien que la sonde fût engagée jusqu'au pavillon. Le soir, le cathétérisme donna issue à un demi-litre d'urine. Examinée attentivement au moyen de la chaleur et de l'acide azotique, elle fournit une légère quantité d'albumine.

M. Millard, qui voulut bien voir la malade en l'absence de M. Jaccoud, fut d'avis qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir immédiatement, et que la rétention d'urine devait avoir son origine dans la compression produite soit par l'utérus, probablement gravide, soit par la tumeur de l'ovaire,

A son retour, M. Jaccoud songea en premier lieu à un kyste de l'ovaire, mais ne crut pas devoir se prononcer de suite, et, après un examen assez rapide, il remit au lendemain pour fixer son diagnostic. Pendant la nuit, H... éprouva subitement une gêne assez considérable dans la respiration, et expectora plusieurs crachats sanguinoleuts. La face était cyanosée, bleuâtre, le pouls devint plus fréquent. A la visite, l'auscultation indiqua tous les symptômes d'une congestion pulmonaire, sans réaction fébrile (température 36°, 5) qu'on mit sur le compte de la compression exercée par la tumeur.

L'indication étant de parer de suite à cet état compromettant la vie de la malade, et malgré l'incertitude du diagnostic, on pratiqua, à quatre centimètres environ au-dessus de l'ombilic, et légèrement vers la droite, une ponction aspiratrice avec l'appareil Potain. Cette ponction donna d'abord issue à 4.500 grammes de liquide citrin répandant une forte odeur d'urine. Puis, la malade ayant été prise d'une quinte de toux, la paroi postérieure de la poche kystique vint frapper assez violemment la canule aspiratrice qui laissa écouler encore une cinquantaine de grammes de liquide légèrement coloré en rouge par quelques globules sanguins.

Avant cette ponction, pour éviter de pouvoir blesser la vessie et comme on avait l'habitude de le faire matin et soir, on avait sondé la malade. C'est à peine s'il s'était écoulé cent grammes de liquide. — Potion cordiale avec extrait de quinquina, 2 grammes, et alcool, 40 grammes.

Malgré cette intervention, la malade succomba dans l'après-midi du 23 décembre, six heures après la ponction, sans avoir présenté de symptômes autres que ceux que nous avons décrits plus haut.

Autopsie. Les poumons retenus dans la cavité pleurale par de nombreuses adhérences et gorgés de sang ne sont le siége d'aucune altération. Le péricarde est sain. Le cœur offre sur la valvule mitrale des traces d'endocardite ancienne. Les reins sont congestionnés, mais ne présentent pas de dégénérescence. On est de suite frappé par la dilatation des bassinets et des uretères qui ont l'apparence de deux rubans aplatis, larges d'environ 11 à 12 millimètres. Le foie, la rate et le pancréas sont sains.

La *tumeur* se présente sur la ligne médiane ; elle paraît avoir la grosseur de la tête d'un enfant d'un an et semble formée à première vue par la vessie considérablement distendue. En décollant le péritoine qui la recouvrait, et avec lequel elle avait contracté des adhérences nombreuses et très-résistantes, en avant et sur les côtés, il se produisit une déchirure qui laissa le liquide de la poche s'écouler dans l'abdomen et nous fit voir que la tumeur était uniquement formée par la vessie. Sur la face postérieure, on voit une petite érosion de la muqueuse, rouge en cet endroit et légèrement gonflée. C'est de là qu'avait dû venir le sang qui avait teinté les dernières gouttes de liquide extraites par la ponction. Malgré les recherches les plus attentives il a été impossible de trouver le point par où avait pénétré le trocart.

En arrière et au-dessous, se trouvait l'utérus renfermant dans sa cavité le produit d'une grossesse de trois mois et demi environ. Les parois utérines contiennent de plus dans leur épaisseur, à la partie supérieure et antérieure, deux myomes ayant la forme et la grosseur d'une petite noix.

8. Note sur la structure des végétations globuleuses du cœur;
par M. A. Pitres, interne des hôpitaux.

Le nom de végétations globuleuses du cœur a été donné par Laennec (1) à de petites boules ou de petits kystes, d'une coloration blanc-jaunâtre, formés par une substance de la consistance du blanc-d'œuf cuit, et renfermant à leur intérieur une matière pultacée ou liquide, quelquefois tout-à-fait semblable à du pus. Cet auteur en a donné une description macroscopique si fidèle qu'il n'y a aujourd'hui rien à y ajouter. Plus tard les végétations globuleuses furent soumises à l'examen microscopique. On étudia la composition de leurs parois et l'on discuta longtemps pour savoir si la matière renfermée dans leur centre était du pus véritable ou un pseudo-pus fibrineux. Depuis quelques années la question paraît résolue et l'on admet que les parois de ces kystes sont composées de fibrine coagulée, et le liquide qu'ils contiennent par de la fibrine ramollie et désagrégée. De là le nom de *kystes fibrineux à contenu puriforme* sous lequel ils sont décrits dans les traités classiques et dans plusieurs ouvrages importants.

Ayant eu l'occasion d'observer le mois dernier dans le service de M. le professeur Charcot, un très-bel exemple de végétations globuleuses du cœur, nous les avons soumises à un examen attentif et nous avons été amené à des conclusions différant, en quelques points, de celles qui sont généralement adoptées. La malade dont nous avons eu à examiner les pièces, était morte d'une néphrite interstitielle. Son cœur était volumineux : le myocarde était sain, ou du moins ses fibres examinées au microscope n'étaient pas plus granuleuses qu'elles ne le sont généralement chez les vieillards. Les cavités du cœur étaient hérissées de végétations globuleuses. Il y en avait aussi bien dans les oreillettes que dans les ventricules, et autant à droite qu'à gauche. Leur nombre total s'élevait à une trentaine. Elles adhéraient toutes à l'endocarde qui, dans leur intervalle, ne présentait aucune lésion appréciable. Beaucoup étaient cachées dans les anfractuosités des colonnes charnues, quelques-unes faisaient directement saillie dans les cavités auriculaires ou ventriculaires. Les plus volumineuses étaient grosses comme de petites noisettes, les plus petites avaient le volume d'une tête d'épingle. Leur forme était arrondie ou ovoïde. Leur surface était rugueuse, et présentait une coloration grisâtre, uniforme ou pointillée de rouge. Les plus petites étaient massives ; celles qui atteignaient le volume d'un pois étaient plus molles à leur centre qu'à leur périphérie, et toutes celles qui étaient plus grosses renfermaient une matière liquide crémeuse, puriforme, d'une couleur jaune ou chocolat. Quel que fut le volume de la tumeur, l'épaisseur des parois du kyste était toujours d'environ deux millimètres. La face interne de ces parois était anfractueuse, irrégulière et ramollie.

Nous avons examiné successivement les parties liquides et les portions solides des végétations. Le liquide central était constitué : 1° par une quantité considérable de leucocytes très-transparents ou granuleux, ne se colorant ni par le picro-carminate ni par le sorum iodé ; 2° par un nombre immense de fines granulations moléculaires, en partie solubles dans l'éther ; et, 3° par quelques globules rouges gonflés de liquide et décolorés.

Les parties solides ont été examinées par dissociation à l'état frais, et sur des coupes après durcissement d'après le procédé indiqué par M. Ranvier (acide picrique, gomme et alcool). De petits fragments provenant soit des végétations massives, soit des parois de celles qui étaient déjà kystiques, dissociés dans le picro-carminate ou le sérum iodé, se montraient composés presque uniquement de leucocytes plus ou moins altérés : le plus grand nombre se coloraient encore un peu en rouge par le picro-carminate. Les petits fragments mal dissociés se présentaient sous forme d'amas d'apparence amorphe, et que l'on aurait pu prendre au premier abord pour des lamelles de fibrine : mais en examinant avec soin les bords amincis de ces fragments, on y reconnaissait une structure globulaire. Sur aucune préparation nous n'avons trouvé de fibrine à l'état fibrillaire. L'examen des coupes après durcissement a complètement confir-

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, etc., 4 édit., tome III, p. 344.

mé ce qu'avait appris la dissociation. Les petites végétations massives sont formées par des amas très-distincts de leucocytes, se colorant en rouge par le carmin, et en violet par l'hématoxyline, et par quelques ilots de globules rouges. Il en est de même des parois des végétations kystiques. On peut remarquer sur les coupes de ces parois que, du côté qui correspond à la périphérie, les leucocytes sont fortement colorés en rouge, tandis que du côté central, la coloration est beaucoup moins intense. Dans les points où les végétations adhèrent à l'endocarde, cette membrane est à peu près épaissie, mais il est impossible de dire si cet épaississement est la cause de la formation des végétations, ou s'il est un effet de leur présence.

En résumé, les végétations globuleuses du cœur que nous avons examinées étaient formées au début par des leucocytes agglutinés et non par de la fibrine coagulée. La structure des parois des végétations kystiques était semblable à celle des végétations massives. Elles n'étaient pas formées non plus par de la fibrine à l'état fibrillaire. Il est donc probable que les granulations renfermées dans le liquide puriforme proviennent de transformations de la matière albuminoïde des globules blancs, et ne sont pas le résultat de la désagrégation de la fibrine. Il est difficile d'expliquer pourquoi ce ramollissement central se produit.

On sait cependant que les leucocytes ont une vitalité très-active et que pour vivre ils ont besoin d'être en contact avec l'oxygène. On peut s'en assurer en répétant une expérience bien simple due à M. Ranvier. Voici en quoi elle consiste : on prend avec une pipette de la lymphe péritonale de grenouille, on en place une goutte sur une lame de verre et on la recouvre avec une lamelle. Cette lymphe contient un grand nombre de leucocytes présentant tous les caractères des leucocytes vivants. Après 20 ou 24 heures, quand une partie du liquide est évaporée, on porte la préparation sous le microscope, et l'on constate que les leucocytes qui sont sur les bords de la goutelette liquide ont conservé leur apparence normale, tandis que ceux qui se trouvent au centre, et qui n'ont pas pu respirer, sont déjà granuleux, et qu'ils ont perdu leur vitalité et leurs mouvements amiboïdes. Il se passe peut-être quelque chose d'analogue dans les végétations globuleuses. Les couches périphériques en contact avec le sang peuvent continuer à absorber de l'oxygène et à vivre. Mais elles forment une couche imperméable, une sorte de vernis qui recouvre les masses centrales, empêche les échanges gazeux et détermine la mort et la fonte granuleuse des leucocytes qui sont au dessous d'elles. Si cette théorie était exacte, elle expliquerait pourquoi les parois des végétations kystiques ont toujours à peu près la même épaisseur, car chaque couche nouvelle se déposant à la périphérie de la tumeur doit augmenter l'obstacle et déterminer la mort d'une couche centrale d'épaisseur à peu près égale.

9. Appendice diverticulaire de l'intestin grêle; par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Cet appendice a été trouvé à l'autopsie d'un homme de 68 ans, mort d'affection cardiaque. Aucun phénomène particulier n'avait attiré notre attention vers les organes de la digestion. Cet appendice avait la forme d'un doigt de gant; long de 15 centimètres, il offrait un diamètre de 2 centimètres; on ne remarquait aucun rétrécissement à son insertion sur l'intestin grêle, avec lequel il s'abouchait à angle droit au niveau du tiers inférieur; il était absolument vide au moment de l'autopsie.

10. Atrophie insolite du rein droit chez une femme morte d'urémie; par M. Moutard-Martin, interne des hopitaux.

K..., 55 ans, entre le 23 décembre 1874, à l'hôtital Saint-Antoine. Elle est dans un état d'asphyxie alarmant; de gros râles muqueux disséminés dans toute la poitrine empêchent absolument l'auscultation du cœur. Trente ventouses sèches sont appliquées le soir même.

Le lendemain, on remarque que la malade est pâle, que son visage est œdematié; un œdème assez prononcé se voit également aux deux membres inférieurs et même à la partie interne des cuisses. L'urine examinée ne contient pas d'albumine; l'urée n'est pas dosée.

La malade étant plus tranquille, on constate alors les signes d'une dilatation bronchique généralisée, et caractérisée par des râles muqueux inégaux, et par places de véritables râles sous-crépitants. Ces lésions sont bi-latérales et occupent surtout le côté droit en arrière (partie moyenne et supérieure); la matité y est insignifiante; la malade n'a jamais eu d'hémoptysie. Les bruits du cœur sont sourds, mais on ne trouve aucune altération de leur rhythme. Le foie déborde un peu les fausses côtes.

Dans les trois jours suivants, l'asphyxie revient et augmente peu à peu, la malade est dans le coma, enfin, elle succombe le 27 à 3 heures.

A l'autopsie, nous trouvons une dilatation bronchique générale avec congestion localisée à droite en arrière. Pas de tubercules dans les poumons. Le cœur n'a pas d'altérations valvulaires. Le foie est augmenté de volume. Nous trouvons le rein gauche à sa place, il est augmenté de volume: sa surface est mamelonnée et offre des tubercules saillants de volume variable. Ces tubercules ne sont pas ramollis; la coupe montre un parenchyme complétement graisseux.

Quant au rein droit, nous ne le trouvons qu'à grand peine perdu dans le tissu cellulaire; il pèse 15 grammes; sa surface est hérissée de saillies analogues à celles de l'autre rein; mais on remarque deux points où son parenchyme ramolli laisse voir, après incision, deux amas de matière caséeuse.

En attendant le résultat précis de l'examen histologique, il parait probable, en présence de cette lésion si profonde des deux reins, du droit surtout, que la malade a succombé à une urémie à forme comateuse.

11. Apoplexie pulmonaire chez un nouveau-né, survenue le 3e jour; par M. Budin, interne des hôpitaux.

Elise D..., célibataire, âgée de 23 ans, ayant déjà accouché naturellement, entre le 2 *janvier* 1875, à 10 h. 15 du matin, à la Maternité. La dernière apparition des règles a eu lieu du 20 au 24 avril 1874.

Présentation du sommet en O. I. D. P., réduite; l'accouchement a eu lieu spontanément à 1 h. 15 m. du soir. L'enfant qui est vivant, est du sexe masculin, et pèse 2.200 gr.

Cet enfant avait été bien portant pendant les trois premiers jours, lorsque le 5 *janvier*, *soir*, on constata qu'il avait de l'œdème aux membres inférieurs; en même temps, ses extrémités étaient cyanosées, et il respirait plus fréquemment.

L'enfant, examiné le 6 *janvier* au matin, présentait les mêmes symptômes: de plus, la face était un peu violacée; les mains, les pieds étaient froids. Il avait bien tété depuis la veille, ses fonctions digestives paraissaient bonnes. On ne trouva aucun symptôme anormal, ni à la percussion, ni à l'auscultation du cœur et de la poitrine.

Le soir du même jour, après avoir encore pris le sein plusieurs fois dans la journée, l'enfant succomba.

L'autopsie fut faite le 7 *janvier*. Les deux poumons étaient le siége d'hémorrhagies *par infiltration* multiples. Le lobe supérieur du poumon gauche présentait un noyau hémorrhagique ayant envahi le 1/3 de son étendue environ, et qui partant de la superficie, s'enfonçait jusque près du hile. Dans le reste de ce lobe et dans le lobe inférieur du même poumon, on trouvait un grand nombre de petites hémorrhagies disséminées à la surface et ayant la forme des lobules.

Le poumon droit était le siége d'altérations semblables; près de la moitié de son lobe supérieur était envahie par l'infiltration sanguine; dans tout le reste de l'organe, il existait un grand nombre d'hémorrhagies beaucoup moins considérables.

Il n'a été possible de trouver aucune lésion dans les autres parties du corps. Le péricarde et le cœur étaient absolument sains. Le foie était congestionné, la rate avait son volume à peu près normal. Les reins étaient gorgés de sang, mais n'offraient aucune hémorrhagie; l'estomac et l'intestin étaient sains. Les méninges, le cerveau, le bulbe, la moelle, n'étaient le siége d'aucune lésion.

Il n'a pas été possible de trouver la cause de cette apoplexie pulmonaire, vraiment considérable comme étendue.

M. H[illegible]. L'œdème qu'avait présenté cet enfant ressemblait-il au sclérème ? Ce point est important, car les lésions du genre de celles que nous voyons ici ne sont pas rares dans le sclérème.

M. Budin. C'était un œdème simple, et non un sclérème ; il n'y avait pas eu de refroidissement ni d'insuffisauce urinaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mai. — Présidence de M. Le Fort.

M. Le Dentu présente au nom de M. Ruff, trois observations de hernie ombilicale irréductible, guérie par la kélotomie. L'opérateur a soin de faire en sorte que l'incision cutanée et l'incision du collet du sac ne se correspondent pas, ce qu'il obtient en tirant la peau en haut. Il fait aiusi une véritable plaie sous-cutanée.

M. Prestat (de Pontoise), lit le résultat d'une extirpatiou d'un volumineux hydrosarcocèle chez un homme qu'il a déjà présenté à la Société (1). Après avoir aspiré, deux jours avaut l'opération, 1 l. 1/2 de liquide qui se trouvait dans la vaginale, il pratique une incision ovalaire, fait la ligature des éléments du cordon et pose un pansement simple. Malgré un abcès pelvien et un peu de sphacèle, le malade était parfaitement guéri huit semaines après. — M. Paulet, qui a fait l'examen histologique de la tumeur, a reconnu un *sarcome* passé dans certains points à l'état fasciculé.

M. Cazin (de Boulogne) lit une observation d'*anus* contre nature compliqué d'iuvagination. Chez une femme de 39 ans, il survint à la suite de couches, un abcès au flanc droit. Uue ponction donna issue à du pus d'odeur stercorale. Le plaie guérit, mais il persista une fistule par laquelle sortait des gaz et des matières alimentaires. La muqueuse intestinale faisait hernie et se congestiounait aux époques cataméniales. Quelque temps après l'intestin fit hernie, renversé sur lui-même, sur une longueur de 25 cent., à tel point qu'il descendait presque jusque sur les cuisses. La défécation était involontaire, mais sans incontinence ; elle se faisait par l'intestin hernié. Le calibre de la partie inférieure du tube digestif au-dessous de l'anse herniée jusqu'à l'anus se rétrécit au point de ne pouvoir admettre une sonde en gomme, cet état dura vingt ans ; la malade considérablement amaigrie mourut à l'âge de 62 ans. L'autopsie n'a pu être faite.

M. Th. Anger lit une note sur les injections de *sulfate d'ésérine* dans le cas de tétanos. Injecté à la dose de 0 gr. 003, il produit la résolution musculaire sans cet hypnotisme qui suit l'admiuistratiou du chloral. De plus, il agit sur l'intestin, combattaut la constipation qui accompagne le tétanos. Il a employé deux fois ces injections, sans résultat complet, il est vrai. Il a pu prolouger la vie des malades une vingtaine de jours.

M. Nicaise analyse une note de M. Laroyenne (de Lyon) sur un cas de spina bifida guéri par la ligature élastique. M. Polaillon a essayé dernièrement le même procédé et n'a pas réussi. — M. Blot croit qu'il y a des réserves à faire au sujet de cette opération. Daus la poche du spina bifida, il y a des nerfs et même quelquefois une expansion de la moelle. Il serait donc souvent dangereux d'intervenir. D'ailleurs il vaut mieux livrer ces tumeurs à elles-mêmes ; elles guérissent seules bien souvent. — M. Giraldès n'admet les expansions nerveuses dans la poche du spina bifida qu'à la région dorsale ou lombaire, jamais à la région cervicale. — M. Houel, sur une pièce donnée au Musée Dupuytren par Lenoir, a vu la moelle s'engager dans un spina bifida cervical. — Une discussion s'engage entre MM. Després, Giraldès, Blot et Houel sur les indications que présentent les spina bifida qui doivent être opérés.

M. Panas a observé dans son service un homme frappé d'hémiplégie faciale, chez qui les mouvements horizontaux des deux yeux étaient impossibles. A l'autopsie, il a trouvé le lobe gauche du cervelet ramolli. Il y avait de la méningo-eneéphalite cérébelleuse. Il ne connaît pas d'autre exemple de paralysie des muscles internes et externes des yeux dépendant d'une semblable lésion.

(1) Voir le numéro du *Progrès médical* du 23 janvier 1875.

M. Martinet, au nom de M. Verneuil, présente un homme guéri d'une résection de l'astragale. Le raccourcissement est peu considérable, et l'opéré marche bien avec un talon de bottine un peu haut. — L'observation complète se trouve dans la thèse de M. du Bourg soutenue à la fin de 1874 (1).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée, par le Dr G. Chantreuil (*Archives de Tocologie*, 1874).

II. Observations on the normal Pulse, respiration and temperature of puerperal women, par G. Wilds Linn. (*Philadelphia medical Times*, mai 1874).

III. Contribution à l'étude des suites de couches normales et pathologiques, par J.-B. Calvet. (Th. de Paris 1875).

IV. Notes et observations sur la fièvre de lait, par Bourneville. (*Revue photographique des hôpitaux*, 1870).

V. Notes cliniques sur les suites de couches, par le Dr Jacquet (de Lyon). (*Annales de Gynécologie*. décembre 1874).

VI. De la pneumonie dans la grossesse, par L. Ricau (Broch. 36 p.; O. Doin, éditeur).

VII. Sur les adhérences anormales du placenta, par M. le Dr Guéniot. (*Gazette des Hôpitaux*, 1874 et *Archives de Tocologie*, 1875).

VIII. Emploi du forceps pour extraire la tête du fœtus après la sortie du tronc, par le Dr J. Grynfelt. (*Annales de Gynécologie*, 1874).

I. Quelque temps après l'accouchement, au moment où la lactation s'établit, voit-on toujours surveuir des phénomènes fébriles? En un mot, existe-t-il oui ou non uue *fièvre de lait* ? Telle est la question qui depuis quelques années a vivement préoccupé les accoucheurs : question importante en pratique, car s'il est réellement démontré que la fièvre de lait n'existe pas, tout phénomène fébrile surveuant chez une accouchée est l'indice d'un état pathologique qu'il faut surveiller et combattre. C'est à cette question que sont consacrés les travaux récents de MM. Chantreuil, Wilds Linn, Calvet, Bourneville et Jacquet. Le premier de ces auteurs a résumé dans un excellent travail qui a été couronné par l'Académie de Médecine (prix Capuron), le résultat de recherches faites pendant son clinicat à l'hôpital de la Faculté, ses conclusions sont fondées sur cinquante observations journellement et soigneusement prises, puis attentivement discutées. M. Chantreuil a d'abord fait l'historique de la fièvre de lait dont la description, quoiqu'on en ait dit, ne remonte pas à Hippocrate ; elle a été surtout florissante au XVIIe et au XVIIIe siècle, mais de bonne heure elle a trouvé des contradicteurs, contradicteurs dont le nombre a beaucoup augmenté dans ces dernières années, au fur et à mesure que se perfectionnaient les moyens d'investigation. M. Chantreuil a donc divisé les auteurs en deux grandes classes : 1° ceux qui acceptent ou mieux qui acceptaient la fièvre de lait ; et 2° ceux qui la nient. Il nous paraîtrait juste d'y joindre une troisième série d'auteurs qui tout en admettant avec Paul Dubois, MM. Depaul et Stoltz qu'il n'y a pas de fièvre de lait, sont moins absolus dans leurs affirmations et croient qu'un mouvement fébrile peut parfois exister au moment où la lactation s'établit sans qu'aucun phénomène pathologique concomitant puisse l'expliquer, tels sont MM. Pajot, Blot, Tarnier et Charpentier. MM. Bourneville et Jacquet se rangent dans cette troisième et dernière classe ; au contraire MM. Chantreuil, Wilds Linn et Calvet appartiennent à la seconde.

Mais pourquoi, nous dira-t-on, cette divergence entre les auteurs? C'est que la question est complexe. On juge la fièvre d'après le nombre de pulsations artérielles et d'après l'élévation de la température. Or, après l'accouchement, le pouls est habituellement plus ou moins ralenti, comme l'a montré M. Blot ; de plus, on sait avec quelle facilité il peut varier sous l'influeuce de la moindre émotion. Quant à la température, il paraît prouvé que, pendant les premiers jours qui suivent la parturition, elle est plus élevée que dans l'état normal ; or, où commence précisément la température fébrile ? Tous les ther-

(1) Voir l'analyse de cette thèse dans notre no 17.

momètres se correspondent-ils ? Enfin, certains auteurs prennent la température axillaire, tandis que d'autres cherchent la température vaginale. C'est donc plutôt en étudiant, comme l'ont fait MM. Chantreuil et Wilds Inn, la marche et les variations du pouls et de la colonne mercurielle qu'on pourra juger la question de la fièvre de lait.

La sécrétion lactée s'établissant en général le troisième ou quatrième jour, M. Chantreuil a distingué trois périodes, la première période s'étend du premier au troisième jour ; la seconde du troisième au cinquième jour et la troisième arrive après le cinquième jour. Or, dans les cas normaux, voici quelle est la marche de la température : élevée au moment de l'accouchement elle s'abaisse pendant la première période, elle remonte un peu plus pendant la seconde période, puis elle descend de nouveau pendant la troisième. Quant au pouls qui était ralenti, il atteint une moyenne de 76. En un mot, au moment où s'établit la sécrétion lactée, on constate évidemment une légère élévation de la température qui varie de 0° à 0°,5 et une accélération du pouls. Mais il n'y a pas là de fièvre véritable, il y a plutôt, comme on l'a dit, un ensemble de *phénomènes subfébriles*. Cet état subfébrile, M. Chantreuil l'attribue à l'activité plus grande des phénomènes d'assimilation et de désassimilation, et aux petites déchirures si fréquentes du vagin et des parties génitales externes qui peuvent aussi entrer en ligne de compte. Dans tous les faits où il constatait plus de 76 pulsations et où la température axillaire montait de plus de 0°,5 et dépassait 38°, il a toujours trouvé la cause de l'état général dans une série d'accidents morbides ordinairement peu graves tels que crevasses, angioleucites, embarras gastriques, tranchées utérines avec expulsion de caillots, métrite légère, etc.

Telles sont les conclusions de M. Chantreuil, on trouvera encore dans son travail quelques indications personnelles intéressantes sur les phénomènes locaux de la lactation, les lochies, la rétraction de l'utérus et les modifications que subissent les phénomènes de la sécrétion lactée sous diverses influences.

II. M. Wilds Linn se fondant aussi sur un certain nombre d'observations où il avait suivi l'état du pouls et de la température est arrivé à des conclusions tout-à-fait semblables. Les tableaux qu'il publie peuvent être rapprochés de ceux qu'a rapportés M. Chantreuil. Sa principale conclusion est celle-ci : la fièvre de lait n'existe pas, et toutes les fois que l'accoucheur trouve plus de 100 pulsations et une température qui dépasse 37°,7 (100° Far.) il existe quelqu'état pathologique qui appelle son attention et ses soins.

III. M. Calvet confirme les recherches de M. Chantreuil, dans les cas normaux, il n'a pas vu la température dépasser 37°,8; il étudie ensuite plus particulièrement les fissures du mamelon et les accidents de septicémie produits par la décomposition des caillots dans le vagin et la matrice.

IV. MM. Bourneville et Jacquet ne sont pas aussi absolus que les auteurs précédents. M. Bourneville a rapporté dès 1870, des observations accompagnées de tracés thermographiques dans lesquelles les phénomènes fébriles coïncidant avec la sécrétion lactée et ne pouvant être expliqués par aucune maladie de l'accouchée, il lui paraît légitime de conclure à l'existence de la fièvre de lait dans un certain nombre de cas.

V. Quant aux quelques pages écrites par M. Jacquet, elles ne sont évidemment que le résumé d'un travail plus considérable qu'il publiera plus tard. La fièvre de lait, dit-il, loin d'être la règle est une exception. On rencontre cependant des cas qui justifient l'opinion ancienne. M. Jacquet a aussi étudié par la mensuration quotidienne des glandes mammaires leur changement de volume au moment de l'établissement de la lactation.

En résumé : les anciens croyaient à l'existence de la fièvre de lait, les modernes n'y croient plus. Parmi ces derniers, il faut toutefois distinguer deux opinions bien nettes. Les uns la nient d'une façon absolue et regardent l'élévation de la température et l'accélération du pouls quand elles dépassent certaines limites comme la conséquence d'un état pathologique. Les autres pensent que, exceptionnellement toutefois, une fièvre de lait véritable peut exister.

VI. M. L. Ricau, dans son excellente thèse inaugurale a réuni tous les faits de pneumonie pendant la grossesse qui ont été observés jusqu'ici. En joignant à ses observations celles de Mauriceau, Grisolle, Bourgeois, Chatelain, etc.; il arrive à un total de 43 cas qu'il rassemble dans un tableau et dont l'étude minutieuse et fort bien conduite lui permet de tirer des conclusions intéressantes.

La pneumonie pendant la grossesse est une affection grave, elle a enlevé 12 femmes sur 43 qui en ont été atteintes : elle est plus grave encore pour les enfants. qui sont morts dans la moitié des cas. Il est remarquable que cette gravité augmente à mesure que la grossesse avance, c'est surtout dans les trois derniers mois, après le 180e jour que les femmes et les enfants succombent.

Du reste, la pneumonie provoque dans beaucoup de cas l'expulsion prématurée du fœtus : cette expulsion est elle-même d'autant plus probable que la grossesse est arrivée plus près de son terme; sous ce rapport la pneumonie comme cause d'avortement ou d'accouchement prématuré doit être placée au troisième rang après la variole et la fièvre typhoïde.

L'utérus ayant été débarrassé du produit de conception on voit le plus souvent les symptômes graves s'amender et la guérison survenir rapidement : d'autres fois l'accouchement ne fait que précéder de peu de temps la terminaison fatale. M. Ricau montre que la pneumonie pendant la grossesse peut guérir. surtout si le traitement de cette affection est bien dirigé. — Si la femme est forte, vigoureuse, on devra pratiquer une saignée, et non pas des saignées coup sur coup, comme on le faisait du temps de Mauriceau : du reste les cinq malades que ce dernier a pu observer n'ont pas résisté sinon à la maladie. du moins à ce mode de traitement. On a aussi employé le kermès, la digitale, mais se fondant : 1° Sur ce que d'après les recherches de Young, Parker, Gantillon et Bourdon, le tartre strié à haute dose excite la contractilité des fibres musculaires de l'utérus et détermine des contractions temporaires et intermittentes de cet organe; 2° Sur ce que l'expulsion prématurée du fœtus a été souvent suivie pour la mère, d'amélioration et de guérison, M. Ricau n'hésite pas à conseiller l'administration du tartre stibié à haute dose, 40, 50, 70 centig. par jour. L'émétique employé ainsi dans les cas graves, car c'est de ceux-ci seulement dont il s'agit, et provoquant l'accouchement, lui paraît destiné à rendre de grands services.

VII. M. Guéniot, suppléant à l'hôpital des Cliniques, M. le professeur Depaul, a fait quelques leçons sur les adhérences anormales du placenta, adhérences qui constituent un des dangers les plus redoutables de la délivrance. Il a rapporté 3 faits nouveaux. personnels, tous pleins d'intérêt. Les adhérences du placenta peuvent être générales ou partielles, elles sont médiocrement exagérées ou au contraire il existe une sorte de fusion intime entre le placenta et la paroi utérine. — Enfin ces adhérences sont compliquées ou non d'hémorrhagie, compliquées ou non de rétraction violente de la matrice : toutes circonstances dont il importe de faire avec exactitude le diagnostic, car elles peuvent modifier le pronostic et surtout le traitement.

Après avoir rappelé les différentes causes qui ont été invoquées pour expliquer les adhérences du placenta, M. Guéniot rappelle l'opinion suivante sur laquelle il insiste : peut-être n'y a-t-il pas toujours un travail pathologique, mais plutôt absence d'un travail physiologique naturel.

Les cellules de la muqueuse inter-utéro-placentaire subissent, à mesure que la grossesse s'avance, des modifications qui facilitent la chute du placenta; or si ces modifications viennent à manquer, le placenta pourra rester adhérent à la paroi utérine, comme cela a lieu dans l'avortement. Telle est l'explication proposée pour certains cas : mais quand il y a une sorte de fusion entre les tissus placentaire et utérin, M. Guéniot admet l'influence d'un travail vraiment pathologique.

Toutes les fois que, 1 h. et demie après l'accouchement, la délivrance n'aura pas été faite, il faudra sans délai porter la main dans la matrice afin de tenter le décollement puis l'extraction du délivre, il faut se garder des tergiversations, il faut surtout se garder d'administrer l'ergot de seigle, car donner la poudre d'ergot, c'est s'exposer aux plus graves accidents.

Que de faits on pourrait ajouter à celui que rapporte M. Guéniot dans lesquels la mort a été la conséquence de l'administration intempestive du seigle ergoté ! Une fois la main introduite dans la cavité utérine, on cherchera à décoller les cotylédons et on n'oubliera pas que, au niveau de l'insertion placentaire, la paroi utérine fait un relief très-marqué. Si le cas est simple, on réussit, mais souvent il existe des complications, nous citerons la rétraction tétanique du tissu musculaire, la rigidité anatomique de l'anneau cervical, l'hémorrhagie. Enfin, parfois on se trouve en présence d'adhérences qu'il est impossible de vaincre sans s'exposer à arracher le tissu utérin lui-même. Il est important de lire dans le texte même de M. Guéniot la discussion de la conduite à tenir dans ces cas difficiles et graves où la vie de la femme peut dépendre du savoir et de l'habileté de l'accoucheur.

VIII. L'étude de M. Grynfeltt sur l'emploi du forceps pour extraire la tête du fœtus après la sortie du tronc est non-seulement très-intéressante en ce qui concerne le manuel opératoire, mais encore très-instructive au point de vue du mécanisme de l'accouchement dans ces cas. M. Grynfeltt n'a pas pour but dans son travail de démontrer la supériorité de l'emploi du forceps sur l'extraction manuelle de la tête lorsque celle-ci reste la dernière dans les parties génitales, non, dans presque tous les cas l'extraction manuelle permettra de terminer l'accouchement, mais, quoiqu'en ait dit Mme Lachapelle il est des circonstances où le forceps est non-seulement utile, mais indispensable.

Or, à part Cazeaux et M. Tarnier, tous les auteurs français enseignent que le forceps doit toujours être appliqué sur la partie antérieure du fœtus, sur son *plan sternal*, quelle que soit sa position; les auteurs allemands conseillent au contraire de relever toujours le tronc du fœtus et d'appliquer constamment le forceps *au-dessous* de lui. Où est la vérité ? M. Grynfeltt montre qu'elle n'est ni dans l'une ni dans l'autre de ces assertions, formulées d'une façon aussi absolue.

La tête du fœtus peut siéger : 1° au niveau du détroit inférieur et dans l'excavation ; 2° au niveau du détroit supérieur. Dans le premier cas, la tête peut être : A. En position occipito-pubienne, il faudra alors relever le tronc du fœtus et appliquer le forceps sur son plan sternal : il y a concordance des deux préceptes allemand et français.

B. La tête peut être en position occipito-sacrée, soit fléchie, soit défléchie. Si elle est fléchie, on mettra encore en usage la méthode française, si au contraire elle est défléchie, il sera plus rationnel et plus efficace de placer le forceps au-dessous du fœtus, en rapport avec son plan dorsal.

C. Enfin la tête peut être en position occipito-transversale ou oblique, il faudra dans ces cas s'efforcer de transformer cette position en une position directe soit occipito-pubienne, soit occipito-sacrée et recourir aux procédés ci-dessus formulés.

Dans quelques circonstances excessivement rares, la tête du fœtus défléchie reste accrochée au niveau du détroit supérieur que le bassin soit normal ou qu'il soit rétréci, on devra d'abord s'efforcer avec l'aide de la main, de faire descendre la tête dans l'excavation. Si on n'y réussit pas, on appliquera le forceps, et on fera toujours une application directe. Mais cette application sera très-pénible, et ne pourra être pratiquée que si le cou allongé et tiraillé permet le passage de la main et de l'instrument à travers la cavité du pelvis.

Nous n'avons pu, on le comprend, que rapporter les conclusions du mémoire de M. Grynfeltt, mais nous croyons devoir en recommander la lecture non-seulement à ceux qui étudient les accouchements d'une façon spéciale, mais aussi aux praticiens, car les cas de rétention de la tête dans les parties génitales après la sortie du tronc, peuvent être la source de graves difficultés.

P. BUDIN.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — Un arrêt récent de la Cour d'appel de Montpellier condamne les sieurs : R..., droguiste, pour vente de médicaments, à 500 fr. d'amende et aux frais ; A.... droguiste, pour le même motif, à 500 fr. d'amende, 10 fr. de dommages et aux frais ; L..., confiseur, débit de sirop de Maloet, à 25 fr. d'amende, 5 fr. de dommages et aux frais. La Société avait déjà obtenu dernièrement la condamnation, à 25 fr. d'amende et aux frais, d'un boulanger qui vendait des emplâtres dits des Capucines. (*Répertoire de pharmacie.*)

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation
(*Section de médecine.*)

VII. De la médication vomitive, Thèse soutenue pour le concours d'agrégation, par M. le docteur J. GRASSET. J. B. Baillière, éditeur.

Après un historique qui demanderait un long exposé pouvant même former un chapitre important du livre rêvé par M. Fonssagrives sous le titre d' « Histoire des vicissitudes thérapeutiques », après un index bibliographique très-long et montrant bien par le nom des auteurs cités la valeur du sujet; M. Grasset trace le plan de la thèse qu'il veut exposer à un point de vue tout-à-fait physiologique. « Les travaux modernes ont été surtout dirigés vers le but de pénétrer et d'appliquer, dit-il, le mode d'action et les effets de la médication vomitive. Les résultats de ces recherches formeront le fond même de ce travail. »

Il entre aussitôt dans la question. Il semble au premier abord que tous les effets de la médication vomitive puissent se résumer en un seul mot vomissement, c'est-à-dire expulsion à l'extérieur des matières contenues dans l'estomac ; mais il n'en est pas ainsi, car les vomitifs n'agissent pas seulement sur l'estomac, ils agissent sur l'organisme tout entier ou provoquent des phénomènes variés sur les divers appareils.

Vient alors la description de l'acte du vomissement avec ses prodromes et ses effets immédiats, variables suivant l'individu et la matière vomitive ingérée, puis l'analyse des différents appareils musculaires (estomac, diaphragme, muscles abdominaux) qui servent à cet acte. Mais tout ne se passe point dans l'appareil musculaire, le système nerveux prend une grande part dans le vomissement, et c'est là un point que M. Grasset développe avec beaucoup de soin. Il place dans le bulbe, à côté du centre respiratoire, un centre vomitif dont les conducteurs centripètes sont représentés par le nerf vague pour le vomissememt purement gastrique, à la suite d'une indigestion par exemple ; par les branches pharyngiennes du nerf vague (vomissement par titillation de la luette) par les nerfs de la sensibilité spéciale en passant par le cerveau probablement (vomissement provoqué par la vue ou l'odeur d'un objet dégoûtant); par l'écorce cérébrale elle-même (vomissement provoqué par le souvenir). Ce centre a aussi des conducteurs centrifuges représentés par les nerfs moteurs du diaphragme et des muscles abdominaux.

Mais ce centre a-t-il toujours besoin pour son excitation de nerfs centripètes? Non, car il résulte des expériences de MM. Gubler, d'Onellas, de Kleimann et Chouppe, etc., que si certains agents vomitifs sont périphériques, c'est-à-dire qu'éliminés par la muqueuse gastrique ils irritent les extrémités du nerf vague et provoquent l'acte réflexe du vomissement, d'autres, au contraire, injectés sous la peau, que les pneumo-gastriques soient ou non coupés, vont directement irriter ce centre. Ce sont là les vomitifs centraux dont l'apomorphine est le type. D'autres enfin ont une action complexe; ils sont à la fois périphériques et centraux : tel est le tartre stibié.

La médication vomitive produit des effets différents sur les divers appareils et même il en produit sur l'organisme tout entier. La peau, les muqueuses, le tube digestif sont rouges, enflammés après l'administration d'un vomitif. La circulation, la respiration, d'abord accélérées par le vomissement, plus tard sont ralenties. Les sécrétions sont exagérées, la force musculaire affaiblie, la température abaissée.

Les agents de la médication vomitive sont ensuite passés en revue et dans cette énumération, où semble exister un essai de classification, l'apomorphine, médicament nouveau (1874), bien que connu des chimistes depuis 1845, est surtout étudiée. M. Grasset nous en fait l'histoire complète, préconise son emploi, en indique ses nombreux avantages et signale ses inconvénients.

Concluant enfin des effets physiologiques aux effets thérapeutiques, M. Grasset nous conduit à la discussion des indications et des contr'indications de cette médication dont les actions sont multiples, les unes simples (action évacuante,

hypercrinique, bronchique, diaphorétique, antispasmodique); les autres complexes, résultat de plusieurs des actions physiologiques se développant simultanément. Telles sont les actions perturbatrice, antiphlogistique, dérivative, révulsive, hémostatique, antipyrétique, etc.

Ces différentes actions demandent pour être utilement appliquées une grande connaissance des doses; question bien importante à laquelle M. Grasset donne tous ses soins, puisque grâce à cette connaissance nous entrons en pleine clinique, munis d'un arsenal qui, bien que restreint en apparence, doit nous servir pour les maladies du tube digestif, de l'appareil respiratoire, du système nerveux et enfin pour les maladies fébriles. — Ce travail, fait dans des conditions désavantageuses pour M. Grasset, étranger à Paris, a terminé heureusement une série d'épreuves qui ont fait honneur au jeune agrégé de la Faculté de Montpellier. E. Decaudin.

VIII. Des anesthésies spontanées, Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par H. Rendu. Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

M. Rendu s'est acquitté avec bonheur de la lourde tâche qui lui était échue, celle de nous donner l'histoire des anesthésies spontanées. On doit savoir gré à l'auteur d'avoir été aussi clair que complet dans l'exposé d'une question des plus vastes, car elle comprend l'étude de toutes les anesthésies qui ne sont pas provoquées dans un but thérapeutique ou qui ne dépendent pas d'affections chirurgicales.

M. Rendu, considérant l'anesthésie comme un symptôme commun à une foule d'états pathologiques, l'envisage dans ses diverses modifications, en étudie la marche puis la physiologie pathologique et cherche enfin à tirer de son étude quelques indications diagnostiques et pronostiques.

Une classification toute naturelle dans un sujet aussi complexe devait reposer sur les conditions normales dans lesquelles s'exerce la sensibilité.

Dans un premier groupe, M. Rendu décrit les anesthésies relevant de lésions de l'appareil central destiné à l'élaboration des impressions. Dans cette description, l'hémianesthésie tient une grande place, une place en rapport avec les conséquences physiologiques auxquelles ont conduit récemment la recherche et l'étude de ce symptôme.

Le second groupe des anesthésies comprend celles qui relèvent d'altérations de l'axe médullaire, qu'il s'agisse de lésions circonscrites (myélites aiguës partielles), d'altérations diffuses ou de lésions propagées (anesthésie de l'ataxie locomotrice). — Le troisième groupe renferme les anesthésies de cause périphérique.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude très-complète des troubles de la sensibilité observés dans les névroses, les intoxications chroniques, les maladies aiguës et chroniques et enfin dans les maladies de la peau.

Ce travail consciencieux, dans lequel l'auteur a pleinement rempli le but qu'il se proposait : « Exposer l'état de la question et les nombreux désidérata de la science » se termine par des considérations thérapeutiques qui prouvent la préoccupation constante et louable de M. Rendu de tirer de son étude des enseignements réellement utiles à la pratique médicale.

VARIA

Éloge de M. Cruveilhier, prononcé par M. Béclard, secrétaire perpétuel.

Le zèle dont parlait le professeur ne se démentit jamais. Ce qu'il avait promis, il le tient et au delà. Renfermé dans les pavillons de l'école pratique il y passait des journées entières et préparait lui-même toutes ses leçons. Ce n'est qu'après avoir étudié chaque organe d'après nature qu'il consultait les œuvres de ses devanciers: n'acceptant jamais leurs descriptions qu'après les avoir soumises au contrôle de ses propres recherches. C'est ainsi qu'il composa, jour par jour, le traité d'anatomie descriptive dans lequel la plupart de ceux qui m'entendent ont puisé leurs premiers enseignements, et dont le succès est resté le même depuis quarante ans.

Cependant Dupuytren venait de mourir en laissant à la faculté de Médecine de Paris la somme nécessaire à la création d'une chaire d'anatomie pathologique dont l'enseignement ne figurait pas encore à titre de science distincte dans le programme de nos écoles.

M. Cruveilhier n'eût pas été désigné par le testateur pour occuper cette chaire nouvelle qu'il y eût été porté tout d'une voix par l'opinion publique. Loin de le détourner des études favorites de ses premières années, la connaissance approfondie des organes sains lui avait fourni les éléments de comparaison les plus féconds, et il n'avait pas cessé un seul instant de recueillir et de grouper les matériaux du grand ouvrage d'anatomie pathologique l'œuvre capitale de sa vie. Assis enfin à sa véritable place, M. Cruveilhier restera dans cette chaire pendant plus de trente ans et jusqu'au jour où les infirmités de l'âge le condamneront au repos.

A l'époque où M. Cruveilhier était sur les bancs de l'Ecole, le génie de Bichat venait en quelque sorte de transformer la science des lésions morbides. Il y avait un de ces grands courants auquel participe une génération toute entière. Le jeune élève de Dupuytren avait cédé au mouvement qui entraînait alors les esprits. Cette voie nouvelle, il devait la parcourir en maître. Il suffira pour s'en convaincre de mesurer le chemin parcouru et d'apprécier les services rendus.

Dans le principe, la médecine sautant pour ainsi dire par dessus l'organisation, allait des manifestations extérieures à des forces imaginaires. Elle n'a bien connu son objet, elle n'a distingué clairement le véritable problème qu'en s'adressant aux conditions instrumentales. Entre l'apparence phénoménale et l'acte morbide il existait un vide longtemps comblé par la fécondité de l'esprit de système: c'est ce vide que l'anatomie pathologique s'efforce de remplir. Elle est le pont jeté sur cet abîme que les anciens avaient laissé entre le symptôme et la maladie. Engagée dans une voie que l'esprit humain avait d'abord abordé en sens inverse, elle a retourné en quelque sorte l'objet de ses investigations et dégagé peu à peu cette chaîne de vérités, qui va des altérations cachées aux signes extérieurs qui les révèlent. Que voulait déjà Galien, avec ses quatre humeurs, que cherchaient Van Helmont, Sylvius et Paracelse lui-même, si ce n'est la cause organique ou prochaine des maladies ? Le point de départ de toutes ces tentatives était juste au fond, leur direction légitime; d'eux à nous, la différence est dans les moyens et les résultats, et non dans les principes et les intentions.

Jusqu'au xviie siècle, il faut pourtant le reconnaitre, la médecine est surtout l'étude de la physionomie des maladies. C'est l'époque de l'observation visible, l'étude du dehors et de la surface. Avec le *sepulchretum* de Téophile Bonet, publié à Genève, en 1679, commence une époque nouvelle. Dans cet ouvrage, *opus immortale* a dit Haller, l'auteur se propose non de révéler les causes cachées des maladies « *corporis humani affectuum causas reconditas* » ainsi que le titre de son livre semblerait l'indiquer, mais plus simplement de grouper et de disposer dans un vaste tableau les faits pathologiques connus de son temps. Lorsque après cinquante ans de travaux et de recherches, Morgagni, alors professeur à Padoue, publia vers la fin du siècle suivant, l'ouvrage qui méritait mieux à coup sûr l'admiration de Haller, l'objet de l'anatomie pathologique était encore le même, la recherche et la description des altérations d'organes. Avec Bichat, le champ s'agrandit et en même temps le problème change de face. On n'avait pas dépassé l'organe, il va jusqu'au tissu, l'élément organique de son temps, et il l'étudie en physiologiste d'abord, en médecin ensuite. Il observe que les lésions de chaque espèce de tissu offrent des caractères et produisent des résultats semblables, quel que soit l'organe dont le tissu affecté fait partie, et en même temps qu'il crée l'anatomie générale, il ouvre à l'anatomie pathologique des horizons imprévus. Tous les observateurs s'engagent à sa suite, et la science renouvelée se révèle par un cortége imposant de découvertes.

Des parties solides, l'attention se porte bientôt sur les liquides. Dès 1829, M. Cruveilhier écrivait : « Plus nous étudions les maladies, plus nous cherchons à approfondir leur siége immédiat, et plus nous sommes conduits à penser que

les liquides sont le véhicule d'un grand nombre de causes morbides et qu'un système complet de pathologie ou d'anatomie pathologique devrait embrasser les lésions des uns et des autres. » Quelques années plus tard, l'un de nos illustres maîtres (1), dans un livre célèbre, l'*Essai d'hématologie*, inaugurait cette pathologie nouvelle et du même coup les mots d'humorisme et de solidisme, qu'on prononçait encore, disparaissaient de la circulation comme ces vieilles monnaies dont l'effigie est usée.

A l'anatomie pathologique de Bichat et de ses successeurs nos moyens perfectionués de recherches devaient bientôt ajouter un progrès nouveau, disons mieux toute une science nouvelle. Pour constater la lésion dans les organes il avait suffi d'y regarder. Plus tard on avait appris à la distinguer dans les tissus. Ce n'était pas assez. Armé du microscope, l'œil peut démêler aujourd'hui la trame des tissus, les décomposer, pénétrer jusqu'à ces parties élémentaires que les anciens ne connaissaient pas et ne pouvaient pas connaître, s'avancer jusqu'aux sources du mal et saisir ainsi des altérations matérielles que rien ne révélait aux yeux. Des corps composés dont les propriétés ont été les premières connues, le chimiste est remonté aux corps simples ; de même, et par une méthode analytique qu'on peut comparer à celle de la chimie l'anatomiste est remonté des organes aux tissus aux éléments qui les composent.

Mais, c'est bien moins peut-être par la connaissance des caractères morphologiques des éléments anatomiques que par l'étude des phases successives de leur évolution, de leur groupement réciproque et des différences parfois considérables de leurs proportions relatives dans un même tissu que l'histologie a surtout éclairé l'anatomie pathologique. C'est ainsi que des barrières factices ont été abaissées, la doctrine provisoire, insuffisante et obscure de l'hétéromorphisme renversée, et l'ensemble si confus et si divers en apparence des altérations morbides ramené aux simples modalités d'une même loi.

Ce qui a été fait n'est pourtant qu'une faible partie de ce qui reste à faire. L'histologie est née d'hier ; sur beaucoup de point ses données sont insuffisantes ou incomplètes : à peine est-elle en possession de quelques principes généraux. Et puis tout le monde ne sait pas voir. On se représente souvent l'objet tout entier d'après la première face que nous offre le hasard : or ce ne sont pas les plus grands objets qui en ont plusieurs, ce sont aussi les plus petits.

Après l'histologie du microscope vient encore l'histologie du laboratoire, ou la physiologie histologique, c'est-à-dire l'étude des phénomènes de la vie envisagée non dans l'ensemble du corps, ni même dans les appareils, les organes ou les tissus, mais dans les éléments anatomiques. Ici, tout est à faire ; ce sera l'œuvre du siècle qui finit, et sans doute aussi de celui qui le suivra : « Le jour, disait dernièrement un de nos plus illustres collègues, M. Cl. Bernard, le jour où les éléments anatomiques seront parfaitement connus dans leur évolution, leur morphologie, leurs propriétés, dans les actions que peuvent exercer sur eux les agents physiques, chimiques, toxiques et thérapeutiques, ce jour-là la médecine scientifique sera fondée. »

En attendant ce jour que nous ne verrons pas sans doute, ne perdons pas de vue le temps présent. Honorons ceux qui l'ont honoré, et n'oublions pas les services rendus. En élargissant de plus en plus son horizon, l'anatomie pathologique a fini par se trouver en face de tous les problèmes. Mais chaque époque a ses mérites et toute doctrine a ses raisons d'existence ; il n'en est pas une seule dont les racines ne se prolongent dans les époques antérieures et les découvertes sont comme des cercles concentriques, dont les derniers comprennent toujours les premiers.

M. Cruveilhier a été l'un des représentants les plus éminents de l'époque qui s'ouvre avec Bichat et qui compte des hommes comme Bayle, Corvisart, Laennec, Dupuytren, Andral, Louis, Bouillaud et tant d'autres. Il suffit pour bien marquer sa place de rappeler ce qu'il disait en 1825 dans un article intitulé : *De l'utilité de l'anatomie pathologique*, l'une des premières productions sorties de sa plume : « Des organes malades, dit-il, nous ne connaissons pour ainsi dire que les masses ; tant que nous ne pénétrerons pas dans la texture de ces organes, tant que nous ne pourrons pas dire quel est le tissu ou quels sont les tissus primitivement affectés, et quelles sont les conditions appréciables du développement de l'altération, l'anatomie pathologique n'interviendra que pour constater l'existence de telle ou telle lésion, dans tel ou tel organe. C'est donc vers l'anatomie de texture que nous devons diriger tous nos efforts parce que, elle seule, peut faire faire à la science pathologique de véritables progrès. »

Transporter de l'organe au tissu la recherche de l'altération morbide, tel est le but qu'il n'a jamais perdu de vue, et si la recherche des altérations de tissu a été poussée plus loin et poursuivie jusque dans les parties élémentaires, il sentait bien que là était le vrai problème, que là, ainsi qu'il le dit lui-même, était le véritable progrès.

M. Cruveilhier touchait à l'âge du repos, quand le miscrocope vint ouvrir à la science à laquelle il avait dévoué sa vie des horizons nouveaux dont il n'est pas permis encore de mesurer l'étendue. S'il ne lui fut pas donné de s'associer lui-même à ce mouvement il le suivait avec l'intérêt le plus vif, toujours prêt à applaudir aux progrès de la nouvelle école.

Il sentait bien que les acquisitions de l'histologie pathologique n'étaient pas et ne pouvaient pas être la négation d'un passé solidement assis sur l'observation, et qu'en prolongeant notre vue dans le domaine de l'invisible, les procédés nouveaux de recherches n'étaient à vrai dire, que la continuation et le développement de l'idée féconde de notre illustre Bichat. Il en pouvait d'autant moins douter que ses descriptions, toujours si exactes et si fidèles, ont plus d'une fois conduit ses successeurs dans les voies de la découverte et mis dans tout leur jour des altérations qu'il avait soupçonné alors même qu'il ne lui avait pas été donné de les saisir.

Ce goût de l'anatomie pathologique qu'il avait puisé dans les enseignements de Dupuytren, M. Cruveilhier le conserva toujours. Le cours d'anatomie qu'il professa à la faculté et les travaux pratiques qui préludèrent à la publication de son traité d'anatomie humaine le ramenaient sans cesse à l'objet principal de ses préoccupations. C'est sur le vaste théâtre de la Salpétrière qu'il avait commencé à se livrer à ses études favorites c'est là qu'il rassembla les immenses matériaux du *Traité d'anatomie pathologique générale* et du grand et magnifique atlas annexé à ce beau livre, œuvre glorieuse et qui assure à jamais son nom contre l'oubli.

Bientôt assis dans la chaire fondée par Dupuytren, il enseigne plusieurs générations de médecins, réorganise et dirige la Société anatomique où les innombrables faits recueillis dans les hôpitaux subissent l'épreuve utile et profitable de la controverse. Ouverte à tous les travailleurs, composée de l'élite de notre jeunesse studieuse, cette société, il l'aimait, on peut le dire, d'une affection paternelle ; tant que ses forces le lui permirent, et presque jusqu'à sa mort il voulut la présider. En reportant ses regards vers le passé, il pouvait non sans un légitime orgueil montrer aux jeunes collègues associés à ses travaux, la riche moisson amassée sous ses yeux, œuvre collective de près d'un demi-siècle, renfermée dans plus de quarante volumes.

Mais pourquoi ce long travail, pourquoi cette incessante recherche ? Ce n'est pas tout de contempler le mal. Guérir ou soulager, tel est le but suprême de la médecine. « L'anatomie pathologique dit M. Cruveilhier doit céder le pas à l'observation clinique, marcher avec elle et après elle. Les altérations des organes ne sont que les effets du travail morbide, et ces effets ne peuvent avoir d'utilité pratique qu'autant qu'ils nous font remonter aux modifications qui les ont produites. »

L'altération anatomique n'est donc pour M. Cruveilhier qu'une sorte de symptôme interne, mais placé plus près de la route qui conduit à la cause et plus important à connaître. C'est encore un effet sans doute, mais qui se confondant presque avec la cause, peut, jusqu'à un certain point, en tenir lieu. L'altération organique considérée comme résultat révèle, par ses caractères spéciaux et permanents l'action cachée de la cause bien mieux que les signes extérieurs, souvent mobiles

(1) M. Andral.

et changeants, qui ne sont à vrai dire que des symptômes de symptômes.

Tout le monde aujourd'hui étudie avec le même soin la lésion organique, et si chacun ne lui accorde pas la même importance hiérarchique, tous du moins reconnaissent que le but supérieur et dernier de l'anatomie pathologique, c'est la pathogénie. La genèse des maladies ne se laisse pas aisément connaître : toutefois la maladie ne peut être conçue sans un substratum matériel. Si la lésion n'est pas la maladie, elle est pourtant tout ce que nous en pouvons saisir. Alors même que l'observateur n'a pu la découvrir, l'induction le conduit à la supposer et cette supposition est comme une solution d'attente. Cette pensée était bien celle de M. Cruveilhier. « Non, certes, dit-il, il n'y a pas de maladies sans siége, et ce n'est pas là ce qu'ont voulu dire les auteurs qui ont admis des maladies générales. Ce qu'ils ont voulu dire c'est que les systèmes fondamentaux de l'économie le système circulatoire, le saug, le système nerveux pouvaient être altérés sans qu'il fut possible de reconnaître après la mort une lésion particulière dans tel ou tel organe. »

Toutefois M. Cruveilhier aspire à s'élever plus haut. Il sait que les procédés capables de constater la réalité des modifications antérieures aux lésions matérielles, font absolument défaut, et que ces modifications dynamiques ne sout que des suppositions non démontrées et nön démontrables, mais il est de ceux qui pensent que si la lésion vitale ne s'explique pas elle s'impose du moins comme la solution inévitable de tout problème pathologique.

« La raison suffisante des maladies, dit-il se trouve-t-elle dans quelque lésion organique ? Vouloir expliquer tous les phénomènes morbides par les lésions matérielles des organes me paraît une prétention aussi exagérée que de vouloir trouver, dans les conditions matérielles de ces mêmes organes lorsqu'ils sont sains, la raison suffisaute de leur action. La science du cadavre n'est pas la science de la vie. La vie ne reconnaît ni rapports de contiguité ui rapports de continuité, ni faces, ni bords, ni angles. La vie associe les organes les plus éloignés, comme elle sépare les organes les plus rapprochés ; elle s'exécute au moyen des organes, mais elle ne se mesure ni par leur masse, ni par leur volume. »

Volontairement enchaînés à la réalité, le regard obstinément fixé sur les choses qu'ils peuvent pleinement embrasser, les uns évitent de s'engager dans les ténèbres ; d'autres les recherchent, l'obscurité les attire, mal à l'aise dans les bornes étroites de la science humaine ils s'élancent au-delà et comme M. Cruveilhier ils affirment ce qu'ils croient. Mais quelle que soit l'idée que le médecin se forme de ces obscurs problèmes, qu'il les poursuive ou qu'il les évite, la nécessité pratique le ramène toujours à la réalité. L'organe est le support de la fonction, et si celle-ci pouvait être troublée sans un trouble corrélatif dans le support, la médecine devrait disparaître du nombre des sciences.

Il y a près de quarante ans que les portes de l'Académie s'étaient ouvertes devant M. Cruveilhier. C'est à cette tribune qu'il communiqua ses belles recherches sur la paralysie musculaire atrophique, cette maladie de la jeunesse et de l'âge adulte, dans laquelle la sensibilité, les sens, l'intelligence restent absolument intacts et dans laquelle la disparition des muscles marche parallèlement avec la lésion de la motilité. On croyait à une maladie du tissu musculaire, il montra qu'elle s'accompagne toujours de l'atrophie des racines autérieures des nerfs rachidiens et des éléments correspondants de la moëlle épinière. « S'il m'était permis de parler ici un langage figuré, ajoutait M. Cruveilhier, je dirais que les malheureux atteints de cette maladie réalisent la fiction du Tasse qui nous représente les arbres de sa forêt enchantée comme autant de créatures humaines sensibles à tous les coups qui leur étaient portés sans pouvoir s'y soustraire. » (*A suivre*).

FAMINE. — D'après le *Levant Herald*, plus d'un tiers de la population a péri dans quelques-uns des districts de l'Asie-Mineure, visités par la famine. Dans la case de Kéchin, 160 à 170 villages, qui comptaient, en 1873, 52,900 habitants, n'en ont plus aujourd'hui que 25,000. Le même journal donne des détails sur 42 villages qui ont été secourus par le comité de famine et où, sur une population de 16,900 personnes, 4,997 ont péri. Les pertes en bœufs et en moutons sont aussi très-considérables.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau dilatateur.

M. le dr P. Ménière (d'Angers) a présenté à l'Académie un nouveau dilatateur construit sur ses indications par M. Maryaud. Cet instrument destiné en principe à la dilatation graduelle du vagin dans certains cas de vaginisme à combattre les rétrécissements de l'orifice vulvaire accompagnés ou non de rétrécissements vaginaux à émousser la sensibilité dans l'hyperesthésie vulvaire pourrait être avantageusement employé pour la dilatation forcée du rectum et dans l'opération de la taille périnéale.



Fig. 19.

Plusieurs cas de vaginisme dont M. P. Ménière se propose de publier prochainement les observations ont cédé à l'emploi de ce dilatateur dont le maniement est facile et qui joint à la simplicité du mécanisme une très-grande puissance que l'on peut appliquer lentement ou graduellement.

Il se compose: 1° d'un manche surmonté de six valves fenêtrées à bords et à pointes mousses; chaque valve est mobile sur une charnière B. ; 2° d'une tige A. D. de l'extrémité de laquelle partent six bras de force qui tous s'articulent à la face interne de chaque valve ; 3° d'un écrou ou volant E. destiné à faire avancer ou reculer la tige A. D. et par ce fait écarter ou rapprocher les valves par l'intermédiaire du bras de force. L'appareil, fermé, est conique et a un centimètre de diamètre à son extrémité ; ouvert, il est cylindrique et a 4 centimètres de diamètre. Cet instrument comporte deux graduations, l'une gravée sur les valves indique la profondeur à laquelle ilest introduit. La seconde à l'extrémité D. de la tige centrale mesure exactement l'écartement des valves, c'est-à-dire le degré de dilatation obtenue.

PHARMACOLOGIE

Sirop au valérianate de caféine.

Les propriétés physiologiques de la valériane et du café sont connues de tous les médecins. La valériane, dit M. le professeur Gubler dans ses *Commentaires de thérapeutique*, est antispasmodique lorsque les désordres nerveux résultent d'un défaut de *stimulus*. Le café à faible dose, d'après le même auteur, produit d'abord un léger assoupissement, suivi bientôt d'une stimulation circulatoire favorable à l'exercice des fonctions animales et intellectuelles. A forte dose il produit une violente excitation des systèmes nerveux et vasculaire et une exaltation considérable des facultés intellectuelles.

D'après cela, on voit qu'il peut être souvent difficile de bien préciser les affections nerveuses auxquelles convient la valériane, et combien il est difficile aussi de définir les doses de café.

Devait-on, pour cela, ne pas chercher à utiliser ces propriétés pour les appliquer à la thérapeutique ? Evidemment non, et de nombreuses et souvent heureuses applications ont été faites. Allant plus loin, un pharmacien distingué de Paris, M. Lagnoux, a composé il y a deux ans environ par des procédés sur lesquels nous n'avons pas à nous appesantir ici, le *sirop au valérianate de caféine*. Il a obtenu ainsi un nouvel agent thérapeutique qui fournit les meilleurs effets dans certaines affections nerveuses telles que l'hystérie, les vomissements incoercibles, la chorée, la coqueluche. Il a aussi une graude action sur les migraines, les névralgies, la chloroanémie. C'est un tonique puissant et énergique.

De nombreux essais, suivis des meilleurs résultats, ont été faits en ville et dans les hôpitaux de Paris, notamment à la Charité, à Beaujon et aux Enfants-Malades. De jeunes enfants atteints de *coqueluche*, résistant depuis longtemps à tout traitement, ont été radicalement guéris par le valérianate de caféiue, après un temps qui varie de 10 à 15 jours.

Un jeune docteur en médecine, M. Jules Paret, témoin des bons résultats obteuus, a présenté à la faculté de Paris, une très-bonne thèse inaugurale sur l'*emploi du valérianate de caféine* (1) dans le traitement de l'hystérie et des vomissements nerveux. Il rapporte plusieurs observations concluantes. Voici le résumé de l'une d'elles.

Joséphine A...., agée de 18 ans, entre le 17 novembre 1873 à Beaujon, service de M. Gubler, salle Sainte-Marthe. Cette jeune fille, qui a fait plusieurs maladies pendant son enfance, a été réglée à 13 ans, mais les menstrues ont été très-irrégulières ; epistaxis fréqueutes, constipation opiniâtre.

(1) In-8° de 64 pages. Paris 1875, chez Adr. Delahaye.

Du mois de novembre [illegible] jour, malgré les traitements. Le [illegible] valérianate de caféine de 10 centigrammes, le jour même de nombreuses gardes-robes s'établissent et les vomissements cessent. Peu à peu les forces reviennent et au bout d'un mois la malade sort forte et bien portante.

Le sirop de valérianate de caféine, sans saveur et sans odeur, est pris sans difficulté même par les enfants, l'estomac le supporte bien et l'absorbe facilement et rapidement. Chaque cuillerée à bouche contient 10 centigrammes du principe actif.

26. Traitement de la gastralgie simple et de la dyspepsie gastralgique.

M. Gallard ordonne avec succès, contre l'élément douleur de ces affections, la préparation suivante, qu'il désigne sous le nom de [illegible]

Pr. Eau dist. de laurier cerise [illegible] 10 gr.
Acétate de morphine.......... 15 centigr.

En prendre avant chaque repas une ou deux gouttes sur un morceau de sucre. (*Gaz. des Hôp.*)

27. Crayons d'iodoforme.

Le dr A. Leblond recommande vivement, dans les *Annales de gynécologie*, l'emploi des crayons d'iodoforme introduits dans la thérapeutique par M. Gallard. — Ces crayons dont M. Gallard se sert avantageusement contre les *ulcérations superficielles du col* ayant envahi la cavité utérine, sont introduits dans cette cavité et laissés à demeure, en les maintenant à l'aide d'un tampon d'ouate porté au contact du col utérin. Leur composition. la meilleure est la suivante, due à M. Godin. pharmacien :

Pr. *Iodoforme très-finement pulvérisé*........ 10 gr.
Gomme arabique pulvérisé............ 50 centigr.
[illegible] q. s. pour consistance voulue.

Divisez en dix cylindres égaux de quatre centimètres de longueur ; faites sécher à l'air vingt-quatre heures. Ces crayons sont durs, résistants et peuvent se diviser facilement en morceaux de longueur quelconque ; ils doivent être conservés à l'abri de la lumière.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital du Midi. — M. Ch. Mauriac reprendra ses leçons cliniques le samedi 22 mai à 9 heures. Chaque leçon comprendra une revue clinique des malades du service et une conférence sur la blennorrhagie et les affections consécutives des organes génito-urinaires.

Hôpital Lariboisière. Service de M. Siredey. Salle Saint-Augustin. his : 11 bis, intoxication saturnine; 12, apoplexie pulmonaire; 13, rétrécissement intestinal; 16.leucocythémie; 17. rhumatisme articulaire aigu: 18, affection cardiaque, congestions viscérales multiples; 30, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Geneviève : 2, pleurésie gauche: 6. rétrécissement mitral: 6, rhumatisme articulaire aigu; 11, pneumonie, hématocèle; 21, corps fibreux de l'utérus: 22. cirrhose. 28. pelvi-péritonite: 34, chorée.

Service de M. Raynaud. Salle Saint-Landry : 2, 5, 31. rhumatisme articulaire; 9, fièvre typhoïde, 6, adénie; 15, parotidite suppurée; 19, tarsalgie, 22, pleurésie droite, thoracentèse; 26, albuminurie; 27, infection purulente: 34, pneumonie.

Service de M. Millard. Salle Saint-Vincent : 2. 32, intoxication saturnine; 4, hémorrhoïdes, anémie: 5. pleuro-pneumonie: 6, pleurésie chronique: 7, pneumonie: 13, rhumatisme chronique: 14, 16, sciatique: 15, tumeur cérébrale; 18 bis, gastralgie; 19, 26, affection mitrale: 19 bis. ataxie locomotrice; 28. pneumothorax; 30, congestion cérébrale. — Salle Sainte-Joséphine : 2, corps fibreux de l'utérus; 5, rhumatisme articulaire aigu: 10, érythème papuleux; 13, cancer utéro-pelvien: 14. affection mitrale; 15, phlegmon iliaque: 15 bis, péritonite chronique: 21. pneumonie: 22, méningite; 23, phthisie galopante; 25, rhumatisme chronique; 26, hystérie: 33, kyste hydatique du mésentère.

Service de M. Tillaux. Salle Sainte-Jeanne : 1, pied-bot talus, contracture hystérique: 2. kyste de l'ovaire; 3. redressement des 2 genoux; 15, carie du pubis; 17, métrite; 31. tarsalgie. — Salle Saint-Augustin : 1. kyste du creux poplité; 28. synovite tendineuse blennorrhagique.

Service de M. Panas. Maladies des yeux, leçons le lundi; — Opérations des yeux le jeudi.

Service de M. Isambert. Salle Saint-Charles : 16, pleurésie; 4 pneumothorax, 10, hydropneumothorax, déviation du cœur. — Salle Sainte-Marie : 1, hématocèle rétro-utérine; 34, 15, phlegmon de la fosse iliaque; 26, phlegmon péri-utérin; 27, cirrhose.

Hôpital Sainte-Eugénie.—Chirurgie. Service de M. Sée. Salle Napoléon:3, fracture de cuisse; 12, pied-bot varus équin, ténotomie; 17, 29, 30, ophthalmie purulente; 43, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 45, mal de Pott dorsal. — Salle Sainte Eugénie : 20, étroitesse congénitale de la fente palpébrale; 26, arthrite fongueuse du coude droit; 31, kyste du cou; 34, abcès rétro-pharyngien; 42, abcès froids multiples.

Médecine. Service de M. Bergeron. Salle Saint-Benjamin : 1, érysipèle de la face; 20. pneumonie du sommet; 26, congestion du foie; 27, chorée. — Salle Sainte-Mathilde : 4, pleuro-pneumonie; 12, coqueluche et broncho-pneumonie; 13, bronchite capillaire; 7, purpura; 14, 15, scarlatine grave.

Service de M. Triboulet. Salle Sainte-Marguerite : 4, rougeole, broncho-pneumonie; 9, coqueluche, broncho-pneumonie; 14, pneumonie franche du sommet gauche (enfant de 3 ans); 20, chorée; 24, entéro-colite.

Hôpital Saint-Louis. — Musée pathologique : ouvert tous les jours de 8 à 11 h. du matin. — Service de M. Hardy. M. Hardy a commencé la série de ses conférences cliniques des maladies de la peau le vendredi 14 mai, à 9 heures. — Tous les jours visite à 9 heures. Consultation le jeudi.

Service de M. Guibout. Les lundis et mardis, leçons cliniques sur les maladies de la peau. Les lundis spécialement réservés à l'étude [illegible], salle Henri IV et des femmes.

Service de M. Hillairet. Le [illegible] conférence théorique. Saint-Louis, visite [illegible], 8 h. 1/2. Consultation le mercredi. Jeudi examen [illegible] nouveaux. Le vendredi conférences cliniques.

Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres. — M. de Saint-Germain, chirurgien des Enfants malades, a commencé le jeudi 13 mai, à 9 heures, une série de leçons sur la *coxalgie* et sur les *déviations* de la colonne vertébrale.

Prix. Nous apprenons avec le plus vif plaisir que la *Société centrale de médecine du Nord* vient de couronner le mémoire de notre collaborateur M. Fr. Poncet (de Cluny), professeur agrégé au Val-de-Grâce. Ce mémoire, intitulé : *D'une variété de décollement de la rétine* (choroïdite purulente) concourait pour le prix d'oculistique.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 7 mai 1875, on a constaté 971 décès, savoir : variole, 11; — rougeole, 16; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 18: — érysipèle, 11; — bronchite aiguë, 34;— pneumonie, 114;— dyssenterie, 1;— *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 11; — *choléra nostras*, »: — angine couenneuse, 6; — croup, 16; — affections puerpérales, 12; — autres affections aiguës, 275, — affections chroniques, 391, dont 172 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 21.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 25 au 1er mai 1,532, savoir : variole, »; — rougeole, 11; — scarlatine, 35; — fièvre typhoïde, 20; — érysipèle, 9; — bronchite, 217; — pneumonie, 104 : — dyssenterie, 2, — diarrhée, 15; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 7; — croup, 16, — coqueluche, 96.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours d'agrégation de chirurgie*. — 1er mai : *Des luxations de l'astragale* Lucas Championnière et Périères): — 4 mai : *Des synovites fongueuses du genou* (Humbert et Reustan); — 8 mai: *Anévrysmes de l'artère carotide primitive* (Felizet : — 11 mai: *Des kératites* Monod et Nepveu); — 13 mai *Cancer du rectum* (Berger); — *Rupture spontanée et prématurée des membranes* (Pinard).

Prosectorat et adjuvat. — Ces concours ont commencé le jeudi 13 mai. — *Juges* : MM. les professeurs Sappey, Gosselin, Verneuil, Béclard et Le Fort. — *Prosectorat.* Candidats : MM. Peyrot, Reclus et Richelot, aides d'anatomie. Pour l'épreuve des pièces sèches, ils ont eu à préparer : *les [illegible] du pénis.*

Adjuvat. — Candidats : MM. Bouilly, Campenou, Duret, Faure, Henriet, Kirmisson, Longuet, Marcano, Schwartz et Valtat. — Préparation. *Les muscles de la main*, leurs attaches, leurs gaînes fibreuses et les gaînes synoviales des tendons. Ces préparations devront être remises à la Faculté le [illegible] juillet.

Faculté de médecine de Montpellier.—Par arrêté en date du 7 mai, la chaire de clinique chirurgicale à ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Herborisation. — M. le professeur Chatin, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 16 mai dans les bois de Saint-Cloud. Rendez-vous à Saint-Cloud à 11 heures 1/2 sur la place d'armes, devant la grille du parc.

Excursion géologique. — M. Daubrée, 16 mai : Compiègne. Mont Canelon. Rendez-vous à la gare du Nord pour le train de 6 h. du matin.

Vacances médicales.—Le maire du Château d'Oléron Charente-Inférieure, fait publier l'avis suivant :

La commune du Château réunissant une population de 3,000 âmes, n'a pas un seul médecin, elle en pourrait bien utiliser deux.

Son territoire fort restreint présente du centre à la circonférence, un rayon de deux kilomètres environ. C'est dire que son parcours à pied est chose facile; toutes ses routes n'en sont pas moins carrossables, et sa population généralement aisée.

Son chef lieu, petite ville de 1,400 à 1,500 âmes, offre un séjour agréable communiquant avec le continent par bateaux à vapeur et plusieurs fois par jour. — Les deux médecins qui viendraient s'y fixer y trouveraient donc agrément et profit. Ils pourraient facilement étendre leur clientèle dans tout le canton qui est aussi dépourvu de médecin.

— La commune de Chuelles (Loiret), 1.400 habitants, demande un médecin. S'adresser au maire.

Muséum. — M. Arnaud (Alb.-Léon), est nommé préparateur de la chaire

de chimie appliquée aux corps organiques, au Muséum d'histoire naturelle (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Dijon. — M. Sicard, docteur ès-sciences, est chargé de suppléer, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1874-1875, M. Jobert, professeur de zoologie et physiologie.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Sabatier, docteur ès-sciences, agrégé des facultés de médecine est chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Eeole-de-Médecine.

RECUEIL DE QUESTIONS posées aux examens de médecine, de pharmacie et d'accouchements. Ph. 3 fr. Acc. 3 f.

veau-nes, p... ...cologie, des maladies des femmes et des enfants nou-numéro d'*avril* vient de p... ...crétaire de la rédaction : de Soyre. Le

Azambuja (D') De l'ozène et de son trait... ...département : 20 fr.

Du Castel. Des températures élevées dans les maladies. Thèse d'agrégation. In-8 de 90 pages, avec tracés, 2 fr. 50.

Fournier (A). Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, syphilome ano-rectal, rétrécissement syphilitique du rectum. Leçons recueillies par Porak. In-8° de 76 p. 2 Fr.

Guéneau de Mussy (N.) Clinique médicale, tome II. In-8° de 685 p. 12 fr.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Bertherand (A.) De l'habitude du tabac. In-16 de 44 pages.

Grasset (J.) De la médication vomitive. Thèse d'agrégation. In-8 de 190 pages.

Lépine (R.) De la localisation dans les maladies cérébrales. Thèse d'agrégation. In-8° de 160 pages avec 2 planches.

Coupey. — Du secret médical au point de vue moral, professionnel et criminel. — Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, imprimerie Parent.

Moreau (de Tours), fils. De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle. In-8 de 80 pages, Paris, 1875, A. Parent, imprimeur.

Golgi (C.). Sulle alterazioni degli organi centrali nervosi in un caso di corea gesticulatoria associata ad alienazione mentale. In-8 de 56 pages. Bologna, 1874.

Golgi (C.). Sui gliomi del cervello. In-8 de 16 pages, Bologna, 1874.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL** 6, *rue des Ecoles.*

Béhier. Etude de quelques points de l'urémie (clinique théories, expériences), leçons recueillies par H. Liouville et I. Straus. In-8° de 26 pages, **60** c.

Duplay (S.) Leçon sur les périarthrites coxo-fémorales. Maladie des bourses séreuses péritrochantériennes et du grand trochanter, simulant la ... par Duret. In-8 de 20 pages. 60 cent.

Dupuy (L. E.). Etude ... quelques lésions du mésentère dans les hernies. In-8° de 16 pages. ... cent.

Kelsch (A.). Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. In-8° de 16 pages. 50 cent.

Landouzy (L.). Trois observations de rage humaine; réflexions. In-8° de 16 pages. 50 cent.

Marcano (G.) Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate et de la hernie crurale étranglée. In-8............................ 50 cent

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

Bourneville et L. Guérard. — De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8. de 240 pages avec 10 figures et une planche 4 fr. — Pour nos Abonnés : 3 fr. (*franco*).

Budin (P. De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. In-32. 50 c.

Bourneville. Notes et observations cliniques sur la fièvre typhoïde. In-8 de 80 pages avec 4 planches en chromo-lithographie, et 2 planches noires, 3 fr.

Thaon (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose ; in-8° de 104 pages avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50. Pour nos abonnés : **2 fr. 50**, *franco*.

3e ANNÉE. — N° 21 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 22 MAI 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

Ve LEÇON. — Angine glanduleuse ou folliculeuse. — Acné du pharynx (1).

(Leçons recueillies par AFFRE et MOIZARD, internes des hôpitaux.)

SOMMAIRE. — Maladie chronique d'emblée. — Description des glandules du pharynx. — Existe-t-il une laryngite glanduleuse ? — Analogie avec l'acné cutanée. — Forme chagrinée, ou granuleuse. — Symptômes et aspect. — Acné du pharynx de M. Lasègue. — Marche, étiologie. — Diagnostic. — Angine alcoolique. — Angine des fumeurs. — Traitement. — Nature réelle de la maladie, et ses rapports avec les diathèses.

Marche. — L'angine glanduleuse est une maladie chronique. Elle peut présenter des exacerbations sous l'influence du passage brusque du chaud au froid et réciproquement.

L'usage du tabac augmente aussi l'acuité de la maladie. Il en est de même des boissons alcooliques. Enfin, il est probable que, lorsqu'elle est liée à un état diathésique, on peut observer des poussées aiguës survenant de temps en temps sous l'influence même de la maladie générale.

L'angine glanduleuse passe souvent inaperçue : souvent au contraire, elle est pour le malade une cause de préoccupations continuelles ; quelquefois même les sujets atteints de cette affection sont plus ou moins hypochondriaques. Nous ne pensons pas que l'angine glanduleuse soit suffisante pour amener l'hypochondrie : mais l'on peut admettre que les hypochondriaques viennent souvent nous entretenir de cette petite maladie, et s'en préoccupent beaucoup, parce que leur attention est vivement attirée par les sensations désagréables de l'angine glanduleuse, qui passeraient inaperçues pour beaucoup d'autres, et que leur imagination s'inquiète souvent plus d'une sensation agaçante que d'une souffrance véritable.

Étiologie. — Les causes locales de l'angine glanduleuse sont à peu près les mêmes que celles du catarrhe simple.

L'exercice de la parole, le chant, prennent place au premier rang des causes déterminantes. Nous avons vu tout-à-l'heure que l'action de la parole est peut-être plus active que celle du chant, aussi cette angine s'observe-t-elle plus souvent chez les orateurs et les crieurs publics que chez les chanteurs. L'alcool et le tabac ont une influence très-grande sur le développement de l'angine glanduleuse.

Différentes diathèses paraissent au moins favoriser la production de cette forme d'angine. C'est un fait qui a été surtout mis en lumière par M. Guéneau de Mussy. Ce médecin rattache surtout l'angine glanduleuse à l'herpétisme et la voit souvent coïncider avec l'acné du col utérin.

M. Mandl nie au contraire formellement l'action de cette diathèse, prétendant qu'elle est si commune que l'on pourrait l'invoquer pour la plupart des maladies. Il s'appuie surtout pour nier la nature diathésique de l'angine glanduleuse sur la grande influence qu'exercent sur elle les causes locales, et sur les promptes guérisons que l'on obtient sans recourir à un traitement général, tandis qu'on voit souvent échouer le traitement général anti-herpétique. L'action des causes locales n'est pas contestable, mais rien ne prouve que ces causes n'aient pas besoin, pour produire l'angine, d'agir sur un terrain déjà préparé par une diathèse. Quand M. Mandl traite l'herpétisme de diathèse banale, il ne distingue peut-être pas suffisamment ce que nos dermatologistes appellent l'herpétisme, d'avec tous les autres boutons que peuvent produire d'autres diathèses. D'ailleurs si le traitement local a une influence évidemment utile, prépondérante même, si l'on veut, la fréquence des récidives d'angine glanduleuse après une amélioration passagère, parle plutôt en faveur de l'idée d'une cause générale. Pour moi, je crois que l'angine glanduleuse se lie ordinairement à une diathèse : mais je ne pense pas que cette diathèse soit toujours, ni même le plus ordinairement l'herpétisme, ou au moins l'herpétisme indépendant de tout cumul de diathèses.

L'influence de l'arthritisme me paraît au contraire évidente. Dans bon nombre de cas, l'on rencontre également l'angine glanduleuse chez les tuberculeux et chez les scrofuleux. C'est, en somme, un élément commun à beaucoup de diathèses différentes.

Diagnostic. — Il est très-facile de diagnostiquer une angine glanduleuse du catarrhe simple. Il suffit de voir l'hypertrophie des glandules sur le pharynx et l'abaisse-langue suffit pour cela. Mais la difficulté, c'est de déterminer à quelle diathèse doit être rapportée cette angine. C'est là un problème très-délicat, qui ne pourra guère être résolu qu'en considérant l'ensemble de la constitution du malade, car la diathèse se reconnaît surtout par ses traits généraux. Cependant il existe peut-être quelques caractères différentiels pour chaque forme d'angine glanduleuse, qui permettent de soupçonner à quelle diathèse elle se rattache. Nous reviendrons sur ce sujet, quand nous étudierons les angines diathésiques.

Cependant, je vais vous donner dès maintenant, quelques indications qui résultent plutôt je l'avoue, d'une impression générale, que d'une statistique appuyée sur des observations minutieuses.

Dans la scrofule, l'acné pharyngienne est plus invétérée, souvent ulcérée ; la muqueuse présente une surface mamelonnée, gauffrée, irrégulière, dont les saillies alternent avec des dépressions assez profondes.

Dans la tuberculose, les glandules de la paroi pharyngienne postérieure sont d'un rouge plus ou moins vif, se détachant sur un fond *pâle*, parcouru par de fines arborisations vasculaires. Mais les glandules n'arrivent à s'ulcérer que dans les périodes ultimes de la phthisie.

Dans l'arthritisme, les glandules sont souvent volumineuses, réunies en plaques ou en glomérules, mais la muqueuse qui leur sert de support paraît plane et d'une coloration assez foncée.

L'angine glanduleuse herpétique, au contraire, présente de petites granulations rouges sur un fond rose vif, nuance générale accompagnée quelquefois d'un léger reflet opalin. L'angine alcoolique est caractérisée par une rougeur vive des glandes pharyngiennes. La muqueuse est parcourue par de gros vaisseaux variqueux qui lui donnent une couleur livide ou violacée. D'autres fois, elle est à la fois sèche et chagrinée et l'aspect de l'angine rappelle tout-à-fait celui de la vaginite granuleuse. J'ai observé deux cas très-nets de cette variété, le premier chez un trompette de gendarmes, le second, j'ai le regret de le dire, chez un ecclésiastique que son caractère sacré n'empêchait pas de s'adonner aux liqueurs fortes.

Peut-être y aurait-il lieu de rattacher la forme variqueuse à l'alcoolisme par le vin, ou l'alcoolisme crapuleux, et la forme chagrinée à l'alcoolisme par les liqueurs. Tous ces malades ont plus ou moins d'aphonie, et cette altération particulière de la voix, qui constitue ce qu'on nomme vulgairement la voix de *rogomme*, l'alcoolisme déterminant un catarrhe chronique de la gorge, comme un catarrhe chronique de l'estomac.

L'angine du tabac a des caractères moins définis ; chez les fumeurs, c'est une rougeur vive, due à la fois à l'action de la chaleur et à celle des principes irritants de la fumée. Il existe souvent en même temps un peu de stomatite, et notamment ces plaques blanches des commissures labiales qui ont été prises à tort pour des lésions syphilitiques.

1) Voir les nos 3, 4, 5, 9, 12, 14 et 20.

Chez les priseurs, on aperçoit des grains de tabac disséminés sur la face postérieure du pharynx, quelquefois jusqu'au larynx, et un peu de rougeur diffuse ou par plaques, mais sans aspect bien caractéristique. De sorte, qu'on peut demander s'il existe bien une angine nicotinique due à une intoxication spéciale, ou s'il ne faut voir là que des faits d'irritation locale. Toujours est-il que cette irritation locale est incontestable, et est une cause incessante de récidives des angines chroniques.

Traitement. — Comme traitement local on peut employer les cautérisations avec une solution faible de nitrate d'argent. Ce qui réussit mieux encore c'est de toucher chaque glandule isolément avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. On évite ainsi de toucher les parties saines de la muqueuse qui n'ont pas besoin d'être cautérisées. M. Libermann a recommandé les fumigations de chlorhydrate d'ammoniaque, suivant un procédé qui consiste à faire respirer simultanément au malade les gaz amenés de deux flacons, dans l'un desquels on dégage de l'ammoniaque et dans l'autre de l'acide chlorhydrique ; les gaz se rencontrent et se combinent en formant d'épaisses vapeurs blanches. M. Libermann dit avoir beaucoup à se louer de cette méthode. Je n'ai pas à ce sujet d'expérience personnelle. Je me suis surtout bien trouvé de l'emploi du gargarisme iodé dont voici la formule :

Iode métalloïde....	0,10 ou 0,25 ou 0,50
Iodure de potassium.	0,20 ou 0,50 ou 1 gr.
Sirop diacode......	30 gr.
Eau.............	250 gr.

On peut le donner tous les deux jours alternativement avec un gargarisme composé de glycérine opiacée et de lait. La glycérine morphinée est une solution au cinquantième ou au vingt-cinquième. On en verse une cuillerée à café dans un demi-verre de lait tiède. On répète ce gargarisme plusieurs fois par jour.

Comme médicaments internes, on peut employer le bromure de potassium, comme anesthésique spécial, diminuant les sensations réflexes de l'arrière-gorge et le chlorate de potasse, soit pris à l'intérieur en potion, soit en applications topiques. M. Laborde a surtout insisté sur la nécessité d'employer ce médicament en applications topiques.

Je n'ai jamais obtenu de résultats bien nets du chlorate donné à l'intérieur, et en applications topiques ; l'iode paraît donner des résultats supérieurs.

Enfin, l'hygiène présente la plus grande importance. Le malade devra éviter les excès de parole et s'abstenir complétement de tabac et d'alcool. Les fumeurs ne guérissent jamais de l'angine glanduleuse, s'ils ne veulent pas renoncer à leurs habitudes. Il en est de même des alcooliques.

Quand on a déterminé sous l'influence de quel état général s'est développée l'angine, on traite la diathèse par les moyens appropriés, l'herpétisme par l'arsenic, l'arthritisme par les alcalins, la scrofule et la tuberculose par le soufre, l'arsenic, l'huile de foie de morue, etc.

Nature. — Avant de terminer cette leçon, je veux insister encore sur quelques points concernant la nature de la maladie que je viens de décrire. C'est évidemment une détermination qui appartient en commun à presque toutes les diathèses. Elle ne dépend d'aucune en particulier, mais la banalité de cette coïncidence, ne nous paraît cependant pas refuser toute influence aux causes générales sur la production de l'angine glanduleuse; nous retrouvons ici l'application d'une loi que nous avons énoncée dans la leçon précédente.

Les angines *localisées*, ou disséminées, sont *plutôt diathésiques que les inflammations uniformes et générales.*

La comparaison de l'angine glanduleuse avec l'acné nous paraît aussi juste au point de vue de la pathologie générale que nous l'avons vue fondée pour la description locale. L'acné cutanée est, comme l'angine glanduleuse, un élément commun à presque toutes les diathèses, arthritisme, herpétisme, syphilis, scrofule, etc., et à un grand nombre d'états généraux, résultant soit d'irritation du tube digestif, soit d'excès vénériens. etc. Quelle que soit la localisation de la petite lésion cutanée, on ne songe pas à contester l'influence réelle qu'exercent sur son apparition les causes générales que nous venons d'énumérer, et dont elle est l'expression commune, sauf quelques variétés de siége, de forme, que les dermatologistes admettent. Nous ne sommes pas encore aussi avancés pour l'angine glanduleuse que les dermatologistes le sont pour l'acné cutanée ; mais bientôt peut-être trouverons-nous des caractères qui nous permettront de déterminer chaque espèce d'angine comme ils déterminent chaque variété de dermatose.

Peut-être aussi le résultat d'une étude plus approfondie sera-t-il de rayer tout-à-fait l'angine glanduleuse du cadre des angines pharyngées, comme nous avons rayé l'œdème de la glotte du nombre des laryngites ; l'œdème est un accident commun à la plupart des maladies chroniques du larynx, il ne constitue pas une espèce. Peut-être en dirons-nous bientôt autant de l'inflammation des glandules pharyngo-laryngées que l'on désigne sous le nom d'angine glanduleuse ou folliculeuse. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur CHARCOT.

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

Avant de serrer de plus près la question qui, dans ces leçons préliminaires, nous sert d'objectif — il s'agit, vous ne l'avez pas oublié, de la théorie des localisations dans les maladies cérébrales — je dois mettre la dernière main aux considérations que j'ai été amené à vous présenter dans la dernière leçon relativement à la structure normale de l'écorce grise des circonvolutions, étudiée comparativement dans les divers départements des hémisphères cérébraux.

A. Cette structure, j'ai dû l'envisager tout d'abord dans son type vulgaire, c'est-à-dire le plus généralement répandu. On pourrait, avec M. Meynert, le désigner sous le nom de *type de stratification en cinq couches des éléments cellulaires nerveux ou réputés tels.*

Je vais vous rappeler, très-sommairement, quels sont les traits les plus caractéristiques de cette structure. A cet effet, il est nécessaire de reporter votre attention sur la figure 18 qui représente une coupe de la troisième circonvolution frontale, coupe prise au fond d'un sillon de séparation.

Pour établir un contraste, je crois utile de vous tracer la description d'une coupe de l'écorce grise du cervelet empruntée comme la précédente à M. Meynert. Dans l'écorce grise du cervelet, vous remarquez successivement : 1° une couche épaisse, pauvre en éléments cellulaires et qui reçoit les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses situées dans une couche sous-jacente ; — 2° plus bas, une couche où l'on retrouve, suivant M. Meynert, des cellules fusiformes et des fibres médullaires parallèles à la ligne limitante ; — 3° au-dessous, les cellules de Purkinje qui occupent la limite supérieure d'une couche granuleuse très-accentuée ; plus bas enfin, la substance médullaire (2).

Si maintenant vous jetez un coup d'œil sur la figure qui représente les cinq couches de l'écorce grise du cerveau proprement dit, vous voyez par là que la substance grise corticale n'est point faite exactement sur le même modèle, dans les diverses circonscriptions de l'encéphale. J'aurai tout-à-l'heure à faire ressortir des différences très-prononcées encore, sinon aussi tranchées, suivant la région des hémisphères qu'on examine ; mais je dois revenir auparavant sur le type à cinq couches.

B. Le mode d'arrangement, ainsi désigné, se retrouve dans toute l'étendue des régions de l'hémisphère, situées en avant du sillon de Rolando, et un peu en arrière de lui dans une partie des lobes pariétaux, mal délimités encore du côté du lobe occipital. Nous verrons dans un instant que

(1) Voir les nos 17, 18, 19 et 20.
(2) Voir aussi Henle. *Nervenlehre, etc.* fig. 162, 163 A, 163 B.

ce type se montre très-notablement modifié dans les parties postérieures de l'encéphale comprenant : 1° tout le lobe sphénoïdal; 2° le lobe occipital, et 3° enfin les parties de l'écorce grise de la face interne qui sont circonscrites par l'extrémité postérieure du lobe et par un sillon qui délimite en arrière une région parfaitement distincte que nous allons décrire tout à l'heure sous le nom de lobe carré.

a) Mais je crois nécessaire pour plus de clarté, de revenir sur un point que j'ai relevé déjà : c'est que dans les régions des hémisphères où règne sans partage le type à cinq couches, il existe, je le répète, tout un département où la structure de l'écorce se distingue par un détail intéressant. Il s'agit de la présence constante dans ce département de cellules pyramidales comparativement énormes et que, pour ce fait, on a qualifiées de *cellules gigantesques*. Tout en conservant la forme pyramidale propre aux éléments cellulaires nerveux de la région, ces cellules, vous le savez, se différencient non-seulement par leurs dimensions, mais encore par la netteté du prolongement nerveux et par le développement des prolongements de protoplasma. Ces derniers traits permettent de les rapprocher des cellules nerveuses motrices des cornes antérieures de la moelle épinière.

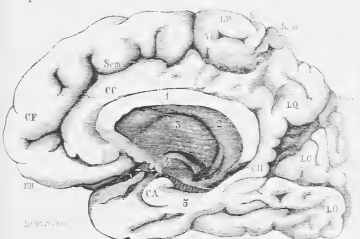


Fig. 20. Face interne de l'hémisphère cérébral, dessinée d'après nature. — *Scm*, Scissure calloso-marginale; — *Spo*, Scissure pariéto-occipitale ; — *Sc*, Scissure calcarine; — *St*, Sillon transversal du lobule paracentral; — *Sr*, Extrémité supérieure de la scissure de Rolando. — LP, Lobule paracentral; LQ, Lobe carré ou avant-coin ; LC, Lobule cunéiforme ou coin ; LO, Lobe occipital; CH, Circonvolution de l'Hippocampe ; CA, Circonvolution de la corne d'Ammon ; CC, Circonvolution du corps calleux ; CF, Face interne de la 1re circonvolution frontale. — 1, Corps calleux; — 2, Cavité du ventricule latéral ; — 3, Couche optique : — 4, Partie antérieure et externe du pédoncule cérébral ; — 5, Corps godronné (1).

Les régions où se rencontre cette importante particularité sont à proprement parler les régions centrales de la surface externe de l'hémisphère, à savoir : la *circonvolution frontale ascendante*, la *circonvolution pariétale ascendante*, surtout dans leur partie supérieure; enfin un petit lobule situé à la face interne de l'hémisphère, lobule jusqu'à ces derniers temps resté innommé et que M. Betz a proposé de désigner sous le nom de *lobule paracentral* (L P.

Je vous rappellerai que l'existence de ces grandes cellules dans l'écorce grise et leur localisation dans les régions indiquées ci-dessus ont été pour la première fois reconnues par M. Betz et M. Miezerjeweski. Les résultats, obtenus par ces auteurs, ont été confirmés récemment par M. J. Batty Tuke dans des leçons professées à Edimbourg (2). J'ai pu, à mon tour, en reconnaître l'exactitude.

Je me suis efforcé de faire ressortir devant vous que ces régions, remarquables par une particularité de structure, sont justement celles où, chez le singe, d'après les expériences de M. Ferrier (3) siégeraient les centres psycho-moteurs pour les membres. N'est-ce pas là, Messieurs, une coïncidence qui méritait de vous être signalée?

Laissez-moi aussi revenir sur ce fait que, chez le chien, les parties réputées excito-motrices par les expériences de M. Ferrier lui-même et par celles, antérieures, de Hitzig, se distingueraient, d'après M. Betz, par la présence des cellules pyramidales gigantesques qu'on ne retrouve nulle part ailleurs, dans l'écorce, chez ces animaux. Mon insistance est justifiée, je l'espère, par la nécessité qui s'impose, de fixer aussi exactement que possible tous ces détails dans votre esprit.

b) Ces faits donnent évidemment un intérêt tout spécial aux régions de l'hémisphère où se rencontre cette particularité anatomique. Je pense donc qu'il est fort utile de bien connaître ces régions *topographiquement* afin de pouvoir les désigner avec précision dans le protocole des autopsies. En conséquence, je vous demanderai la permission d'entrer à ce sujet dans quelques développements. Nous aurons là, d'ailleurs, l'occasion toute naturelle de décrire la configuration de la face médiane des hémisphères, région qui, jusqu'à ce jour, est demeurée, à mon avis, un peu trop dans l'ombre.

Déjà, la disposition des circonvolutions ascendantes, de leur origine au bord supérieur de l'hémisphère, nous est connue, de telle sorte que notre attention pourra être concentrée sur les dispositions qui s'observent à la face interne de l'hémisphère. Sur cette coupe (*Fig. 20*), qui a divisé le corps calleux d'avant en arrière, vous reconnaissez d'abord au centre, la surface de section de cette grande commissure ; au-dessous, le *septum lucidum*, la face interne de la couche optique (*Fig. 20*,1) puis, la surface de section des pédoncules cérébraux (*Fig. 20*, 4).

Prenons, pour nous mieux orienter, un point de repère sur la face externe, dont la connaissance nous est maintenant familière, et suivons, en remontant, le sillon de Rolando jusqu'à son extrémité la plus interne (S *r*). Ce sillon s'arrête quelquefois un peu en dedans de la scissure interhémisphérique; mais, d'autres fois, il arrive jusqu'à elle en déterminant sur le bord supérieur de l'hémisphère une sorte d'encoche (S *r*).

Le lobe paracentral (L P) est situé immédiatement au-dessous de ce point. Il est limité ainsi qu'il suit : *en arrière*, par une scissure oblique qui n'est autre que le prolongement postérieur de la scissure calloso-marginale (cette scissure, prolongée, borne en arrière la circonvolution pariétale ascendante); *en bas*, par la partie horizontale du sillon calloso-marginal (S *c m*), sillon qui le sépare de la circonvolution dite du corps calleux (*gyrus fornicatus*) ; — *en avant*, par un sillon, en général peu profond, mais qui, se continuant parfois sur la face externe de l'hémisphère, dessine en avant la partie interne de la circonvolution frontale ascendante et limite de cette façon le lobule paracentral.

Nous avons donc sous les yeux un petit lobule, de forme quadrilatère dont le plus grand diamètre est d'avant en arrière. En général, un sillon peu profond (S *t*), situé à égale distance du bord supérieur et du bord inférieur, le parcourt dans sa longueur. En somme, et tenant compte tant de sa structure que de ses rapports, on pourrait dire que le lobe paracentral représente l'extrémité interne renversée sur la face médiane de l'hémisphère, des deux circonvolutions ascendantes.

Ce point établi, les notions que nous avons encore à exposer concernant la topographie de la face interne des hémisphères, ne sont pas difficiles à présenter: 1° en avant du lobe paracentral, vous reconnaissez la surface médiane de la première circonvolution frontale (C F : 2° au-dessous, et séparée de la précédente par le sillon calloso-marginal, est la circonvolution du corps calleux (C C) (*gyrus fornicatus*); 3° ce pli se continue en arrière avec un lobule parfaitement circonscrit qu'on appelle le *lobule quadrilatère* (*avant-coin, vorzwickel*). Ce lobule L Q appartient à proprement parler au lobe pariétal; c'est, pour ainsi dire, la face interne ou médiane du lobule pariétal supérieur. En arrière la *scissure temporo-occipitale*, très-accentuée à cet endroit parce

(1) Consultez, sur la topographie de la face médiane du cerveau, la planche 8 de l'*Atlas* de Foville et la fig. 4 de l'ouvrage d'Ecker.

(2) *Edinburgh Med. Journ.*, nov. 1874, p. 394.

(3) *West Riding Asylum*, t. IV, p. 49 et 50. — *Proceedings of the royal Society*, n° 151, 1874. — *British med. Journ.*, déc., 19 1874.

qu'elle n'est pas interrompue, comme sur la face externe, par des plis de passage, sépare nettement le lobe carré (ou quadrilatère) du lobe occipital; 4° Immédiatement en arrière du lobule carré, dans le domaine du lobe occipital, il y a à remarquer un lobule triangulaire dont la pointe est en bas et en avant, la base en arrière et en haut et qui est limité en arrière par une scissure profonde, la *fissure calcarine*, ce petit lobule (L C) s'appelle le coin (*cuneus, Zwickel*); 5° au dessous du triangle vous reconnaissez la promiscuité déjà signalée à propos de la face externe entre le lobe occipital et le lobe sphénoïdal. Là, il convient de distinguer surtout deux circonvolutions dirigées dans le sens antéro-postérieur. Ce sont : *a* le lobule occipito-sphénoïdal latéral ou *lobule fusiforme*; *b* le lobule occipito-sphénoïdal médian ou lobule lingual; 6° je me bornerai à mentionner seulement, plus en avant et en plein lobe sphénoïdal le *lobule de l'hippocampe*, le *crochet* qui fait partie du système de la *corne d'Ammon*.

Nous aurons assurément dans le cours de ces leçons, l'occasion d'utiliser les données topographiques que nous venons de recueillir, mais j'ai hâte d'en finir avec cette description qui, pour le moment, constitue en quelque sorte une digression. (*A suivre*).

Des lésions cérébrales dans la paralysie générale.

Par le Dr **J. MIERZEJEWSKI**, médecin à la clinique psychiâtrique de Saint-Pétersbourg.

Les opinions les plus différentes ont été émises par les auteurs relativement à la solution des questions suivantes :

1° Les éléments nerveux participent-ils, oui ou non, au processus pathologique de la paralysie générale ?

2° Quel est le caractère de l'altération des éléments nerveux dans cette maladie ?

Tigges (1) a trouvé dans les cerveaux des paralytiques un processus de prolifération très-actif des cellules ganglionnaires et surtout une prolifération des noyaux dans ces cellules. Meynert (2) confirme par ses recherches les observations de Tigges. La prolifération des noyaux a aussi été remarquée par Hoffmann de Meerenberg (3) dans les cellules nerveuses des cerveaux des paralytiques. Les recherches de cet observateur l'ont amené aux conclusions suivantes : plus la cellule ganglionnaire est histologiquement changée, moins son noyau est coloré par le carmin, et les cellules qui se trouvent au dernier degré de la métamorphose régressive cessent de se colorer sous l'influence du carmin.

Meschede (4) a décrit les différentes phases de destruction moléculaire du protoplasma des cellules nerveuses chez les paralytiques. Le processus commence par une imbibition congestive et un gonflement parenchymateux des cellules et finit par leur dégénérescence pigmento-graisseuse, principalement dans les cellules de la couche médiane de la substance grise.

Lockhart Clarke a observé aussi chez les paralytiques la dégénérescence pigmentaire des cellules nerveuses (5). Westphal (6) assure qu'il n'a jamais remarqué dans les éléments nerveux des paralytiques, des changements pathologiques analogues à ceux des cellules des autres tissus, parce que les cellules nerveuses ne ressemblent pas aux cellules des autres organes et sont des corps plus compliqués.

Meynert a constaté dans un autre travail plus récent (7) le fait de la prolifération des noyaux des cellules ganglionnaires chez les paralytiques, et a décrit encore un certain nombre de modifications pathologiques dans les cellules nerveuses. Ces modifications sont les suivantes :

A. La transformation vésiculaire du noyau. D'après Meynert, le noyau a dans la cellule nerveuse normale une forme anguleuse ou étoilée (1). La forme globulaire est déjà pathologique et la transformation vésiculaire du noyau est liée à toutes les formes de changements pathologiques du protoplasma et peut avoir lieu aussi bien dans le protoplasma hydropique que dans le protoplasma avec destruction moléculaire.

B. La division nucléaire simple ou multiple.

C. Le gonflement hydropique de la cellule ganglionnaire qui se démontre par l'agrandissement de son volume, par son aspect hyalin et les contours noirs du noyau dans l'intérieur du protoplasma.

D. La sclérose ou le gonflement sclérotique des cellules ganglionnaires. Les cellules gonflées sont entourées d'un bord noir qui paraît plus prononcé d'un côté que de l'autre. Le protoplasma des cellules, considérablement augmenté, est devenu homogène et réfracte fortement la lumière ; toute la cellule présente des contours très-accusés qui sont quelquefois anguleux ou dentelés ; les prolongements des cellules sont renflés en massue et paraissent plus nombreux. Le noyau n'est plus visible, le nucléole l'est peut-être plus longtemps.

E. La destruction moléculaire du protoplasma. Le protoplasma est trouble, rempli en partie de grains de différents volumes qui réfractent fortement la lumière, et en partie d'une masse moléculaire ; le protoplasma est très-souvent séparé du noyau par une masse hyaline, les contours du protoplasma ont l'aspect d'un détritus informe qui entoure imparfaitement le noyau gonflé en forme de ballon.

F. Le ratatinement des cellules ganglionnaires de la substance grise des hémisphères est accompagné de la diminution de volume des cellules; elles sont opalescentes, la forme du noyau reste intacte. Lubimoff en travaillant sous la direction de Meynert a trouvé les mêmes modifications dans les cellules ganglionnaires.

Rutherford et J. B. Tuke (2) ont trouvé quelquefois dans les cerveaux des déments séniles et des personnes atteintes de paralysie générale, des cellules ganglionnaires hypertrophiées. Herbert Major n'a jamais pu remarquer de cellules ganglionnaires hypertrophiées chez les déments séniles, mais a confirmé les faits observés par Rutherford et B. Tuke chez les paralytiques (3).

D'après les descriptions qui précèdent, il est facile de se convaincre que les altérations pathologiques des cellules nerveuses décrites par ces différents auteurs, ne sont pas toujours assez prononcées pour établir une distinction tranchée entre les cellules nerveuses malades et les cellules normales, et l'on peut considérer comme normaux et se retrouvant dans les cerveaux sains, certains caractères des cellules nerveuses signalés par les auteurs comme pathologiques.

1) La forme arrondie du noyau considérée par Meynert comme un caractère pathologique est, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre, un fait purement physiologique.

2) La présence de deux noyaux dans une cellule nerveuse de l'encéphale est compatible avec l'état physiologique des cellules, et se démontre en dehors de toute trace de processus irritatif.

Il faut encore remarquer qu'il arrive parfois de véritables illusions optiques occasionnées par le fait suivant : les noyaux du tissu interstitiel entourent quelquefois chez les paralytiques des cellules nerveuses et s'accolant parfois à leur surface, peuvent simuler la présence de deux noyaux dans une cellule. Sur des préparations très-fines, cette illusion peut être facilement découverte au moyen d'un fort grossissement, mais sur des coupes plus épaisses on est très-exposé à commettre l'erreur.

3) Les auteurs parlent très-souvent de l'augmentation ou de la diminution de volume des cellules nerveuses, de leur hypertrophie, mais ils ne précisent pas le volume des cellules

(1) *Allgemeine Zeitschrift, für Psychiatrie*. XX, Band I.
(2) *Medizinische Jahreschrift*, 1866.
(3) *Einige pathologisch anatomische Warningen en Niederland Tijdschrift for Geneskunde*, 1868.
(4) *Virchow's Archiv*, XXXIV und LVI, Band CXIX.
(5) *Lancet*, septembre 1866
(6) *Archiv für Psychiatrie*, 1er Band.
(7) *Vierteljahreschrift für Psychiatrie*, Heft III, 1868.

(1) Der Bau der Grosshirnrinde und seine ortlichen Verschiedenheiten nebst einem pathologisch anatomischen corollarium (*Vierteljahreschrift für Psychiatrie*, 1867, I Heft).
(2) *British medico chirurgical Review*, 1873, chap. III et IV.
(3) *Report of the West Riding Lunatic Asylum* vol. IV. Histology of the morbid Brain, by Herbert Major, 1874.
Consultez B. Tuke on the morbid Histology of the brain and spinal cord as observed in the Insane · *Brit Med-Chir Review*, 1873, chap. III et chap. IV.

altérées et quelquefois n'indiquent pas la région où on a observé des cellules avec un caractère pathologique.

D'après Meynert et Kölliker (1) la grandeur des cellules ganglionnaires dans la substance grise des circonvolutions occipitales médianes ne comporte que 0,040 en longueur et 0,010 de largeur, et les cellules solitaires des circonvolutions occipitales médianes (dans la couche nommée lisière de Vicq d'Azyr) sont considérées par Meynert comme les plus grandes. Cependant, d'après les belles recherches de Betz (2) confirmées par mes propres observations (3), les plus grandes cellules se trouvent dans les circonvolutions du lobe nommé par Betz paracentral. Ce lobe se trouve, d'après Betz, en avant et à l'intérieur du sillon de Rolando (chez l'homme); il est dans chaque cerveau plus ou moins développé. Il a une forme longitudinale ellipsoïde avec un sillon longitudinal profond au milieu. En avant, ce lobe est séparé par un sillon de la surface interne de la première circonvolution frontale. En arrière, il est séparé par un sillon du lobe quadrangulaire, en bas un sillon le sépare de la circonvolution de l'ourlet ; sa surface externe passe dans l'extrémité supérieure des circonvolutions centrales. Très-souvent au lieu d'un lobe, il s'en trouve deux, et dans ce cas, des cellules géantes se rencontrent principalement dans le premier lobe, quoiqu'on le trouve aussi dans la partie postérieure du second lobe.

Quand le lobe central antérieur, dans sa partie supérieure, se bifurque, ce qu'on trouve quelquefois dans les cerveaux très-riches en circonvolutions, le lobe paracentral consiste aussi en deux lobules elliptiques, et un de ces lobules entoure concentriquement l'autre. La substance grise des circonvolutions de ce lobe appartient au type à cinq couches.

Les cellules géantes se trouvent dans la quatrième couche, elles sont disposées sous forme d'îlots qui contiennent de deux jusqu'à cinq cellules, leur forme est plus ou moins pyramidale, leur diamètre longitudinal peut atteindre jusqu'à 0, 06; leur diamètre transversal 0, 04. Elles ont deux prolongements principaux et de 4 à 7 prolongements secondaires. Un de ces prolongements principaux est basal, c'est-à-dire qu'il vient de la base de la pyramide, il est très-fin et se dirige vers les couches profondes du cerveau ; l'autre prolongement principal est le prolongement du sommet, il se présente comme une continuation du sommet des pyramides, il est cinq ou six fois plus épais que le prolongement basal.

Il semble que le prolongement du sommet émane du corps de la cellule et même de la partie inférieure du noyau, parce que en ce point commence le contour du prolongement plus foncé que le protoplasma environnant. Cette description des prolongements diffère un peu de celle faite par Betz, d'après lequel le prolongement basal provient du noyau (1).

J'ai observé que le protoplasma des cellules géantes contient toujours dans l'état normal des petits amas de pigment jaune brun. Après les grandes cellules pyramidales du lobe paracentral, les cellules solitaires de Meynert occupent, d'après moi, la seconde place par leur grandeur. Elles se trouvent dans les circonvolutions occipitales médianes au sommet du lobe occipital et auprès de la scissure d'Hippocampe. Les circonvolutions où elles se trouvent se distinguent des autres par une bande blanchâtre qui parcourt la substance grise des circonvolutions à peu près au milieu, et les divise en deux parties ; cette bande est connue sous le nom de lisière de Vicq d'Azyr. La forme des cellules et leur disposition sont tout-à-fait différentes dans ces circonvolutions ; tandis que, dans la plupart des circonvolutions du cerveau, les cellules sont disposées en cinq couches, dans celle-ci elles forment huit couches distinctes. D'après Meynert, cette multiplication des couches dépend uniquement de la multiplication de la quatrième couche qui, dans les circonvolutions avec lisière, est composée de deux couches de noyaux séparées par deux couches intermédiaires, pauvres en cellules.

Dans ces deux couches pauvres en cellules, se rencontrent, d'après Meynert, les plus grandes cellules des circonvolutions, ce sont des cellules solitaires. Cependant d'après mes observations, ces cellules sont moins grandes que les grandes pyramides des lobes paracentraux, elles ont une longueur qui ne dépasse pas 0,05, et une largeur qui ne dépasse pas 0,03, et la plupart de ces cellules sont beaucoup moins grandes. Les pyramides des autres circonvolutions des hémisphères ne dépassent pas la grandeur donnée par Kölliker et Meynert. En somme, les études des cellules ganglionnaires, dans l'état physiologique, nous ont permis de conclure que certains caractères, trouvés dans les cellules ganglionnaires et considérés par les auteurs comme pathologiques, ne sont pas suffisants pour établir une ligne de démarcation prononcée entre l'état physiologique des cellules et leurs altérations par le processus morbide.

Nous tâcherons de décrire les faits que nous avons remarqués, dans les cellules ganglionnaires de la substance grise des hémisphères, tels qu'ils se sont présentés dans nos recherches. Avant de commencer notre description, nous devons faire la remarque que nos observations nous ont prouvé que les changements trouvés par nous, dans la substance grise, portent dans toutes les circonvolutions le même caractère, et que, dans les lobes paracentraux, les éléments nerveux se distinguent par leur grandeur considérable, et par conséquent aussi, devient-il plus facile d'observer le processus pathologique dans ces régions que sur les cellules des autres circonvolutions ; c'est pourquoi nous avons pris les changements dans les grandes pyramides de ces lobes comme type de notre description du processus pathologique, observé dans les cellules ganglionnaires en général.

Un des principaux changements dans les cellules ganglionnaires que nous avons observés se trouve autour des vaisseaux, présentant une extravasion sous-adventitielle ; auprès de pareils vaisseaux, la quantité des éléments cellulaires du tissu interstitiel paraît toujours augmentée ; ces éléments entourent les cellules ganglionnaires avoisinantes et s'accolent quelquefois à leur surface. Les cellules entourées de noyaux sont aussi parfois comme emprisonnées dans un filet mince de fibrine, et forment de véritables vacuoles.

(1) Kölliker. *Manuel d'Histologie*, 2e édition française. p. 32.
Meynert. *Vierteljahreschrift für Psychiatrie*, Heft III, 1868.

(2) Betz. *Gehirncentra. Centralblatt für die medizinischen Wissenschaften*, 1874, nos 37. 38.

(3) Les cellules géantes, décrites par Betz dans les lobes paracentraux au mois d'août 1874, ont été observées par moi dans la même région dans les lobes pariétaux antérieurs médians et dans les lobes centraux médians. Déjà en 1873, je les ai montrées aux professeurs Bal[illegible], et à mes collègues de la clinique de Psychiâtrie à Saint-Pétersbourg. Au mois de juin 1874, je les ai montrées au professeur Meynert à Vienne, au professeur Guddon à Munich et au professeur Kuhne à Heidelberg. Au mois d'août 1874, en présentant avec M. Magnan au Congrès médical de Norwich une communication sur les lésions cérébrales de la paralysie générale, j'ai démontré aussi des préparations des cellules géantes dans l'état pathologique. (*British medical association, Forty second Meeting, Norwich, 1874, Daily journal*, N. 2. August 12.) Mais c'est à Betz qu'appartient le mérite d'avoir le premier décrit les cellules géantes et d'avoir déterminé avec précision leur topographie.

(1) D'après Betz, les cellules géantes des lobes paracentraux ont tous les attributs des cellules motrices. Mais si ces attributs morphologiques existent, ils s'expriment uniquement, je pense, par la grandeur des cellules, parce que les autres cellules pyramidales, d'un volume plus petit, ont les mêmes caractères morphologiques que les cellules géantes. Dans le cerveau du microcéphale Motey, que j'ai décrit dans la *Zeitschrift für Ethnologie* (1872), les lobes paracentraux existent, mais le lobe gauche est plus développé que le lobe droit. La surface des lobes paracentraux exprimée en millimètres carrés a donné d'après mes recherches sur plusieurs cerveaux d'hommes adultes le chiffre moyen de 340 mil. carrés ; dans le cerveau du microcéphale sus-mentionné, la surface des lobes paracentraux est égale à 70 mil. carrés. La surface des lobes paracentraux chez cet idiot se rapporte à la surface de ce lobe chez l'homme adulte comme 1 : 4, 8, tandis que la surface des lobes frontaux, pariétaux, occipitaux et temporaux chez cet idiot se rapporte à la même surface d'un homme adulte comme 1 : 3, 5. Par conséquent la surface des lobes paracentraux est beaucoup moins développée chez cet idiot comparativement à la surface générale des autres lobes des hémisphères, et l'arrêt de développement des lobes paracentraux est beaucoup plus prononcé chez cet individu que l'arrêt de développement des autres lobes des hémisphères.

Je suis loin de l'idée d'expliquer par l'arrêt de développement des lobes paracentraux chez cet individu (que Betz suppose être des centres moteurs) l'extrême apathie dans la sphère des mouvements volontaires dans laquelle cet être dégradé était plongé pendant toute la durée de sa triste existence.

Les cellules entourées par ces éléments avaient quelquefois leur volume sensiblement augmenté, de façon qu'une grande pyramide des lobes paracentraux atteignait 0,075 en longueur, et 0,042 en largeur. Une autre fois, au contraire, les cellules se présentaient comme ratatinées, ce qui dépend probablement des différentes phases du même processus. Le protoplasma des cellules paraissait trouble, moins transparent, et toute la cellule se colorait fortement par le carmin, ce qui était encore plus frappant, parce que les autres cellules qui se trouvaient au même niveau, mais non entourées d'éléments extravasés, se coloraient beaucoup plus faiblement par le carmin. Nous n'avons jamais remarqué dans ces cellules ni division, ni multiplication de noyaux. On peut considérer, comme phase plus avancée de ce processus, le fait que la cellule, entourée d'éléments extravasés, perd sa structure fibrillaire, se remplit de molécules brunes jaunâtres, le noyau de la cellule perd sa consistance et se désagrége ; la désagrégation commence par la partie centrale du noyau et s'étend ensuite à ses parties périphériques ; toute la cellule paraît remplie d'un pigment brun jaunâtre, qui ne se dissout pas dans l'éther. En perdant sa structure fibrillaire, en se remplissant de pigment, en ayant son noyau désagrégé, la cellule perd de plus en plus la faculté de se colorer sous l'influence du carmin, et à la fin elle le perd tout à fait.

Dans d'autres cas nous avons remarqué, près des vaisseaux et dans les parties du cerveau qui portaient les traces de l'extravasation, en dehors des parois des vaisseaux, des cellules ganglionnaires augmentées dans leur volume et remplies d'une substance granuleuse pâle, qui se dissolvait dans l'éther. Nous avons pu poursuivre les différents stades de la métamorphose régressive dans les cellules. Le processus régressif des cellules commençant par remplir d'abord le protoplasma de la substance finement granuleuse, en conservant encore le noyau, finissait par la transformation de toute la cellule, en un corps rempli de substance granuleuse, qui conservait les contours des cellules sans noyau. Les cellules dégénérées ainsi ne se teignaient pas du tout par le carmin. Les prolongements des cellules sont aussi soumis, pendant ce processus, à la destruction granuleuse, mais le prolongement cylindraxe se montre plus résistant que les autres et ne se détruit que plus tard.

Sur la coupe durcie et préparée d'après la méthode de Lockhart Clarke, nous avons réussi à trouver dans la substance blanche des lobes frontaux et occipitaux, des corps d'une forme ovale de 0,018 en largeur et 0,078 en longueur. Ces corps ne présentaient aucune structure cellulaire. Ils se composaient d'une masse uniforme légèrement ondulée, qui se teignait par le carmin et ne donnait pas de réaction amyloïde.

Les corps ovalaires en se prolongeant prenaient la forme d'un ruban, d'une largeur de 0,004 à 0,010 ; ce ruban présentait les mêmes qualités chimiques et optiques, que les corps ovalaires proprement dits et en s'élargissant variqueusement pendant son parcours a pu être suivi sur une étendue de 0,450 millimèt. Parfois nous avons trouvé des rubans sans corps ovalaires ou des corps ovalaires solitaires. Nous sommes loin de pouvoir donner des explications suffisantes, pour les faits que nous venons de signaler. Cependant je considère les corps rubannés comme des cylindraxes hypertrophiés, les corps ovalaires comme les mêmes cylindraxes qui, après avoir pris l'aspect moniliforme (boursouflement multiple), se rompent ensuite en morceaux ovales, que nous avons décrits.

C'est sur l'analogie qui existe entre les faits que j'ai signalés et les lésions trouvées dans la moelle épinière, que je base l'opinion ci-dessus mentionnée. M. Hayem a trouvé dans des cas de myélite aiguë centrale et diffuse (1), ainsi que dans la myélite produite expérimentalement chez les animaux, des cylindraxes hypertrophiés qui, par leurs formes histologiques, étaient tout à fait semblables à ceux que nous avons observés dans les cerveaux des paralytiques ; mais dans les cas de Hayem, les cylindraxes hypertrophiés ont pu être poursuivis dans la moelle épinière jusqu'à leur passage dans les racines.

(1) Note sur deux cas de myélite centrale et diffuse. *Archives de Physiologie normale et pathologique*, 187[illegible], page [illegible] ; n° 4 et 5.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hôpital Saint-Louis. — Conférences cliniques de M. Hardy.

M. le professeur Hardy a commencé vendredi 14 mai, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis, les conférences cliniques qu'il fait chaque année à pareille époque. De nombreux auditeurs ont répondu à l'appel du maître ; ce qui s'explique par la clarté, l'excellence de la méthode d'exposition du professeur et aussi par l'utilité, la nécessité de cet enseignement spécial.

Dans cette première leçon, M. Hardy a décrit les *lésions élémentaires* classiques dont la recherche est capitale pour le diagnostic des maladies de la peau ; puis, il a parlé des lésions secondaires : les croûtes, squames, ulcérations, cicatrices, qui par les modifications de couleur, d'épaisseur, de consistance, de siége, les circonstances de leur mode d'apparition, leurs récidives et leur âge jouent un si grand rôle dans la solution des problèmes de dermatologie.

De nombreux malades, choisis avec soin, présentant à l'état de simplicité les lésions décrites, ont été amenés successivement devant les yeux des auditeurs. De plus, les pièces du remarquable Musée pathologique de Saint-Louis ont permis de montrer les cas types qui pouvaient manquer momentanément dans le service.

Les étudiants feront bien en outre, comme on le leur a si justement conseillé, de suivre les visites de Saint-Louis ; le livre et les cliniques elles-mêmes sont ici des moyens d'étude insuffisants, car c'est par l'examen attentif et souvent répété des variétés d'une même affection qu'on parvient à poser un diagnostic précis. Les moulages de M. Baretta qui reproduisent si fidèlement la nature permettent d'ailleurs aux débutants de comparer ce qu'ils voient sur un malade, avec les lésions plus ou moins semblables dont le diagnostic, écrit près de chaque pièce, a été fait par les maîtres.

Le mode d'enseignement de M. Hardy permet une exposition rapide et grave davantage chez tous les notions indispensables à quiconque veut s'occuper des maladies de la peau. Il permet de montrer les modifications d'aspect des diverses lésions et surtout il apprend à voir utilement, à reconnaître sur le sujet ce qu'une description quelque bien faite qu'elle soit représenterait difficilement à l'esprit.

Ces études préliminaires terminées, le professeur ne traitera pas spécialement d'une maladie, il se laissera guider par les hasards de la clinique, prenant prétexte des cas les plus intéressants, les plus typiques, pour exposer ses idées et ses principes au point de vue dogmatique et thérapeutique. Si quelque chose peut faire oublier à M. Hardy la fatigue d'un cours complémentaire, ajoutée à tant d'autres fatigues, ce sera, nous en sommes persuadé, l'empressement sympathique avec lequel les étudiants sont venus vendredi applaudir son enseignement et profiter de sa grande expérience clinique.

E. O.

Réserves de l'armée active et armée territoriale. — Médecins et pharmaciens.

Aux termes de l'art. 39 de la loi du 13 mars 1875, les jeunes gens appartenant à la disponibilité ou à la réserve de l'armée active et exerçant des professions médicales ou pharmaceutiques peuvent être nommés *officiers de réserve*, à la condition d'être pourvus du titre de docteur en médecine ou de pharmacien de

1re classe. Ils recevront des commissions qui les affecteront à un service de leur spécialité. Ceux qui appartiennent à l'armée territoriale peuvent, sous les mêmes conditions, obtenir, dans cette armée, des avantages équivalents.

Les personnes comprises dans les catégories ci-dessus qui ne se seraient pas encore mises en instance, doivent, pour être admises, lorsqu'il y aura lieu, au bénéfice des dispositions légales, adresser immédiatement leur demande, soit au Ministre de la Guerre, soit au général commandant la région territoriale à laquelle ils appartiennent.

Faute de s'être mis en règle avant le 15 mai prochain, époque à laquelle les commissions d'examen des candidatures auront terminé leur travail, les intéressés ne pourront concourir à la formation des cadres auxiliaires et ils s'exposeraient à être maintenus définitivement dans le rang, l'administration de la guerre étant fermement décidée à ne plus tolérer à l'avenir dans les hôpitaux ou ambulances la présence de médecins ou pharmaciens civils qui, après avoir été reconnus bons pour le service, chercheraient à se soustraire aux obligations imposées par la loi du recrutement.

Si nous reproduisons cet avis, dont la publication officielle a été faite trop tard pour que nous ayons pu l'insérer en temps opportun, c'est afin d'attirer l'attention du ministre de la guerre et de l'administration de l'assistance publique sur la situation qui peut être faite aux médecins, internes ou externes des hôpitaux qui, par leur âge, appartiennent à l'armée active ou à l'armée territoriale.

Afin de ne pas se trouver, à un moment donné, en face de difficultés de tout genre, de mesures qui pourraient aboutir à une désorganisation complète des services hospitaliers, ne serait-il pas utile de préciser exactement la situation qui sera faite au personnel médical et pharmaceutique des hôpitaux? Il va de soi que cette remarque s'applique aux médecins, aux internes, etc., des hôpitaux de province.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

M. CHATIN présente une nouvelle espèce de sclérotome. En faisant l'autopsie d'un pélicau mort au muséum d'histoire naturelle, M. Chatin trouva dans le tissu cellulaire de la région thoracique quelques petits kystes dans chacun desquels se trouvait uu helmiuthe se rapprochant des sclérotomes. En effet, ce parasite possédait comme ces derniers un œsophage claviforme, la vulve située vers l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs et d'autres caractères encore, mais il en différait par la présence de trois paires de glandes salivaires autour de la bouche. Cette dernière disposition doit, dit M. Chatin, le faire classer dans une espèce à part.

M. LEVEN a recherché comment se faisait la sécrétion du suc gastrique dans l'inanition, la fièvre, le catarrhe de l'estomac. Il est arrivé à des résultats contraires à ceux de Schiff et de Corvisart. Suivant Schiff, après un repas copieux, le suc gastrique ne tarde pas à s'épuiser, et pour que l'estomac en sécrète une nouvelle quantité, il faut que l'on ingère de nouveaux aliments, qu'il appelle peptogènes, sur lesquels il fonde le traitement d'un certain nombre de dyspepsies.

Or, M. Leven a constaté que la présence des alimeuts n'est pas indispensable à la sécrétion du suc gastrique. C'est en soumettant des animaux à une inanition prolongée qu'il s'est convaincu de ce fait. Dans l'état de fièvre, la sécrétion persiste et les troubles digestifs ne doivent pas être attribués à un défaut de suc gastrique, mais bien à l'insuffisance des contractions de l'estomac dont les fibres musculaires sont altérées.

La conclusion de M. Leven est la suivante : Le suc gastrique est sécrété d'une façon parmanente. Cette sécrétion est augmentée par la présence des aliments, mais, ni l'inanition, ni la fièvre ne l'arrêtent; ces états morbides ne font que la diminuer ou la ralentir.

M. DE SYNETY communique le résultat de ses recherches sur l'épithélium de la muqueuse utérine. Il a constaté que cet épithélium est variable non-seulement suivant les régions de la muqueuse, mais aussi suivant l'âge. Ainsi, chez un enfant nouveau-né, la portion vaginale du col est recouverte d'épithélium pavimenteux. Cet épithélium devient caliciforme dans la cavité du col et cylindrique dans la cavité du corps de l'utérus.

Chez un enfant de 8 ans, l'épithélium est le même que ci-dessus dans la partie vaginale du col et dans la cavité utérine mais, dans la portion intra-cervicale, les cellules sont cylindriques simples et ne sont caliciformes que dans les glandes muqueuses. C'est un fait qui a d'ailleurs été indiqué pour la première fois par le Dr J. Renaut. Chez la femme adulte, l'épithélium cylindrique se revêt de cils vibratiles.

M. CORNIL présente des coupes d'un *Epithéliome pavimenteux perlé.* Cette tumeur siégeait au cuir chevelu et a récidivé contrairement à ce que l'on a observé jusqu'à présent.

Cette variété d'épithéliome diffère de l'épithéliome pavimenteux avec globes épidermiques. On y trouve de petis grains semblables à des perles, s'énucléant facilement. Ces petites perles sont entourées de cellules pavimenteuses. Ces cellules sont cornées, irrégulières, à un ou plusieurs noyaux. Quelques-unes sont rameuses. Autour des noyaux, on voit des stries parallèles et conceutriques dont quelques-unes se prolongent daus le protoplasma de la cellule. D'autres éléments ont un contenu parfaitement homogène, colloïde, transparent. Certains éléments présentent uu noyau central placé au centre d'une véritable loge creusée dans le protoplasma de la cellule deveuu très-dense.

M. BLOCH complète la communication qu'il a faite dans la deruière séance sur la vitesse du courant nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mai. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. FAUVEL n'assistait pas à la dernière séance et n'a pu répondre à M. Bonnafont. Ce dernier a dit que le premier, en 1873, il avait écrit qu'il fallait aller combattre le choléra à sou lieu d'origine. Cette idée, peu accueillie d'abord, a été souvent reprise depuis et jamais personue, pas même la Commission de Constantinople n'a cité sou auteur. M. Fauvel trouve que M. Bonnafont réclame une priorité qui ne lui appartient pas, c'est Roche qui, le premier, a dit qu'il fallait aller combattre le choléra sur les bords du Gange; mais outre qu'une pareille entreprise serait difficile sinon irréalisable, la Commissiou de Constantinople ne pouvait s'occuper de tous les mémoires plus ou moins fantaisistes qui lui étaient adressés.

M. BOUILLAUD reconnaît les services sanitaires rendus par M. Fauvel, mais il trouve qu'il a une trop grande tendance à rabaisser les travaux de tous et à dire : *Le choléra c'est moi.*

M. FAUVEL n'accepte pas le reproche de M. Bouillaud. De tous ceux qui ont écrit sur le choléra il est le seul qui n'ait rien revendiqué, tous ses travaux n'ont eu qu'un seul but : la scieuce et la vérité.

M. BOUILLAUD n'a pas voulu blesser M. Fauvel. Il a seulement voulu dire qu'il montrait trop de susceptibilité envers ceux qui émettaient des idées différentes des siennes.

M. BOULEY dépose sur le bureau le résultat de dix nouvelles expériences faites sur des chats et des chiens par M. Viseur, vétérinaire à Arras, pour démontrer la *Transmission de la tuberculose par les voies digestives.*

M. DAVAINE, au nom d'une commission, dont il fait partie avec MM. Bouley et Laboulbène, lit un rapport sur le mémoire de M. Raimbert intitulé : *Traitement des affections charbonneuses par les injections hypodermiques de liquides antiseptiques.* L'auteur ayant remarqué que la virulence du sang, dans le charbon, était due à la présence de bactéries, pensa qu'on pourrait guérir le mal en injectant un liquide antiseptique (iodé ou phéuiqué capable de les détruire. Il rapporte quatre observations de pustules malignes qui furent cautérisées par les procédés ordinaires. Malgré cela, le mal allait toujours en progressant; les injections antiseptiques furent alors pratiquées et bientôt suivies d'un mieux accentué, puis de guérison.

M. COLIN ne croit pas que l'injection de liquides antiseptiques détruise le virus charbonneux ; les nombreuses expériences qu'il a faites lui prouvent le contraire.

M. BOULEY fait observer que M. Colin inocule d'abord une

goutte de sang charbonneux directement dans une veine, puis une faible proportion de liquide antivirulent dans le tissu cellulaire. Peut-être qu'en faisant plusieurs injections, on détruirait les bactéries.

M. Raynal fait observer que le diagnostic du charbon est très-difficile. Il y a déjà longtemps qu'il avait essayé de combattre le mal en donnant à l'animal de l'huile phosphorée.

M. Davaine fait observer que M. Raimbert ne fait les injections antivirulentes que lorsque le charbon est localisé. Les conclusions du rapport sont adoptées et des remerciments seront adressés à M. Raimbert.

M. Giraud-Teulon présente une malade à laquelle M. Sichel a refait, par des *greffes dermiques*, les paupières de l'œil gauche détruites par une brûlure. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 *février*. — Présidence de M. Charcot.

15. Tuberculose généralisée ; ulcération du pharynx ; péricardite tuberculeuse : par M. Liouville, directeur du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Ces pièces ont été recueillies sur un homme de 53 ans, mort de tuberculose généralisée. Sur la face antérieure du pharynx, derrière le larynx, se trouve une ulcération très-profonde ayant déterminé l'ossification et la nécrose du cartilage cricoïde, et dans le point correspondant de la face postérieure du pharynx se trouve une autre ulcération absolument semblable; le malade avait une dysphagie très-marquée, et l'ingestion des liquides excitants, comme le vin, déterminait des douleurs très-vives. Ces ulcérations semblent bien être de nature tuberculeuse, et l'un des points les plus intéressants de ce fait, est le siége des ulcérations, situées dans un point du pharynx où l'on n'en voit pas d'habitude, et sans que le larynx fût intéressé, si ce n'est par propagation et de debors en dedans.

Il existait en outre une adhérence des deux feuillets du péricarde ; en décollant ces deux feuillets, on aperçoit des traînées de granulations tuberculeuses.

16. Phthisie aiguë, lymphangite pulmonaire : double lésion aortique, mort subite; par M. Darolles, interne des hôpitaux.

Le nommé Fibault, âgé de 50 ans, est entré le 10 janvier 1875, à l'hôpital Temporaire, dans le service de M. Damaschino, salle Sainte-Anne, n° 12.

Cet homme, en proie depuis déjà longtemps à une profonde misère, se nourrissait mal, et était obligé de se retirer pendant la nuit dans des abris insuffisants. Malgré ces déplorables conditions hygiéniques, il n'accuse dans son passé aucune maladie sérieuse : il n'a eu ni syphilis, ni rhumatisme, ni fièvre éruptive ; il nie personnellement toute habitude alcoolique, dont du reste il ne porte pas de traces.

Depuis trois ans cependant son état de santé s'est subitement modifié : il est, dit-il, depuis cette époque exposé à des étouffements fréquents, surtout pendant la nuit, à des douleurs précordiales assez vives, de courte durée, et affectant une direction transversale. De plus, depuis quelque temps il est sujet à une toux sèche, fréquente, et à des palpitations accompagnées d'anxiété respiratoire, qui se renouvellent à chaque effort un peu considérable. Jamais il n'a eu d'œdème des malléoles.

Le 8 *janvier*, après s'être quelque temps exposé au froid, il fut subitement pris d'une gène respiratoire intense avec teinte cyanique de la face ; cette dyspnée dura une heure environ et céda à une abondante application de sinapismes. Depuis ce jour son état de santé a été sans cesse en déclinant : la respiration est pénible, la toux fréquente, et les douleurs précordiales apparaissent à des intervalles très-rapprochés ; pas de fièvre, pas de vomissements, pas de crachement de sang.

Le 12 *janvier*, amaigrissement notable, facies pâle, battements exagérés des artères du cou, pas de fièvre ; pas d'œdème. — *Appareil respiratoire.* La respiration est libre, (26 inspirations par minute) ; quelques crachats spumeux et filants dans le crachoir. Submatité dans les 2 tiers inférieurs du poumon droit en arrière; sonorité normale au sommet droit et dans toute l'étendue du poumon gauche. Râles crépitants, par bouffées, mêlés de quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit et la région axillaire du même côté ; quelques râles sous-crépitants fins à la base gauche.

Les battements du *cœur* sont un peu exagérés. La matité précordiale est augmentée, la pointe bat dans le 6e espace intercostal. A la pointe on entend un double souffle, qui va en augmentant d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la base. A ce niveau, le premier souffle présente un caractère de rudesse très-accentué; quant au 2e, il est doux et aspiratif. Ce double bruit de souffle se propage dans les vaisseaux du cou. — Léger frémissement cataire des artères sous-clavières et des artères crurales ; à l'aide d'une pression modérée, on perçoit facilement le double souffle intermittent crural.

Le pouls est régulier, légèrement bondissant, mais manifestement dépressible lorsqu'on élève le bras. 72 pulsations à la minute.

L'appétit est modéré ; pas de diarrhée.

Le bord inférieur du foie déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. — La rate n'est point augmentée de volume. — Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Traitement : 30 ventouses sèches matin et soir.

13 *janvier*. Même état; continuation du traitement.

14 *janvier*. Les râles sont plus abondants, ils occupent tout le poumon droit et la plus grande partie du poumon gauche. Malgré cette extension des signes physiques, le malade n'accuse pas une grande anxiété respiratoire. Le crachoir est à moitié rempli d'un liquide filant, analogue à du blanc d'œuf, tenant en suspension deux ou trois crachats jaunâtres.

Le malade meurt subitement le 14 *janvier*, à 10 heures du soir.

Autopsie, le 16 *janvier*. — *Thorax.* Les deux cavités pleurales contiennent chacune un litre environ d'un liquide citrin. Le poumon droit adhère à la paroi par des adhérences déjà anciennes, mais faciles à rompre. La surface des deux poumons est parsemée de granulations grises demi-transparentes, de la grosseur d'un grain de millet, faisant saillie sous la plèvre viscérale. Ces granulations éparses dans les lobes supérieurs, sont surtout très-abondantes dans les lobes inférieurs. Dans les deux lobes inférieurs, on voit se dessiner un réseau lymphatique circonscrivant des mailles assez étroites. Ces réseaux de couleur blanchâtre, situés immédiatement sous la plèvre, aboutissent au hile du poumon, dont les ganglions sont fortement engorgés. Au sommet du poumon droit, existent trois petits noyaux tuberculeux, de la grosseur d'un grain de chènevis, ayant subi la transformation calcaire. Le parenchyme pulmonaire est vivement injecté et infiltré d'un nombre considérable de granulations.

Cœur. Deux cuillerées de liquide citrin dans la cavité péricardique. Le cœur est augmenté de volume. Si on vient à vérifier l'état de l'orifice aortique, on constate que les valvules sont insuffisantes; car de l'eau versée dans l'aorte s'écoule immédiatement par la pointe du cœur, préalablement sectionnée. En introduisant le doigt dans l'aorte, on constate l'existence d'un rétrécissement annulaire, s'étendant sur une étendue de 7 à 8 millimètres en hauteur et permettant à peine l'introduction de l'index. Ce rétrécissement siége dans l'aorte elle-même, immédiatement au-dessus de l'ouverture des artères coronaires. Il occupe presque toute la circonférence de l'aorte et n'est interrompu que dans une étendue de 2 à 3 millimètres sur la face postérieure de l'aorte. Il est formé par d'abondantes productions calcaires faisant saillie dans l'intérieur du vaisseau. Les valvules aortiques sont un peu épaissies mais souples. L'orifice aortique est dilaté. Les valvules mitrale et tricuspide ainsi que les orifices fibreux correspondants sont intacts. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées (18 millimètres d'épaisseur). Le muscle cardiaque est d'une couleur feuille-morte ; les artères coronaires sont athéromateuses.

L'*aorte* est parsemée de nombreuses plaques athéromateuses. Dans la portion abdominale, 2 abcès athéromateux dont la cavité est tapissée par de la fibrine coagulée. La crosse de l'aorte, surtout dans sa portion ascendante, est dilatée ; la tunique externe est rouge et boursouflée.

Cavité abdominale. Pas d'épanchement; quelques granu-

lations grises éparses sur le mésentère et le péritoine viscéral.

Le *foie* a son volume normal ; au-dessous de la capsule de Glisson, on voit quelques granulations grises demi-transparentes, qui à la coupe plongent manifestement dans le parenchyme. On en trouve encore dans l'épaisseur du foie, où elles ont une teinte grisâtre, et occupent le tissu cellulaire interlobulaire.

La *rate*, de volume normal, présente des granulations grises à sa surface.

Les *reins* ne sont pas augmentés de volume. Sur leur surface externe on remarque, dans les deux reins, de petites plaques jaunâtres qui correspondent à des infarctus dont le sommet s'enfonce vers le hile du rein. De ces infarctus, les uns sont récents et ont une coloration noirâtre, les autres anciens sont constitués par une bouillie jaunâtre.

Cerveau. Pas d'épanchement, congestion des méninges; quelques granulations dans la scissure de Sylvius.

M. Charcot. L'intérêt de cette communication est surtout dans la coïncidence des lésions tuberculeuses avec une affection cardiaque. Rokitanski et Engel avaient considéré ces faits de coïncidence comme extrêmement rares, mais ils le sont beaucoup moins que ne l'avaient cru ces observateurs, et qu'on l'a pendant longtemps enseigné.

20. Des lésions cérébrales dans la paralysie générale ; par le docteur J. Mierzejewski, médecin à la clinique psychiatrique de Saint-Pétersbourg. (Voir page 284).

M. Charcot. Les cellules géantes décrites par M. Mierzejewski dans le lobe paracentral ont une certaine analogie avec les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle ; il est assez intéressant que le point du cerveau où ces grandes cellules existent surtout, corresponde aux parties qui sont indiquées par Hitzig et Ferrier comme étant le siége des mouvements volontaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mai. — Présidence de M. Le Fort.

M. Verneuil, à propos du procès-verbal, présente le moule du pied de l'homme à la luxation sous-astragalienne amené à la dernière séance par M. Martinet. Depuis un an, il était impossible à ce malade, non-seulement de marcher, mais encore de tenir son pied dans la position déclive. Il en était réduit à se servir d'un pilon quand il voulait se mettre en marche. M. Verneuil mit cette grande douleur sur le compte d'une *névrite* du nerf tibial postérieur, tiraillé par l'astragale luxé et le malheureux réclamant à tout prix une opération, l'ablation de cet os fut décidée. L'astragale était adhérent à la malléole interne qui fut réséquée; malgré cela la réduction ne pouvait se faire, elle était empêchée par une synostose tibio-péronière qu'il fallut détruire. Les douleurs disparurent à la suite de l'opération; elles reparurent moins violentes quelques jours après et cédèrent facilement à quelques doses d'hyosciamine. Ce qui confirme M. Verneuil dans l'idée que l'impossibilité de la marche était bien due à une névrite, c'est qu'à ce moment même entra dans son service un homme portant aussi une luxation sous-astragalienne, mais en dehors cette fois. Malgré la déformation considérable du pied, le malade pouvait marcher et ne souffrait pas ; c'est que, dans ce cas, il n'y avait pas de nerf tiraillé.

M. Giraldès est allé au musée Dupuytren examiner avec M. Houel le *spina bifida* déposé par Lenoir dont il a été question dans la dernière séance. Il ne siége point a la région cervicale, mais bien au niveau de la sixième vertèbre dorsale. Il maintient donc son premier dire, à savoir qu'il n'y a point de nerfs dans les spina bifida cervicaux. — Suit une discussion assez vive entre MM. Giraldès et Blot à ce sujet.

M. Perrin lit un rapport sur un travail présenté par M. Taschard intitulé: *Application du siphon à la thérapeutique chirurgicale* (1). Voici les avantages de cet appareil ; le maniement en est commode, l'entretien facile, il est moins cher que les autres instruments aspirateurs. Son débit est moindre, il est vrai, que celui de ces derniers, mais ce n'est pas toujours un inconvénient. Sans répondre peut-être à toutes les indications signalées par l'inventeur, ce siphon rendra des services quand il s'agira d'une collection purulente à vider sans le contact de l'air.

M. Verneuil termine la lecture de la troisième partie de son étude sur la *Forcipressure*. Voici les conclusions de l'auteur de ce remarquable travail : 1° L'application de la forcipressure aux gros vaisseaux date de 1790; elle est toute française. Desault en fut le promoteur. 2° Les études de Percy, Duret, etc. en France, celles d'Asalini, etc., en Italie, continuèrent à la propager ; mais après eux elle tomba en désuétude pour ne reparaître que il y a une dizaine d'années. 3° La forcipressure est préférable à l'aplatissement des artères. 4° Elle a donné les meilleurs résultats : sur 36 cas il n'y a eu qu'un seul véritable insuccès opératoire. 5° Elle est surtout indiquée dans le cas d'anévrysme et d'hémorrhagie consécutive. 6° Elle est plus efficace que la ligature. 7° On s'est trop exagéré la gène qu'elle peut apporter à la cicatrisation des plaies, ainsi que la douleur provoquée par son application. 8° Deux instruments servent à la produire : la pince à mors lisses produit seulement l'aplatissement de l'artère sans déchirure de ses tuniques ; la pince à mors dentés qui brise la tunique interne et moyenne, cette dernière est à préférer. 9° La forcipressure est appelée à ne plus sortir de la pratique chirurgicale.

M. Giraud-Teulon présente au nom de M. Sichel une malade chez laquelle une blépharoplastie a été pratiquée avec des lambeaux épidermiques pris sur le bras. I. B.

(1) V. le *Progrès méd.* du 30 janvier 1875.

VARIA

Éloge de M. Cruveilhier, prononcé par M. Béclard, secrétaire perpétuel. (Voir les n°s 19 et 20).

L'Académie n'a pas perdu le souvenir des longs débats auxquels a donné lieu, dans cette enceinte, la fièvre puerpérale. « Qu'il me soit permis, disait alors M. Cruveilhier, d'émettre un vœu qui, j'en suis certain, trouvera de l'écho dans le corps médical tout entier. Je le dis avec une profonde conviction, il n'y a qu'un seul parti à prendre pour prévenir le retour de ces épidémies meurtrières, c'est la suppression des grands services d'accouchement, c'est leur remplacement par des secours à domicile auxquels on pourrait joindre un certain nombre de petits hôpitaux, situés hors Paris, pouvant admettre douze, quinze ou vingt femmes en couches et dans lesquels chaque accouchée aurait une chambre particulière. » L'appel de M. Cruveilhier a été entendu. L'urgence d'une réforme n'est plus contestée par personne, et si elle n'est pas encore ce qu'elle devrait être, elle a du moins commencé.

L'année même où M. Cruveilhier inaugurait l'enseignement de l'anatomie pathologique, il portait la parole dans la séance de rentrée de la Faculté. *Les devoirs et la moralité du médecin*, tel est le sujet qu'il avait choisi.

Devant une impatiente jeunesse trop souvent emportée par les ardeurs de son âge, mais toujours altérée de justice, qui pouvait mieux que cet homme de bien remonter aux sources même des passions généreuses pour en faire jaillir l'idée du devoir? Le devoir, cette règle immuable et éternelle, écrite au fond des consciences en caractères ineffaçables, cette loi sociale, la plus universelle et la plus nécessaire, qui ne contraint personne et qui pourtant oblige, et dont l'estime des autres et de soi-même est la seule en même temps que la plus douce et la plus enviée des récompenses. Expression la plus élevée de la dignité de l'homme, fondement de la famille, sauvegarde des droits de chacun, contrat tacite de la communauté civile, la loi morale du devoir impose au médecin des obligations plus étroites encore. Pour n'être pas indigne de sa redoutable mission, pour exercer sans remords son pouvoir sans contrôle, savoir est le premier devoir du médecin, et comme la science ne s'acquiert que par l'effort persévérant, tout ce qu'il peut, il le doit.

Dans sa vie d'abnégation et de sacrifices il ne mesure ni son temps ni son sommeil. Il ne compte ni avec la fatigue ni avec l'ingratitude Soldat du devoir, toujours prêt au premier

appel, il se donne aux déshérités de ce monde aussi bien qu'aux heureux du jour. Dans les tristes réduits ou l'inquiétude du lendemain torture le corps tout autant que le mal, le médecin apparait comme une providence. Avec lui, le rayon d'espérance pénètre dans ces sombres demeures, la vie renait dans ces cœurs désolés, et lui-même en sort meilleur. Un regard, une larme, la muette pression d'une vaillante main durcie par le travail, et il se trouve largement récompensé.

Viennent les jours néfastes où l'épidémie tient la cité courbée sous le joug de sa mystérieuse puissance, c'est alors que le médecin grandit et s'élève. Intrépide au milieu du danger, sans autre mobile que son obscur dévouement, il brave la mort simplement et sans témoins. Quand l'ennemi se dérobe, plus ardent à l'atteindre que d'autres à le fuir, il le cherche, il le poursuit jusqu'aux rives lointaines.

Noble et consolant spectacle où l'âme humaine se révèle dans toute sa grandeur. Après cela, qui donc oserait dire que l'exercice de notre art endurcit le cœur ? Si devant les expressions de la douleur, le médecin impose silence à la pitié, lui reprochera-t-on de ne pas s'abandonner au trouble des sens? mais sous ce calme apparent se cache l'effort viril, et cette victoire d'un moment est chèrement achetée.

Au confident de toutes les misères et de toutes les fragilités, la nature humaine se montre sans voiles. « Votre bouche ne révèlera jamais ce que vos yeux auront vu, ce que vos oreilles auront entendu, » disait, il y a plus de deux mille ans, le divin vieillard. Quatre siècles auparavant, dans l'ancienne Argolide, sur le fronton du temple élevé par Trasymède au dieu de la médecine, on pouvait lire ces mots : « L'entrée de ces lieux n'est permise qu'aux âmes pures, » et la statue d'ivoire muette pour le vulgaire, pour elles seules réservait ses oracles. Aussi loin qu'on remonte dans l'histoire de notre art cette pieuse tradition se retrouve. La conscience du médecin est le seuil inviolable que personne n'a le droit de franchir. Le secret professionnel apparait comme une religion. En quelque situation que le place les hasards de la fortune, quelqu'incertaines que paraissent les circonstances, le devoir du médecin ne cesse pas d'être le même, il n'admet ni prétextes ni compromis d'aucune sorte; le devoir est toujours le devoir. Mais ce n'est pas ici qu'il pourrait être utile de défendre une aussi juste cause : ce n'est pas nous qui laisserons jamais s'affaiblir dans nos cœurs ce qu'il y a de plus pur et de plus vivace dans notre caractère national : le sentiment de l'honneur.

Cette noble thèse du devoir M. Cruveilhier l'avait développée avec l'éloquente simplicité qui lui était naturelle. Pour tracer le modèle accompli du médecin, il lui avait suffi de se peindre lui-même. L'accent ému de l'orateur, le mélange de douceur et d'énergique droiture qui éclairait son visage remuèrent profondément l'auditoire. Le souvenir de cette belle oraison est resté profondément gravé dans la mémoire de ceux qui l'ont entendue.

Le labeur quotidien de M. Cruveilhier était énorme; lorsqu'il se rendait le matin à l'hôpital, il avait déjà donné de longues heures au travail. Aux premières lueurs du jour en été, en hiver à la clarté de la lampe, les seuls instants où il pouvait espérer d'être seul, il préparait ses leçons, rédigeait ses ouvrages et dirigeait l'éducation de son fils. Les exigences d'une clientèle démesurément étendue par sa bienfaisance absorbaient sa journée entière et lui laissaient à peine le temps de prendre ses repas.

Envers les malades peu favorisés de la fortune, il savait recouvrir son désintéressement des formes les plus délicates. En voici un exemple entre beaucoup d'autres. M. Cruveilhier donnait des soins à la femme d'un modeste employé. Deux fois par jour, depuis plus d'un mois, il montait ses cinq étages. Il la visitait pour la dernière fois et il allait se retirer, lorsque avisant un petit tapis sans valeur : Quel joli tapis, quel merveilleux tapis algérien, s'écrie-t-il. — Mon Dieu, docteur, s'il pouvait vous être agréable !... — S'il me serait agréable!... Tenez, faisons une affaire... Vous me devez deux cents francs, votre tapis en vaut au moins trois cents... Voici cinq uis, je l'emporte.

Clinicien habile autant que savant anatomiste, doué de ce rare bon sens moins commun qu'on ne pense et la première qualité du praticien, sa réputation avait rapidement grandi. Il était de plus en plus recherché. Vers 1835 il fut appelé par M. de Talleyrand. Pendant les trois années qui précédèrent la mort du célèbre diplomate, il le visitait à peu près chaque jour, et recueillit de la bouche de cet inimitable conteur des détails pleins d'intérêt sur les grands événements auxquels il avait été mêlé. Raffiné, toujours maître de lui, le prince de Bénévent contrastait avec le maître impétueux dont il avait servi la fortune. C'est en parlant de l'empereur qu'il disait : « Il a été compromis le jour où il a pu faire un quart d'heure plus tôt ce que j'obtenais qu'il fît un quart d'heure plus tard. » En 1807 le soldat couronné et le courtisan s'étaient séparés sans pourtant se brouiller encore. Deux années plus tard la guerre d'Espagne consomma la rupture. Dominé par la pensée de placer sur tous les trônes de l'Europe des Bonaparte à la place des Bourbons, Napoléon suivait d'un œil attentif la lutte engagée en Espagne. Entre Charles IV, le père imbécile dominé par le favori de la reine, et Ferdinand VII, le fils ambitieux et sans scrupules, il s'était posé en médiateur armé, promettant à l'un et à l'autre une couronne dont il avait déjà disposé.

M. de Talleyrand était à Valençay, magnifique terre qu'il tenait de la munificence impériale, lorsque l'empereur, qui se rendait à Bayonne pour se rapprocher du théâtre des événements, vint faire visite, en passant, à son ancien ministre. Suivant son habitude, l'empereur parla longtemps. M. de Talleyrand restait impénétrable, lorsque, rompant tout à coup le silence : « Les hommes font parfois des folies, dit-il d'un ton sentencieux, et on les leur pardonne, mais la conscience humaine ne pardonne pas à ceux qui trichent au jeu. » Cette véhémente apostrophe dont les historiens ne font pas mention, M. de Talleyrand l'a-t-il réellement prononcée ? S'est-il exprimé avec cette rude franchise ? Ce qui est certain, c'est que l'empereur, de retour à Paris, lui retira ses titres et dignités. Le serviteur dévoué des premiers jours passa à l'écart les dernières années de l'empire pour reparaître sur la scène au dénouement du drame impérial.

Bien que M. Cruveilhier fût déjà parvenu à un âge assez avancé, il ne paraissait pas être encore arrivé au terme de sa carrière. La régularité de ses habitudes, semblait lui promettre sinon de longs jours, du moins quelques années de repos et de recueillement. Son cher Limousin qu'il aimait avec passion, il espérait bien y revenir sur le tard de la vie. Il eut offert à ses compatriotes, qui l'avaient connu jeune et plein de promesses, le spectacle d'une vieillesse environnée d'estime et couronnée de gloire. Ce bonheur, il ne devait pas le goûter. Il revit bien sa terre natale, mais ce ne fut que pour y mourir après quatre années plus douloureuses encore pour les siens que pour lui-même. L'excessif travail dont il avait longtemps porté le poids sans faiblir, l'avait à la fin accablé, et les ressorts de cette belle intelligence s'étaient brisés peu à peu. Paris allait être investi : c'est à grand peine, après plusieurs tentatives infructueuses, que son fils put enfin le conduire à Sussac, près de Limoges, dans la propriété qu'il avait acquise et qu'il s'était plu à embellir.

Rien ne paraissait changé en lui. Son visage légèrement amaigri était comme autrefois souriant et gracieux. Il avait conservé toutes ses forces et il se plaisait aux longues promenades, lorsqu'au retour d'une excursion dans la montagne, après une belle journée de printemps, il fut pris dans la nuit d'une violente douleur au côté droit. Une fièvre intense se déclara ; le delire le saisit. Le vendredi 10 mars 1874, il succombait, après quelques jours de maladie, à l'âge de 83 ans.

Ainsi s'éteignit cet homme de bien, laissant à ses enfants, après une vie pure et sans tache, l'héritage de vertus qu'il tenait de sa mère. On ne pouvait le connaître sans éprouver pour lui une affection mélangée de respect. Inébranlable dans sa foi, d'une piété profonde mais discrète et sans apparat, sévère pour lui-même, indulgent pour les autres, il vécut dans les liens d'une étroite amitié avec les hommes des opinions les plus contraires à la sienne. Les paroles prononcées par M. de Mirbel sur la tombe du grand botaniste Laurent de Jussieu et

qu'il citait un jour dans une solennité semblable à celle qui nousréunit aujourd'hui, semblent avoir été écrites pour lui-même. « Si la paix de l'âme, des vœux modestes, un doux intérieur, la considération publique peuvent donner le bonheur ici-bas, nul ne fut plus heureux. Chargé d'années, il s'est endormi plein d'espoir, tournant les yeux vers le ciel et laissant sur la terre un fils digne de lui. »

Le but que M. Cruveilhier s'était proposé dans la science, il l'a poursuivi, sans s'arrêter un instant, pendant toute la durée de sa longue carrière. « Les systèmes passent, les faits demeurent, » telle était sa maxime favorite: il y est toujours resté fidèle. Le beau livre dont la médecine française a le droit d'être fière, il a consacré sa vie à en choisir les matériaux avec le soin le plus scrupuleux et le discernement le plus éclairé. L'un des premiers il a transporté dans le domaine de la pathologie les méthodes de la physiologie expérimentale et ouvert à la médecine une voie féconde en découvertes. L'équitable postérité inscrira le nom de M. Cruveilhier au nombre des hommes qui ont bien mérité du pays.

La gloire des armes s'élève sur des ruines; il lui faut le baptême des larmes ; elle n'est que le triomphe de la force et passe d'un drapeau à un autre drapeau. Les victoires de la science n'ont rien à redouter des retours de la fortune; profitables aux vaincus tout autant qu'aux vainqueurs, leurs œuvres bienfaisantes sont la plus solide gloire.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation
(Section de médecine.)

IX. Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux, par le docteur G. Dieulafoy. Adr. Delahaye, éditeur.

Sur un sujet aussi vaste, M. Dieulafoy a fait une volumineuse thèse de près de deux cents pages, et nous ne nous en étonnons pas; il eût été bien difficile de faire autrement. Certes, l'auteur a eu ses raisons pour ranger les maladies du larynx dans celles du système nerveux ; cependant, nous ne les comprenons pas bien, et nous aurions mieux aimé le voir étudier les dyspnées à propos du bulbe, que dans un chapitre perdu au milieu de sa thèse. La question des dyspnées a vivement préoccupé les physiologistes et presque toutes justement, comme la physiologie expérimentale l'a enseigné relèvent du bulbe; c'est un point de la question qui méritait d'être traité plus longuement que ne l'a fait M. Dieulafoy.

En revanche, l'auteur défend sa théorie de la mort subite dans la fièvre typhoïde (action réflexe sur le bulbe) avec opiniâtreté ; la myocardite est venue pourtant montrer que la plupart de ces morts étaient son fait. Quel rapport y a-t-il entre les coups sur le ventre, les écrasements du ganglion semi-lunaire, les accidents que l'on observe, et la mort subite par les extrémités des pneumo-gastriques irrités par l'ulcération et réagissant sur le cœur grâce au bulbe ? L'affirmation est un peu hardie et manque absolument du contrôle expérimental.

Le nerf de Cyon a été modifié par les récents travaux de Goltz, de Schiff, de Rutherford (août 1873) ; peut-être l'auteur aurait-il dû en tenir compte.

Le regretté Legros, dans sa thèse d'agrégation, avait déjà bien indiqué ce qu'il entendait et ce qu'il fallait entendre par l'influence des vaso-moteurs sur le système lymphatique ; ces idées-là ont été reprises depuis et les travaux des expérimentateurs russes n'y ont rien changé, au contraire.

La critique en pareille matière et sur un si long sujet est facile, l'histoire des maladies du système nerveux, comme l'a dit l'auteur en commençant, est de date récente, mais aussi bien connue, grâce aux hommes dont le nom est si souvent cité dans sa thèse. Nous aurions aimé à voir M. Dieulafoy mettre en regard des progrès certains, accomplis, comme il le dit lui-même, surtout par la physiologie pathologique, les efforts tentés il y a quelque temps déjà, pour tout expliquer en fait de maladie du système nerveux, par exemple pour cette *névrose de la stabilité* qu'on appelle vulgairement la paralysie agitante ; aujourd'hui, il est bien démontré, grâce à M. Charcot, que le tremblement est un phénomène de second ordre; que devient alors la définition : névrose de la stabilité ? il y a dans cette question de la physiologie expérimentale, car on a cru, à un moment donné, grâce à l'action de la nicotine, que la maladie pouvait être localisée dans la protubérance.

Les atrophies nerveuses simples, les scléroses, les maladies du grand sympathique auraient pu aussi être passées en revue.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale, M. Béhier. Leçons le luudi et le veudredredi à 9 h. 1[2. — Clinique chirurgicale, M. Richet, suppléé par M. Lannelongue, agrégé. — Clinique au lit des malades tous les jours à 8 h. 1/2. Opérations les mardi, jeudi et samedi.

Service de M. Hérard. Consultatiou le mercredi à 8 h. 1/2. Examen des malades par les élèves. — Clinique sur les maladies des femmes le lundi à 10 h. par M. Alph. Guérin (petit amphithéâtre).

Service de M. Richet. Salle Saint-Charles (F.) : 3, fracture de jambe; 9, cancer de l'extrémité supérieure du rectum; 11, abcès fistuleux de la fosse ischio-rectale; 12, rétrécissement syphilitique du rectum; 13, fistule uréthro-vaginale. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, plaie contuse de la cuisse; 8, ostéite du tibia; 18, arthrite traumatique du geuou; 20, lymphangite réticulée; 22, abcès périnéphrétique; 24, abcès symptomatique d'une lésion du thyroïde; 26, carie du 1er métatarsien.

Service de M. Béhier. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 1, pneumonie chez un cardiaque; 13, sciatique; 14, fièvre intermittente; 18, tumeur cérébrale syphilitique; 19, mal de Bright. — Salle Sainte-Anne (F.) : 2, mal de Bright; 3, affection cardiaque; 9, pleurésie purulente; 30, phthisie (diagnostic difficile); 8, rhumatisme généralisé.

Chirurgie. M. Guerin. Visite à 8 heures 1[2. — Salle Saint-Maurice (F).: 3, ovarite et salpyngite ; 5, fracture du col de l'humérus ; 29, fistule vésico-vaginale ; 17, 30, hernies crurales opérées. — Salle Saint-Antoine (H). : 2, genou valgum double opéré ; 5, phlegmon chronique de l'orbite ; 14, phlegmon diffus de la paroi thoracique ; 18, abcès de la prostate.

— M. Cusco (suppl. par Delens). Examen des maladies des yeux : le jeudi à 10 heures.

Hôpital Saint-Antoine.— Médecine. Service de M. Proust. Salle Sainte-Jeanne (F.) : 19, rhumatisme blennorrhagique; 8, rachitisme, affection cardiaque; 1, hystérie avec manifestations névropathiques multiples. — Salle Sainte-Etienne (H.) : 3, fièvre intermittente tierce; 7, névralgie trifaciale ; 8, mal de Pott cervical; 10, carcinome stomacal.

Service de M. Peter. Leçons cliniques le samedi.

Chirurgie. Service de M. Duplay. Salle-Barnabé (H.) : 5, calcul vésical; 10, résection de l'extrémité inférieure du radius; 24, plaie de poitrine. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 6, résection de l'extrémité supérieure de l'humérus; 8, névralgie du sein; 19, ostéo-sarcome de la cuisse droite. Leçons cliniques et opérations le mardi.

Service de M. B. Anger. Salle Sainte-Christophe (H.) : 5, fractures multiples, luxation métatarso-phalangienne du gros-orteil; 35, fracture intercondylienne du fémur. — Pavillon I (F.) : 30, cancroïde d'un doigt.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Le Fort. Tentes : 5, fracture de jambe compliquée; 9 hypertrophie de la prostate; 11, épithélioma du conduit auditif externe; 12 coxalgie.

Service de M. Dolbeau. Salle Ambroise Paré : 6, genou valgum; 8, fracture de la rotule droite, subluxation du 1er métatarsien gauche; 11, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; 18, infiltratiou urineuse; 31, hernie étranglée.— Salle Sainte-Clotilde : 19, nécrose du tibia; 16, gommes de la clavicule et du pariétal.

Service de M. Duguet. Salle Saint-Jean : 10, rhumatisme articulaire aigu; 18, pneumonie catarrhale; 23, tumeur cérébrale; 29, anévrysme de la crosse de l'aorte. — Salle Sainte-Paule : insuffisance aortique et mitrale, hémiplégie gauche; 3, cancer de l'estomac; 10, péritonite; 14, érysipèle de la face; 15, apoplexie pulmonaire.

Service de M. Martineau. Salle Sainte-Monique : 3, pleurésie chronique; 4, pneumonie du sommet; 5, cirrhose hépatique; 7, hystérie; 10, pelvi-péritonite; 13, rhumatisme puerpéral. — Salle Beaujon : 14, rétrécissement aortique avec insuffisauce mitrale; 9, ataxie [locomotrice; 7, iutoxication saturnine.

Hôpital de Lourcine. — *Leçons sur la syphilis.* — M. le Dr Lancereaux, agrégé de la faculté, commencera ces leçons à l'hôpital de Lourcine le 24 mai 1875 à 9 h. et les continuera les lundis suivants à la même heure. MM. les étudiants sont priés de se munir de cartes au secrétariat de la faculté.

Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres. — M. de Saint-Germain : leçons sur la *coxalgie* et sur les *déviations* de la colonne vertébrale, le jeudi à 9 heures.

28. Suppositoire au chloral *(Mayet).*

Beurre de cacao....................	2 gr.
Blanc de baleine....................	3 g.
Chloral pulvérisé....................	5 gr.

Cette formule permet d'employer ces suppositoires, non comme simple topique, mais comme anesthésique général. *(Soc. de thérapeutique).*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Inscriptions du trimestre de juillet 1875. — Examen de fin d'année. — Examens de doctorat. — Consignations.* Le doyen de la faculté a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les étudiants les mesures suivantes relatives aux inscriptions du trimestre de juillet 1875, aux examens de fin d'année, aux examens de doctorat et aux consignations. Ces mesures ont pour but, en évitant l'encombrement qui se produit à la fin de chaque année, par suite du grand nombre de candidats, de sauvegarder les intérêts de MM. les étudiants qui sont tenus à subir, dans un délai très-restreint, les examens de fin d'année ou les examens de réception qu'ils ont préparés.

1° Les inscriptions du trimestre de juillet seront reçues du 1er juillet au jeudi 15 juillet inclusivement de une heure à 9 heures. MM. les étudiants sont avertis qu'à partir du 15, aucune inscription ne sera donnée sans une autorisation ministérielle ; — 2° Les examens de fin de première année et de deuxième année commenceront le jeudi 5 juillet. MM. les étudiants, candidats à ces examens, devront prendre la quatrième et la huitième inscriptions, selon le cas, le 1, 2 et 3 juillet; — 3° Les examens de fin de 3e année commenceront le jeudi 15 juillet ; — 4 Les consignations pour les examens de fin d'année seront reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures pendant tout le mois de juin, et, pour les troisièmes de fin d'année, jusqu'au 10 juillet; — 5° Les consignations pour le premier examen de doctorat cesseront à partir du 1er juin, pour le deuxième et le troisième elles seront reçues jusqu'au 15 juin, et pour le quatrième examen, jusqu'au 1er juillet.

Agrégation (Chirurgie). Dans la séance du 15 mai, MM. Chantreuil et De Soyre ont eu à traiter : *De la délivrance artificielle*. Mardi dernier, la liste des candidats admis à subir les autres épreuves a été fixée ainsi qu'il suit : Chirurgie : MM. Berger, Blum, Humbert, Marchand, Monod. Pozzi. Richelot, Terrillon (par ordre alphabétique et pour Paris) ; — MM. Pénières et Roustan (Montpellier); — Jullien (Nancy). — *Accouchements* : MM. Chantreuil, Pinard, de Soyre. — La 3e épreuve (leçon d'une heure après 24 heures de préparation libre) commencera le 22 mai et se fera dans l'ordre suivant : samedi, 22 mai, Blum et Pénières ; — Mardi 25. Marchand et Pozzi. — Jeudi 27, Roustan et Berger ; — Samedi 29, Terrillon et Richelot : — Mardi 1er juin, Humbert et Jullien; — Jeudi 3, Monod et de Soyre, — Samedi 5, Chantreuil et Pinard.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (médecine). Sont conservés pour la 3e épreuve : MM. Chouppe. Daulos. Dieulafoy. Du Castel. Gouguenheim. Grancher, Hallopeau, Huchard, Lacombe, Liouville, Renaut (Joseph), Rück, Sevestre, Straus. — La première séance de cette épreuve (consultation écrite sur un malade) aura lieu samedi 22 mai à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Voici la liste des questions que les candidats ont traitées à la 2e épreuve : 1° *Phlegmatia alba dolens* (Sevestre, Lacombe, Liouville, Hallopeau) ; 2° *Diagnostic, pronostic, et traitement de la colique hépatique* (Chouppe. Dieulafoy, Carrière, Renaut ; 3° *Delirium tremens* (Landrieux, Daulos, Lagrave, Sanné : 4° *De l'érysipèle* (Grancher, Huchard, Gouguenheim, Straus) ; 5° *De la pelvi-péritonite* (Rück, Ducastel, Debove, Gingeot).

HERBORISATIONS. — M. le professeur CHATIN, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 mai, dans la forêt de l'Isle-Adam. Rendez-vous à la gare du Nord pour le train quittant Paris à 8 h. 45 m.

— M. Bureau fera une herborisation le 23 mai à Bouray. Départ par le train de 7 h. 15 à la gare d'Orléans.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59

3e ANNÉE. — N° 22 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 29 MAI 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

De l'athrepsie (1).

Xe LEÇON. — *Etiologie.*

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Vous connaissez les manifestations cliniques de l'athrepsie, sa marche, les formes diverses sous lesquelles elle se présente ; et les lésions qu'elle provoque dans la texture des organes (2). — Je vais maintenant rechercher son origine, c'est-à-dire comment sont troublées les fonctions digestives qui marquent sa première étape.

Cette détermination faite, la question étiologique proprement dite sera résolue, mais, si l'on peut ainsi dire, au premier degré seulement. Il me restera, en prenant pour point de départ les accidents gastro-intestinaux, à expliquer la genèse et l'enchaînement des affections diverses du processus ; à déterminer les liens qui unissent les phénomènes notés pendant la vie, aux lésions révélées par l'autopsie ; en un mot, à faire la synthèse de la maladie.

Il y a deux sortes principales de causes : les unes sont dans l'individu lui-même et le prédisposent à subir l'action des autres, qui sont extrinsèques, et méritent pour la plupart la qualification de déterminantes, parce qu'elles agissent surtout en troublant la digestion.

Parmi les premières, l'âge, qui se présente tout d'abord, tient une place importante. L'athrepsie frappe surtout les enfants nés avant terme. Tous les observateurs ont remarqué que les avortons, quelque vivaces qu'ils fussent au moment de la naissance, résistaient mal aux influences morbifiques. M. Bouchaud (3) attribue à cette circonstance une grande part dans la mortalité des nouveau-nés. A la Maternité, dit-il, le nombre des naissances prématurées est considérable, puisqu'en 1863 on en a compté 641 sur un total de 1,961 ; aussi la mortalité est-elle énorme : et sur 332 enfants qui ont succombé cette année, 205 n'étaient pas nés à terme.

Les avortons sont sujets à une affection, tantôt isolée, tantôt accompagnée d'ictère, je veux dire l'œdème des nouveau-nés dont je vous ai entretenu à propos des complications. Sa présence est l'indice d'une déchéance prononcée des grandes fonctions ; et par là, ceux qu'elle frappe se trouvent disposés à subir plus rapidement les atteintes de l'athrepsie, quand ils se trouvent dans les conditions où elle se développe. On peut même dire que parfois l'œdème seul suffit à la déterminer.

A côté des avortons il faut signaler les enfants qui, bien que nés à terme, se sont cependant développés incomplètement. Leurs fonctions sont peu actives. La respiration est rare, peu profonde, irrégulière ; la circulation se fait mal. l'appétit est presque nul et la digestion plus ou moins troublée. On a désigné cet état sous le nom de *faiblesse congénitale*, terme assez vague, mais que l'usage a consacré. J'estime qu'il faut y voir l'indice d'un trouble nutritif intra-utérin, remontant peut-être à la fécondation ; ou, ce qui est plus probable, résultant d'un état diathésique de la mère ou d'une perturbation survenue dans la santé de celle-ci dans le cours de la grossesse. Ces enfants sont presque fatalement voués à l'athrepsie. Elle a débuté dans l'utérus, et les troubles qui suivent la naissance ne marquent qu'une étape nouvelle dans son évolution.

Les enfants nés à terme et dans de bonnes conditions, ne sont pas à l'abri de l'athrepsie ; mais, chez eux, elle ne se développe que par des causes puissantes ou dont l'action se prolonge. Les plus robustes n'y échappent pas ; et chez eux, sa marche est souvent foudroyante, tandis qu'elle est d'une remarquable lenteur, chez certains avortons.

Quelques malformations, simples ou compliquées, comme le bec de lièvre, la gueule de loup, la division congénitale du voile du palais, gênent et même empêchent la succion, obligent, le plus souvent, à un allaitement artificiel, et prédisposent ainsi à l'athrepsie.

Enfin, certaines affections qu'il n'est pas rare de voir se développer chez le nouveau-né, produisent le même résultat ; telles sont la péritonite, l'érysipèle, la pneumonie, le coryza. J'insiste particulièrement sur ce dernier, car le peu d'importance qu'on lui donne habituellement aux autres âges, lorsqu'il est simple, pourrait faire douter qu'il puisse, dans les premiers jours de la vie, amener un résultat aussi fâcheux. Mais si l'on songe que durant la succion la respiration nasale est indispensable, et que le coryza la rend très-pénible, sinon tout à fait impossible, on comprendra sans peine qu'il devienne la source de graves troubles digestifs (1).

Le sexe joue-t-il un rôle étiologique et doit-on admettre que les filles sont plus fréquemment atteintes que les garçons, parce que, suivant la remarque de M. Bouchaud, elles naissent plus faibles que ces derniers ? Jusqu'ici rien ne m'autorise à dire qu'il en soit ainsi ; et j'ajoute, qu'à mon avis, et au point de vue de l'étiologie, il n'y a que des nouveau-nés et non des filles et des garçons.

Passons aux causes de la deuxième espèce, et déterminons les circonstances extérieures et ambiantes, qui font naître l'athrepsie ?

L'athrepsie peut se développer dans toutes les saisons, mais il est incontestable qu'elle est particulièrement fréquente pendant les mois les plus chauds, tels que ceux de juin, de juillet et d'août. Les affections gastro-intestinales sont plus nombreuses en été qu'en hiver, et bien que les complications inflammatoires y soient moins communes, elles acquièrent rapidement un caractère de gravité tout à fait exceptionnel. Souvent, j'ai vu des enfants être pris brusquement, d'accidents redoutables, à la suite d'une journée orageuse ; et d'autres, déjà malades, mais dont rien ne pouvait faire prévoir la mort prochaine, être, pour ainsi dire, foudroyés par la même influence. Cela se voit journellement à l'hospice des Enfants-Assistés, où l'on qualifie de *tournés* les nouveau-nés frappés de la sorte.

Il est une autre influence qui, parfois, sévit avec une intensité désastreuse. C'est celle qui atteint les enfants des maternités et des crèches, par cela seul qu'ils y séjournent constamment et en grand nombre, même lorsque les salles de ces établissements sont vastes et aérées. Aujourd'hui, l'on ne peut nier, et à ma connaissance, personne ne

(1) Voir les Nos 1, 2, 3, 7, 17, 18 et 19.

(2) Les leçons VII, VIII et IX ont été consacrées à l'anatomie pathologique de l'athrepsie.

(3) Page 85.

(1) Quand l'orifice externe des narines est bouché par les mucosités, dit Billard (p. 48), l'agitation, les cris et la physionomie de l'enfant, expriment sa douleur et la gêne excessive qu'il éprouve. Si, dans ce moment, on lui donne le sein, son état d'anxiété et de suffocation redouble ; il abandonne aussitôt le mamelon, parce qu'il ne peut exercer la succion, puisqu'il ne respire plus que par la bouche, et que celle-ci se trouve alors remplie par le mamelon et par le lait qui s'en écoule ; de sorte que se trouvant continuellement agité par le besoin de la faim et l'impossibilité de la satisfaire, il tombe bientôt épuisé de fatigue, de douleur et d'inanition, et ne tarde pas à périr, avant même d'être arrivé à un degré de marasme avancé.

conteste l'action nosocomiale et ses fâcheux effets mais, comme dans les circonstances où elle agit, l'alimentation est d'ordinaire insuffisante ou de mauvaise qualité, il est très-mal aisé de déterminer la part qui lui revient au juste, dans la genèse de l'athrepsie, et de dire en quoi elle consiste.

M. Hervieux (1) incline à croire qu'il agit par un virus spécial, un agent particulier, résultant des miasmes humains, et il déclare qu'il n'est presque aucune affection de nouveau-nés qui ne puisse et ne doive figurer parmi les expressions nosologiques, de la *septicémie nosocomiale* (2).

Il admet un poison spécial, comparable à celui du typhus, aux émanations telluriques qui font les fièvres d'accès. C'est à mon avis, préciser trop nettement, trop spécifier cette influence, et lui donner dans l'étiologie, une place beaucoup plus considérable qu'elle ne le mérite; comment admettre en effet, pour ne citer qu'un exemple, que cette cause unique, ce miasme nosocomial engendre tout à la fois le muguet et l'œdème? Le muguet, affection locale, due au développement de germes bien connus et d'origine végétale, qui ne pousse il est vrai que sur un terrain préparé, que sur un organisme malade, mais qui n'épargne aucun âge, se montre loin des centres d'infection, jusque dans les habitations les plus isolées. L'œdème, d'essence encore indéterminée, mais à coup sûr tout autre que celle du muguet, affectant l'organisme entier, et se montrant lui aussi, au dehors de nos maternités et de nos hospices, quelques heures après la naissance, alors qu'aucune cause infectieuse n'a pu agir.

Pour moi, tout en admettant l'influence nosocomiale, je répugne à la faire consister en un virus spécial; j'y vois simplement la résultante de conditions pathogéniques, communes dans les contrées où l'assistance publique recueille les nouveau-nés, qui s'y groupent aisément et dont l'action est d'autant plus puissante que leur nombre est plus considérable. Et parmi ces causes secondaires, je place le développement imparfait et la faiblesse des nouveau-nés, le froid, une atmosphère chargée de germes végétaux tels que ceux du muguet, des soins insuffisants, un mauvais régime alimentaire.

Je vous ai déjà fait connaître plusieurs de ces éléments étiologiques; je vais poursuivre cet examen, en vous parlant de ceux qui exercent une action plus directe sur le tube digestif, et dont le rôle devient par là d'une grande importance.

Je vais commencer par les rapports qui unissent l'enfant à la mère, et, laissant de côté l'hérédité pathologique et les atteintes subies durant la vie intra-utérine, qui ressortissent aux causes intrinsèques déjà étudiées, je ne m'arrêterai qu'aux relations qui s'établissent après la naissance et de son chef.

L'absence absolue de lait chez la mère n'a pas de grands inconvénients pour le nouveau-né, parce que l'on n'hésite pas à lui donner immédiatement une autre nourrice. Mais quand la sécrétion lactée n'est qu'insuffisante, par l'obstination que beaucoup de femmes mettent à nourrir, dans ces conditions, la santé de l'enfant peut être compromise. Elle peut l'être encore par certaines affections de la mère. Il en est de locales qui sans modifier l'abondance du lait, non plus que sa qualité, empêchent que l'alimentation soit suffisante. C'est ce qui arrive lorsque le mamelon est trop court et ne peut être saisi qu'avec effort; lorsqu'il présente des crevasses, qui rendent intolérable le contact de la bouche de l'enfant, et la pression qu'elle exerce; ou bien encore, lorsque par sa forme trop arrondie, et une turgescence exagérée, le sein est transformé en une masse rigide, malaisée à saisir, ne cédant pas aux tractions des lèvres, et retenant en quelque sorte l'aliment qu'elles y cherchent.

Les affections fébriles, lorsqu'elles sont de courte durée, n'ont souvent qu'un retentissement peu sensible sur la santé de l'enfant. Il n'en est pas de même lorsqu'elles se prolongent, et, bien qu'il ne soit pas rare de voir la sécrétion lactée se rétablir après leur guérison, tant qu'elles durent, le lait diminue de quantité et perd souvent ses propriétés nutritives.

Vous parlerai-je de ces cas, où, dans un but criminel, l'on a vu des mères très-aptes à nourrir leur enfant, lui refuser le sein, et provoquer ainsi, par une privation calculée, tous les effets de l'athrepsie? Cet *infanticide par inanition* est rare, et l'on s'imagine malaisément une mère assez cruelle pour résister aux cris de détresse et à la pantomime désolée de son enfant qui meurt de faim; mais si le hasard vous met en présence d'un de ces actes coupables, il faut que vous puissiez le reconnaître, et que vos recherches ne s'égarent pas au loin, quand la cause du mal est à votre portée. Pour découvrir la vérité, que vos yeux ne quittent pas la femme soupçonnée, faites en sorte qu'elle ne se débarrasse pas de son lait à votre insu, et qu'après avoir donné le sein au nourrisson, elle ne puisse manœuvrer pour qu'il l'abandonne avant d'y avoir pris ce qui est nécessaire à son alimentation.

Si de ces cas où l'athrepsie a une origine maternelle, nous passons à ceux qui peuvent être imputés aux nourrices, nous voyons qu'ils sont beaucoup plus fréquents; et ici, j'ai surtout en vue les conditions déplorables où sont mis les nouveau-nés, que des nourrices mauvaises élèvent loin de la surveillance des parents. Mal soignés et surtout mal nourris, ils meurent en grand nombre, et c'est à l'athrepsie qu'ils succombent. (*A suivre*).

(1) *Archives de tocologie*, 1874, p. 194.

(2) A la septicémie nosocomiale, M. Hervieux rapporte un grand nombre de maladies :

Les phlegmasies à tendances ulcéreuses; — l'érythème ulcéreux et surtout celui qui se développe au niveau des malléoles; — l'onyxis; — Les abcès multiples; — l'ophthalmie purulente et pseudo-membraneuse; — le coryza couenneux; — le muguet; — le sclérème; — le purpura; — l'entérite cholériforme; — certains ictères à forme cachectique, s'accompagnant de tous les symptômes de la décrépitude infantile, émaciation progressive, saillie des pommettes, excavation des yeux et des joues, plis séniles au front et à la face, dépressions sous-claviculaires et intercostales, ventre en carène, système osseux du bassin et des membres se dessinant sous la peau, pâleur, aspect terne et ridé de la surface tégumentaire; — l'ictère; — la cyanose; — le typhus des nouveau-nés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

C. J'en reviens, Messieurs, au *lobule paracentral* et aux *circonvolutions ascendantes*. Celles-ci ont déjà une histoire en pathologie expérimentale, et, plus tard, il y aura lieu de vous montrer qu'elles ont aussi une histoire dans la pathologie humaine. Je ne sache pas que, chez le singe, le lobule paracentral qui existe comme chez l'homme, au moins chez les singes supérieurs, ait jamais été l'objet d'investigations physiologiques.

a Ici s'offre naturellement l'occasion que je dois saisir de signaler un fait, à la vérité encore unique dans son genre, mais qui, néanmoins, dès à présent, prête un certain intérêt à ce lobule, dans la pathologie humaine. Ce fait, que je vais résumer, a été recueilli par un observateur attentif, M. Sander (2).

Un enfant, qui mourut à l'âge de 15 ans, avait été frappé, dans le cours de sa troisième année, de paralysie spinale infantile. Cette affection avait atteint et atrophié plus ou moins tous les membres et surtout ceux du côté gauche.

L'autopsie fit reconnaître dans la moelle toutes les lésions découvertes par les auteurs français. Un examen minutieux du cerveau fit voir que les deux circonvolutions ascendantes sur la face externe étaient beaucoup plus courtes que dans l'état normal. Elles laissaient un peu l'insula de Reil à découvert, et, de plus, elles étaient dépourvues de replis. Le lobule paracentral était tout à fait rudimentaire et contrastait, sous ce rapport, avec toutes les autres

(1) Voir les n°s 17, 18, 19, 20 et 21.

(2) *Centralblatt*, 1875.

circonvolutions qui avaient acquis un développement parfait. Enfin, les lésions étaient plus prononcées dans l'hémisphère droit que dans le gauche, ce qui est en rapport avec cette circonstance que les lésions spinales étaient plus accusées à gauche qu'à droite.

L'auteur émet l'opinion que, dans ce cas, les membres ayant été de bonne heure complétement paralysés, par suite d'une lésion spinale profonde, les centres psycho-moteurs frappés d'inertie à une époque où ils étaient encore en voie d'évolution, ont été, en conséquence, frappés d'arrêt de développement. J'avoue que cette interprétation me paraît mériter d'être prise en considération. Il est à regretter, toutefois, que l'on n'ait pas songé à rechercher dans les centres psycho-moteurs l'état des cellules nerveuses.

Un cas, observé par M. Luys, se rapproche dans une certaine mesure du précédent. Dans un cas d'amputation ancienne, mon collègue, à la Salpétrière, a noté une atrophie des circonvolutions cérébrales du côté opposé au membre amputé. Malheureusement, le siége de l'atrophie, à ma connaissance du moins, n'a pas été précisé.

b) Je me trouve ainsi conduit à vous entretenir d'un autre fait, concernant encore le département de l'encéphale qui nous occupe. Ce fait est le suivant: D'après les études de M. Betz, les cellules pyramidales géantes n'existeraient qu'en petit nombre chez les très-jeunes enfants; c'est plus tard seulement que leur nombre s'accroîtrait, et cet accroissement s'effectuerait, selon toute vraisemblance, sous l'influence de l'exercice fonctionnel.

Ce fait mérite d'être rapproché d'une part de celui de M. Sander, et, d'autre part, aussi d'une observation de l'ordre expérimental, enregistrée tout récemment par M. Soltmann (1). Cet auteur, et je crois que M. le professeur Rouget (de Montpellier) a, de son côté, noté quelque chose de semblable, aurait remarqué que, chez les chiens nouveau-nés, l'excitation des régions répondant au siége des points psycho-moteurs ne produisait aucun mouvement musculaire dans les membres correspondants, tandis que quelque temps après la naissance, vers le neuvième ou le onzième jour, ces points deviennent excitables.

Ces observations, encore peu nombreuses mais dont il est juste de tenir compte, sembleraient indiquer que les centres psycho-moteurs ne sont pas préétablis, si l'on peut ainsi dire, tant sous le rapport anatomique qu'au point de vue physiologique. Ils se développeraient avec l'âge, par le fait, sans doute, de l'exercice fonctionnel.

A l'appui de cette vue, je vous présenterai une remarque par laquelle je terminerai ce qui a trait au sujet spécial qui vient de nous arrêter. Les régions à grandes cellules appartiennent au type à cinq couches et elles ne se caractérisent, en définitive, anatomiquement que par la présence même de ces cellules géantes. Or, ces dernières morphologiquement ne diffèrent pas d'une façon foncière des cellules pyramidales de la grosse espèce, lesquelles, ainsi que cela appert des recherches de Koschewnikoff, possèdent, elles aussi, en outre des prolongements de protoplasma, les prolongements nerveux, attributs des cellules motrices.

Il paraît naturel de se demander si ces cellules et même celles de la petite espèce qui les représentent en miniature, ne seraient pas susceptibles, dans de certaines conditions, sous l'action par exemple d'une excitation fonctionnelle anormale, d'acquérir du développement et de donner de la sorte naissance à des centres moteurs supplémentaires, destinés à remplacer les centres primitifs qu'une lésion quelconque aurait détruits. Ainsi s'expliquerait, par exemple, comment les mouvements volontaires peuvent se reproduire dans un membre, malgré la destruction d'un centre moteur, phénomène dont la guérison plusieurs fois constatée de l'aphasie, en dépit de la persistance de la lésion de la troisième circonvolution frontale, nous fournirait le paradigme.

D. Pour achever l'exposé de la structure de l'écorce cérébrale, je n'ai plus qu'à vous donner quelques renseignements très-sommaires sur les particularités de cette structure dans les régions postérieures de l'encéphale.

Les régions où se rencontrent ces particularités comprennent, je vous le répète, le lobe occipital tout entier, le lobe sphénoïdal et les parties postérieures et médianes de l'hémisphère jusqu'au bord postérieur du lobe quadrilatère.

Le caractère général de l'écorce grise dans ces régions c'est que les cellules nerveuses pyramidales y sont, en règle, peu nombreuses et peu volumineuses, tandis que les granulations, au contraire, prédominent d'une manière notable. Ce n'est point qu'il n'existe là de grosses cellules nerveuses, mais elles sont comparativement très-rares, *solitaires*, pour employer l'expression de M. Meynert. M. Betz ajoute qu'elles n'ont pas de prolongement nerveux distinct et que les prolongements de protoplasma sont eux-mêmes à peine développés.

Les circonscriptions du cerveau où cette disposition s'observe, correspondent pour beaucoup d'auteurs au *sensorium commune*. Si cette interprétation était exacte, il s'en suivrait que les cellules, dont nous venons de parler, seraient des cellules sensitives. Cette hypothèse se fonde encore sur d'autres considérations anatomiques et sur des données pathologiques que j'aurai ultérieurement à relever avec plus de détails. (*A suivre.*)

(1) *Reizbarkeit der grosshirnrinde, Centralblatt* 1875, n° 14.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture de la colonne vertébrale (*Disjonction de la colonne cervicale entre la cinquième vertèbre et la sixième, avec écrasement du disque intervertébral correspondant et hernie de ses débris dans le canal rachidien*); **Fracture indirecte de la base du crâne; Fracture incomplète de la première pièce du sternum;**

Par **Ch. H. PETIT**, interne des hôpitaux.

B..., Mathurin, raffineur, âgé de 48 ans, entre le 13 janvier 1875, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Barnabé, n° 5 (service de M. Duplay).

Cet homme, assez vigoureusement constitué, est apporté à l'hôpital dans l'après-midi du 13 *janvier*. Il vient d'être blessé, entre midi et une heure, dans les circonstances suivantes. En prenant un sac de sucre auprès d'une pile de sacs semblables haute de 6 à 7 pieds, il ébranla celle-ci, et elle s'écroula sur sa tête. (Ces sacs pèsent 100 kilogrammes.) Il tomba aussitôt et perdit connaissance pendant un temps qu'il ne peut préciser. Quand il revint à lui, il avait complétement perdu l'usage de ses membres inférieurs, et ne pouvait plus exécuter que de faibles mouvements des bras.

A 5 *heures du soir*, je le trouve immobile dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs tout à fait inertes, les membres supérieurs n'ayant conservé que quelques mouvements faibles et lents. Il a l'air somnolent; ses yeux sont ouverts, mais il les referme souvent et semble s'endormir. Les pupilles sont égales et un peu contractées. — Les joues sont flasques et se soulèvent quand le malade parle; la voix est un peu faible, et la manière de parler est celle d'un homme à demi endormi ou ivre; les réponses sont lentes, courtes, mais nettes et assez précises.

Des mucosités embarrassent les voies aériennes, et excitent de temps en temps quelques faibles secousses de toux. La respiration est exclusivement diaphragmatique. La partie supérieure de la poitrine ne se soulève pas quand le malade fait un effort d'inspiration; au contraire, elle se déprime légèrement pendant cet effort; et inversement, elle se soulève faiblement dans l'expiration, au lieu de se déprimer comme cela a lieu normalement. Le malade éprouve un peu d'oppression.

Les membres inférieurs sont absolument inertes et insensibles; le chatouillement de la plante des pieds ne réveille aucun mouvement réflexe.

Les membres supérieurs peuvent exécuter quelques faibles mouvements, limités à peu près exclusivement aux mains et aux avant-bras. Le mouvement d'adduction du bras est im-

possible. L'avant-bras peut être faiblement étendu ou fléchi sur le bras. Le malade ne peut serrer la main quand on l'y invite. Ses bras sont engourdis, répond-il, quand ou l'engage à les remuer ou quand on l'interroge sur leur sensibilité. Celle-ci y est tout-à-fait ou presque tout-à-fait abolie. Le bras gauche est un peu moins paralysé que le droit.

L'anesthésie existe également au tronc, à peu près jusqu'au niveau de l'uuion de la première pièce du sternum avec la seconde. L'examen de la sensibilité n'est pas prolongé davantage, à cause de l'engourdissement du malade, et de la difficulté d'obtenir à cet égard des réponses sur lesquelles on puisse compter.

La verge est dans une érection très-marquée, mais boruée aux corps caverneux. — Le malade n'a pas uriné depuis l'accident; la vessie contient une certaiue quautité d'urine, à laquelle on donne immédiatement issue par le cathétérisme; le liquide ne s'écoule qu'en bavant, et encore faut-il presser sur le ventre pour le faire sortir (paralysie vésicale).

Le malade se plaint de souffrir à la base du cou, en arrière. Il ne peut détacher sa tête de l'oreiller pour la porter en avant. Il peut, avec une légère douleur seulement, tourner la face à droite et à gauche; il replace constamment sa tête de manière que la face soit dirigée un peu à gauche, bien qu'il dise néanmoins ne pas se trouver mieux dans cette position que dans une autre.

Il existe à la nuque uue saillie arrondie très-manifeste, ferme, médiane, sans changement de coloration de la peau. Elle répond à la partie inférieure de la colonne cervicale, au lieu d'élection de la bourse séreuse des portefaix. Elle est formée par un gonflement des parties molles, sans limites nettes, qui empêche d'apprécier exactement la situation et l'état des os sous-jacents. (Le malade n'a pas l'habitude de porter des fardeaux sur les épaules.) Un peu au-dessus de cette saillie, on sent nettement une apophyse épineuse (celle de la cinquième ou sixième vertèbre cervicale qui fait un léger relief, et sur laquelle la pression est douloureuse. Pas de crépitation.

Evidemment, il y a une compression de la moelle à la partie iuférieure de la région cervicale, résultant d'uue fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale à ce niveau. T. A. 35°, 1; Pouls, petit, 56; Resp. 15.

14 Janvier. T. A. 41°, 6; P. 94; R. 30. Face rouge; peau chaude et moite. La respiration est libre et les voies aériennes ne sont plus embarrassées de mucosités. Le malade a bien dormi cette nuit. Ce matin il est somnolent et répond à peine aux questions qu'on lui adresse; ses réponses sont brèves et peu précises; l'articulation des sous est plus difficile qu'hier. Il conserve toujours la tête dans une légère rotation à droite, sans inclinaison ni d'un côté ni de l'autre.

Ventre un peu ballonué. Pas de miction, pas de selle depuis hier; le cathétérisme donne issue à une petite quautité d'urine. L'érection a cessé. Il existe à la région sacrée une rougeur assez étendue et assez vive, avec une tache centrale légèrement violacée et comme contuse, semblable à un début d'eschare.

Les membres supérieurs sont inertes ce matin; on n'obtient que quelques très-faibles mouvements des doigts de la main gauche. La sensibilité y est maintenant complétement abolie; toutefois une piqûre d'épiugle est encore sentie dans le tiers supérieur du bras gauche, tandis qu'à droite l'anesthésie remonte jusqu'à la partie supérieure du moignon de l'épaule.

M. Duplay exerce uue traction sur la tête en même temps qu'il la replace dans la rectitude; pendant ces mouvemeuts, on perçoit de la crépitation. La tête est calée dans cette position, à l'aide de coussins glissés sous les côtés de l'oreiller. — *Prescription* : Saignée; lavement purgatif. La saignée, pratiquée sur la céphalique, après avoir coulé largement d'abord, s'arrête bientôt, et l'on ne peut obtenir que 250 gr. de sang.

Soir. T. A. 42°, 2; P. 104; R. 40, suspirieuse. Peau chaude et légèrement moite; quelques gouttelettes de sueur à la face: soulèvement des joues presque à chaque respiration. Etat de somnolence et d'apathie plus marquée que ce matin: le malade ne paraît comprendre que vaguement ce qu'on lui dit; il est actuellement impossible d'en tirer une réponse.

La tête n'est pas restée dans la rectitude: la face s'est de uouveau tournée vers la gauche; le malade la remet dans cette situation presque aussitôt après qu'on l'en a déplacée.

Ventre plus ballonué que ce matin; pas de miction; pas de selle (le lavement purgatif n'a pas encore été donné). On retire par le cathétérisme 700 gr. d'urine. Mort à huit heures du soir.

Autopsie le 17 *janvier* à 9 heures et demie du matin (1). — Rigidité cadavérique très-prononcée. La tête présente une mobilité qui contraste avec la raideur du reste du corps. Teinte verdâtre de la paroi abdominale, s'éteudant un peu à la base de la poitrine le long des espaces intercostaux; légères marbrures verdâtres sur les parties autérieures et latérales du cou. Teinte rose uniforme des parties déclives du tronc et des membres; coloration violacée de la partie postérieure du cou.

Dans la cavité pleurale droite, au niveau du point où les vaisseaux mammaires internes croisent le cartilage de la cinquième côte, existe un petit corps du volume d'une lentille, adhérent à la plèvre par un pédicule mince et court: cette petite masse rappelle, par son aspect noirâtre et sa consistance, un ganglion bronchique fortement pigmenté. L'examen microscopique montre qu'elle est constituée par du tissu cellulo-adipeux, recouvert par uu prolongement de la plèvre assez notablement épaissie.

Les poumons sont congestionnés et présentent à leur partie postérieure une coloration violacée, presque noire; en ces points, leur tissu, qui ne crépite pas sous la pression, laisse échapper une quantité considérable de liquide noirâtre fluide, constitué par un mélange de sang et de sérosité.

Le cœur ne présente rieu à noter.

Le tissu cellulaire rétro-sternal est fortement infiltré de sang en arrière de la première pièce du steruum. Cet os présente une solutiou de continuité incomplète, qu'on ne découvre qu'après l'avoir ruginé. Cette fêlure, visible surtout à la partie postérieure du sternum, se dirige obliquement de gauche à droite et un peu de haut en bas. Par son extrémité gauche, elle intéresse l'articulation chondro-sternale de la première côte, et détache un petit morceau de cartilage; à droite, elle se perd insensiblement à quelques millimètres au-dessous de l'angle inférieur de la première pièce sternale. Le trait de fracture devient très-manifeste en arrière quand on plie le steruum du côté de sa face autérieure, et l'on obtient ainsi une flexion assez marquée. En avant, la solution de contiuuité est bien moins apparente, et la flexion de l'os du côté de sa face postérieure la rend presque iuvisible. La table antérieure de l'os, d'ailleurs, ne présente de fracture à proprement parler qu'à sa partie gauche, sur une longueur d'un demi à deux centimètres; le reste de l'étendue de la fêlure y est marqué par un léger bourrelet saillaut en avant. En un mot, il s'agit là d'une fracture incomplète du sternum, intéressant surtout sa table interne.

A la partie antérieure de la colonne cervicale, on constate une légère suffusion sauguine daus le tissu cellulaire prévertébral, et une iufiltration sanguine des muscles prévertébraux peu marquée, si ce n'est au niveau des dernières languettes d'insertion du scalène antérieur droit. On ne sent ui ne voit, le cadavre étant sur le dos et la tête renversée, aucune déformation de la colonne cervicale mise à nu; c'est tout au plus si l'on perçoit une légère différence de niveau entre les corps de la cinquième et de la sixième vertèbre cervicale.

Le sujet est alors retourné sur le veutre, avec uu billot placé sous la partie supérieure du thorax; le cou se trouve ainsi fortement fléchi en avant. La colonne vertébrale étant mise à découvert dans cette position, on trouve, entre l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre et l'apophyse épineuse sous-jacente, une solution de continuité qui permet d'introduire facilement le doigt jusqu'aux enveloppes de la moelle. Il ne semble pas, au premier abord, qu'il y ait de fracture; mais il existe à ce niveau, entre les deux vertèbres que nous venons de nommer, une mobilité très-marquée. Les parties molles correspondantes sont le siége d'une infiltration sanguine considérable, qui a son maximum à la partie inférieure de la région cervicale et s'éteud assez loin dans la région dorsale.

---

1 Les pièces ont été communiquées à la *Société anatomique*.

L'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale présente, vers sa base, une fracture manifestement ancienne; la réunion des fragments s'est faite par un cal fibreux qui permet d'imprimer quelques mouvements à l'apophyse; la solution de continuité est à peu près perpendiculaire à l'axe de celle-ci, et il existe à son niveau une saillie en bourrelet marquée surtout du côté gauche. Rien n'ayant pu nous faire soupçonner, pendant la vie, l'existence de cette lésion, évidemment ancienne, nous n'avons aucun renseignement sur son âge et sur son étiologie. Si d'ailleurs cette fracture eût été récente, il eût été assez difficile d'expliquer comment elle aurait pu se produire, plutôt que celle de la proéminente, par le fait du traumatisme dont notre malade a été victime.

La colonne vertébrale est alors ouverte pour l'extraction de la moelle, en ayant soin de laisser intactes les deux vertèbres disjointes. La moelle une fois extraite du canal rachidien, on constate que les tissus fibreux, qui réunissent les corps des cinquième et sixième vertèbres cervicales à leur partie postérieure, sont largement déchirés, et l'on trouve, faisant saillie dans la cavité rachidienne, des débris déchiquetés du disque intervertébral, constituant en tout un volume égal à celui d'une grosse noisette. Le doigt, insinué entre les vertèbres par la solution de continuité du ligament vertébral commun postérieur, ne constate pas de fracture des corps vertébraux.

Il y a donc eu là un écrasement du disque intervertébral, et une hernie de ses débris dans le canal rachidien à travers la déchirure du ligament commun postérieur, sous l'influence du même mouvement de flexion exagérée de la colonne cervicale en avant, qui a déterminé la disjonction des apophyses épineuses, des lames et des facettes articulaires des vertèbres.

Sur la pièce disséquée, les surfaces articulaires s'abandonnent avec une extrême facilité, et des deux côtés à la fois; mais, avant qu'on eût détaché les muscles de la partie antérieure, il n'en était pas de même, et le déplacement antéro-supérieur était, comme nous l'avons dit, à peine sensible. Il ne me semble donc pas probable qu'il y ait eu, sur le vivant, luxation proprement dite, c'est-à-dire déplacement permanent des surfaces articulaires l'une sur l'autre.

En avant, le grand surtout ligamenteux est intact à sa partie moyenne, qui forme une sorte de bourrelet; sur chacun de ses côtés, surtout à droite, il présente une solution de continuité qui permet d'introduire le bout du doigt jusqu'entre les vertèbres disjointes; en regardant à travers ces déchirures, on n'aperçoit plus trace du disque intervertébral à la face inférieure du corps de la cinquième vertèbre cervicale, et l'on n'en voit que quelques débris à la face supérieure du corps de la sixième.

La moelle présente, au niveau de la lésion du squelette, un ramollissement très-marqué de son tissu, avec teinte violacée, ecchymotique; cette altération est accentuée surtout dans sa moitié droite; sur le reste de son étendue, la moelle n'offre aucune lésion extérieure appréciable. — Les méninges rachidiennes sont intactes, et il n'y a pas d'épanchement sanguin, soit dans leur cavité, soit entre elles et la paroi osseuse. — En pratiquant des coupes transversales, on constate que les parties centrales de l'axe médullaire ont une teinte rosée, d'autant plus vive qu'on se rapproche davantage du foyer de l'écrasement; à deux ou trois centimètres au-dessus de celui-ci, on commence à trouver de petites infiltrations sanguines, qui deviennent de plus en plus accentuées à mesure qu'on descend vers la partie écrasée. — Des sections transversales, pratiquées sur la moelle au-dessous de ce point, font voir un épanchement sanguin manifestement contenu dans le canal central; cet épanchement cesse à sept ou huit centimètres au-dessous du point contus.

La boite crânienne étant enlevée par un trait de scie, on voit à la surface du cerveau, une suffusion sanguine généralisée très-manifeste, et çà et là quelques petits caillots noirâtres, peu épais, disséminés en divers points de la base du crâne, particulièrement dans les fosses moyennes et postérieures. Pas d'épanchement sanguin collecté en foyer.

L'encéphale présente en plusieurs points de ses lobes antérieurs une teinte noirâtre, due à de petites collections sanguines situées sous la pie-mère et à des lésions de contusion cérébrale. Les endroits où existent les altérations, sont: 1° La partie antérieure du lobe frontal gauche, où l'on voit un foyer de contusion du volume d'une petite noix, qui s'étend en dedans jusqu'à la scissure interhémisphérique; 2° La partie antérieure et inférieure du lobe frontal droit, où l'on trouve un foyer semblable, du volume d'une noisette environ; 3° La partie inférieure de l'hémisphère droit, qui offre, en avant de la scissure de Sylvius, un petit point de contusion superficielle avec piqueté noirâtre; 4° La partie inféro-latérale du même hémisphère, où l'on rencontre deux petits noyaux analogues au précédent, mais pénétrant plus profondément et présentant une infiltration sanguine plus marquée; ils sont situés, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure de la scissure de Sylvius.

Outre les petits épanchements sanguins situés sous la pie-mère dans les points correspondants à ces divers foyers de contusion, il existe dans cette membrane une légère suffusion sanguine généralisée, marquée surtout au niveau des sillons qui séparent les circonvolutions, et notablement plus accentuée sur les lobes antérieurs que sur le reste de l'hémisphère. Les substances cérébrale et cérébelleuse présentent à la coupe un léger piqueté.

La calotte du crâne ne présente pas de fracture. A la base, on aperçoit, après avoir enlevé la dure-mère, quelques petits dépôts sanguins minces, très-limités, disséminés entre cette membrane et la paroi osseuse, le long des traits de fracture que nous allons décrire. — Un premier trait part de la partie postérieure du trou occipital, un peu à gauche de la ligne médiane, croise cette ligne à deux ou trois centimètres plus haut, et se termine à droite de la protubérance occipitale externe. Il n'y a pas le moindre écartement des deux bords de la solution de continuité. Il m'a été impossible de trouver la continuation de ce trait de fracture sur la calotte crânienne; celui-ci a même dû être agrandi par l'effort énergique qu'il m'a fallu faire pour détacher la voûte du crâne, la section circulaire ayant respecté une certaine épaisseur de l'occipital au niveau de sa protubérance externe. — Deux autres traits de fracture partent des côtés du trou occipital, en deux points presque symétriques. Tous deux se dirigent d'abord en dehors, puis s'infléchissent presque aussitôt en avant, pour gagner le trou déchiré postérieur, en traversant la partie interne du sinus latéral. Le point où ils subissent cette inflexion répond à la lame osseuse mince qui forme le fond des fosses condyliennes postérieures. A ce niveau, chacun d'eux envoie en arrière un prolongement d'un centimètre environ, qui longe, à une distance de six à sept millimètres, le bord correspondant du trou occipital. Cette partie de la fracture est en partie incomplète et à l'état de fêlure; d'ailleurs, même dans les points où l'os est divisé dans toute son épaisseur, il n'y a aucun écartement des fragments. Du trait de fracture du côté gauche partent en outre deux fêlures dirigées en dehors: l'une, longue de huit millimètres environ, qui s'en détache immédiatement en arrière du bord postérieur du sinus latéral; l'autre, mesurant un centimètre et demi à peu près, et située à cinq ou six millimètres en avant de la précédente; ces deux fêlures, réunies par une troisième, circonscrivent un petit fragment osseux qui reste solidement fixé en place. — En avant des trous déchirés postérieurs, le trait de fracture se continue: à droite, avec une disjonctien de la synarthrose pétro-occipitale, pour aller se terminer sur le milieu du bord postérieur de la selle turcique, en détachant à sa base l'apophyse clinoïde postérieure droite; à gauche, avec une disjonction moins prononcée, quoique très-manifeste aussi, de la synarthrose pétro-occipitale gauche. — L'étage moyen et l'étage antérieur de la base du crâne ne présentent pas de fracture.

Réflexions. Cette observation offre deux points particulièrement intéressants, sur lesquels je désire appeler un instant l'attention: ce sont, d'une part, la fracture du crâne, d'autre part, celle du sternum.

La fracture du crâne se rapproche, au point de vue anatomique, des faits de MM. Chauvel, Berchon et Trélat, dans les-

quels la solution de continuité circonscrivait le trou occipital. Au point de vue du mécanisme, elle leur est tout-à-fait analogue, car la violence a porté sur la voûte, et c'est la base qui s'est fracturée. C'est donc un cas à ajouter à ceux qui démontrent la possibilité des fractures indirectes de la base du crâne, et il répond au desideratum exprimé en ces termes dans le *Traité de Pathologie externe* de Follin et S. Duplay :

« On pourrait admettre qu'un coup violent porté sur le sinciput puisse déterminer par un mécanisme analogue au précédent (pression sur les condyles occipitaux par l'intermédiaire de la colonne cervicale, dans les chutes sur le vertex) une fracture de la base du crâne : sous l'influence du choc imprimé sur le vertex, la base du crâne viendrait elle-même se briser contre la colonne vertébrale. Mais c'est là une hypothèse qui demanderait à être démontrée. »

Il semble très-probable que la fracture du crâne a précédé la disjonction vertébrale, et que, si elle n'a pas été plus considérable, c'est parce que la tête a été surprise dans une position qui lui permettait de se dérober, par une brusque flexion du cou, sous la violence du choc : la force vulnérante aurait agi sur la tête d'abord, et se serait ensuite épuisée sur le cou, en écrasant un disque intervertébral et en disjoignant deux vertèbres.

La fracture du sternum intéresse la poignée de cet os, et, à ce titre, constitue un cas exceptionnel, car nous lisons dans la *Pathologie* de Follin (T. II, page 832), qu'on n'a jamais vu de fracture affecter la pièce supérieure du sternum.

Son mécanisme est entouré d'une certaine obscurité. Est-elle le résultat d'une pression exercée d'avant en arrière par le menton sur la partie supérieure de l'os, dans le mouvement de flexion exagérée du cou ? Mais cette violence devait tendre à refouler en arrière le haut du sternum, à plier, par conséquent, cet os du côté de sa face interne ; et, dans cette hypothèse, l'écartement des fragments eût dû être plus marqué du côté de la face antérieure. Or, c'est précisément l'inverse qui a eu lieu, la fracture de la table interne étant seule complète, et la table antérieure semblant avoir subi une flexion en avant. La lésion ne peut donc s'expliquer ainsi.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les femmes-médecins

.....Dabitur.....
Quodcumque optaris : sed tu sapientius opta

Depuis quelques années la question de l'admission des femmes à l'exercice de la médecine s'est posée dans différents pays et y a été résolue de diverses manières ; certains pays ont ouvert pour les femmes des écoles spéciales, la Russie a été jusqu'à faire des chirurgiennes d'armées ; par contre, en Angleterre, où chacun peut exercer sans diplôme, on le leur refuse ; en France, les Facultés les reçoivent sans aucune difficulté quand elles justifient des connaissances exigées de tous. Les médecins ne sont pas moins partagés que les gouvernements : les médecins danois inclinent vers l'admission ; interrogée par le ministre belge, l'Académie de Bruxelles se prononce pour l'interdiction.

Où est la vérité ! Il nous semble que jusqu'ici on a bataillé pour et contre un peu confusément, faute de bien poser la question, ou plutôt faute de séparer nettement deux questions cependant bien distinctes : « La femme a-t-elle le droit d'exercer la médecine ? Une femme a-t-elle raison d'user de ce droit ? » Sur le premier point, l'affirmative nous paraît s'imposer à quiconque ne met pas au-dessus des droits naturels de l'individu, les prétendus droits de l'Etat à régler, sous prétexte de lumières supérieures, l'exercice des facultés de chacun. Que ceux qui, tout en déclamant contre le socialisme, invoquent à chaque instant l'intérêt général pour supprimer un droit particulier, repoussent les femmes de la carrière médicale pour le plus grand bien de la Société, soit ! Ils sont conséquents avec leur illogisme. Pour nous, nous ne voyons pas de principe s'opposant à ce qu'une femme exerce la médecine à ses risques et périls.

On aura beau dire que la femme est faite pour se marier, pour être mère, pour élever ses enfants, cela ne fera pas que beaucoup ne demeurent forcément ou par choix, célibataires, que beaucoup ne restent veuves, et que les unes et les autres, pour subvenir à leurs besoins et à ceux des leurs, n'aient le droit de demander leurs ressources à n'importe quelle profession honnête. La médecine ne serait peut-être pas un choix fort heureux, mais c'est à elles d'en juger, et elles pourraient en faire un pire. On ne voit pas non plus au nom de quel principe supérieur on empêcherait une femme d'étudier l'anatomie plutôt que la linguistique, la physiologie plutôt que l'histoire, pourquoi on lui fermerait l'amphithéâtre ou le laboratoire plutôt que le théâtre ou le bal. Et une fois les connaissances médicales acquises, de quel droit l'empêcherait-on de les utiliser au bénéfice de sa fortune, de sa situation, de son agrément personnels, à l'usage de ceux qui voudront recourir à ses soins. — Quant au manque de préparation antérieure, à l'absence d'études préalables, aux désordres provoqués ou commis en quelques endroits par les étudiantes, ce ne sont pas des arguments sérieux ; il n'y a là que des faits faciles à supprimer ou à prévenir, et rien qui touche le principe.

La pratique des facultés françaises nous semble donc parfaitement justifiée ; étant admise la nécessité de remplir certaines conditions (baccalauréat, inscriptions, examen, thèse) pour avoir le droit de guérir ses semblables, les facultés ont raison de ne pas s'occuper du sexe de la personne qui a rempli ces conditions. Cette conduite est à la fois plus logique et moins dangereuse pour la santé publique que celle des écoles anglaises.

Venons maintenant au second point : Est-il bon pour une femme d'embrasser la profession médicale ?

Nous supposerons bien entendu qu'il s'agit pour elle de l'exercer vraiment, sérieusement, et non pas à la façon de Toinette, et alors nous lui dirons franchement que la première condition à remplir par elle est de cesser d'être femme. Il faut qu'elle sache bien, en effet, que destinée par la nature au rôle de mère, elle diffère de l'homme non-seulement par les organes servant à reproduire l'espèce, mais par son système nerveux, par son intelligence, par tout son être, *tota substantia*. Elle n'est au point de vue physiologique ni égale ni inférieure à l'homme, elle diffère de l'homme.

Laissons de côté le degré auquel peut s'élever son intelligence, l'expérience n'est pas complète à cet égard. Contentons-nous de remarquer que cette expérience incomplète tend à constater que si, comme chez les femmes du XVIIIe siècle, une grande culture intellectuelle peut s'allier chez elle à toutes les qualités essentiellement féminines, c'est à condition de ne point aborder les sujets où le goût, la délicatesse, l'imagination, le sentiment ne jouent aucun rôle. Le génie féminin peut égaler et même dépasser

celui de l'homme dans certains ordres de conceptions, mais en d'autres régions, il paraît condamné par sa nature à une incurable infériorité.

Des exemples isolés ont, il est vrai, montré que certaines femmes pouvaient avoir en partage les modalités intellectuelles caractéristiques de l'homme, mais il est notoire qu'elles ont payé cet avantage d'une partie des qualités distinctives de la femme, de celles qui font sa grâce et son charme. Comme il y a une loi du balancement des organes, il semble qu'il y ait une loi de balancement des facultés cérébrales. Quand l'équilibre est rompu, l'homme s'effémine, la femme devient une virago. Mot peu galant, mais exact.

Et ici qu'on nous entende bien. Nous sommes loin de prétendre que la femme soit incapable de recevoir sur maints sujets une instruction égale à celle de l'homme; loin de trouver mauvais qu'on lui donne toute l'instruction dont elle est susceptible, nous croyons même nécessaire à ce point de vue une réforme profonde de l'éducation actuelle qui laisse trop sans contre-poids le côté sensitif et sentimental de la femme. Nous voulons dire seulement que la nature psychologique de la femme nous paraît telle que les facultés nécessaires pour aborder les hauteurs scientifiques ne peuvent se développer en elle qu'au détriment d'autres facultés essentiellement féminines.

Admettons donc, sans faire grande concession, que l'intelligence de la femme, préparée par une instruction préalable, soit adéquate aux exigences de la science médicale; admettons qu'elle aura puisé dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres, aux cours de l'Ecole, les connaissances indispensables sans y rien perdre des qualités qui attirent l'homme vers elle, supposons qu'elle ait gagné même sous certains rapports, tout en restant femme dans toute l'acception du mot. A ce titre, le mariage l'attend. Elle trouvera, nous le voulons bien, un homme débarrassé de tous préjugés, plein de confiance en elle, décidé à la laisser courir, nuit et jour, la ville et la campagne, sans se remplir la tête de visions cornues. Encore, ce mari exemplaire sera-t-il mari autrement qu'en effigie, et les enfants viendront. Ce sera, à chaque fois neuf mois, tout au moins quatre ou cinq, difficiles à passer, pendant lesquels la clientèle deviendra ce qu'elle pourra. L'enfant né, il faudra opter, renoncer à visiter les malades ou l'abandonner à une nourrice. Or, si la femme est vraiment digne du titre de docteur, comment se justifiera-t-elle, à ses propres yeux, de ne pas nourrir elle-même son enfant? Et plus tard, s'il est malade, quittera-t-elle son lit pour aller prodiguer ses soins à des étrangers. Qui l'emportera, dans maintes circonstances, du docteur ou de la mère? Pendant de longues années, ne sera-ce pas une lutte incessante entre le devoir professionnel et le devoir naturel?

Pour échapper à ces difficultés la femme médecin renoncera au mariage, soit! Elle fera taire son cœur, ses sens; les besoins d'affection, les entraînements de la passion n'existeront plus pour elle; elle supprimera, coûte que coûte, la moitié de sa nature. Etouffant tous ses instincts, violentant son organisation, domptant la sensibilité, l'émotivité, l'instabilité de son organisation psychique, elle parviendra à faire d'elle-même un être qui ne sera plus une femme, sera-ce tout? L'être moral aura subi une transformation absolue, sans retentissement, sans fâcheuse modification compensative. Restera l'être physique.

Et d'abord, où prendra t-elle la force physique nécessaire pour résister aux fatigues journalières de sa profession? Sa constitution anatomique lui rend la marche plus pénible, plus fatigante qu'à l'homme; pour réussir, il lui faudra se transformer encore physiquement, se rapprocher autant que possible de l'homme par une espèce d'entraînement. Supposons qu'elle y arrive, qu'après son système nerveux elle modifie son système osseux, son système musculaire, que d'un effort continu, elle ait supprimé tout ce qu'il y avait en elle de féminin pour n'acquérir qu'incomplétement les qualités de l'homme. Son idéal est atteint, si c'est là son idéal, la femme n'existe plus en elle, la femme est morte, mais qu'on nous pardonne l'expression, la femelle vit encore.

Quoi qu'on fasse, si grandes que soient les modifications qu'elle subisse, la femme n'échappera pas à cette infirmité périodique qui l'atteint tous les mois, et qui ne se borne pas, dans ses effets, à une évacuation sanguine. Physiquement, moralement et intellectuellement, la menstruation est pour la femme une époque de troubles plus ou moins prononcés, mais amenant toujours, directement et indirectement, dans le fonctionnement de son intelligence des modifications incontestables, sans compter qu'elle la rend plus apte à contracter les maladies contagieuses. Les limites dans lesquelles agira cette influence varieront suivant les cas, sans aucun doute, mais n'est-il pas à craindre qu'elles ne s'étendent en proportion même de la culture, de l'affinement même du sujet? Cette seule considération suffirait pour écarter les femmes raisonnables de l'exercice de la médecine, et pour éloigner d'elles la clientèle.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail des mille petits inconvénients que peut entraîner, pour une femme, l'exercice diurne et surtout nocturne, de la profession médicale; l'énumération en serait longue et ne convaincrait personne. Bornons-nous donc à répéter pour conclusion, que la femme ne peut prétendre à parcourir sérieusement la carrière médicale; de l'apprentissage à l'exercice, qu'à la condition de cesser d'être femme; de par les lois physiologiques, la femme médecin est un être douteux, hermaphrodite ou sans sexe, en tout cas un monstre. Libre maintenant à celle que tentera cette distinction de chercher à l'acquérir. E. T.

Hôpital du Midi. — Conférences cliniques de M. Ch. Mauriac.

Samedi dernier 22 mai à 9 h., M. Mauriac a repris à l'hôpital du Midi, pour les continuer le samedi à la même heure, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes. Dans la salle principale de son service, en présence de l'auditoire, défilent et sont examinés par le professeur les malades porteurs des affections les plus diverses: accidents primitifs et secondaires de la syphilis, blennorrhagies, balanites, bubons, orchites, etc.; les formes les plus variées de cette classe nosologique sont réunies pour la plus grande instruction des étudiants, qui d'ailleurs peuvent tout à leur aise se livrer à l'examen le plus minutieux des malades. M. Mauriac fait en quelques mots l'histoire de chaque sujet et répond avec la plus grande obligeance aux différentes questions qui lui sont adressées.

Cela fait, on se rend dans une autre salle disposée en

amphithéâtre pour la circonstance et le professeur commence sa leçon. Dans cette première conférence, M. Mauriac s'est livré à quelques aperçus de statistique sur les rapports qu'ont entr'elles les trois affections vénériennes : la syphilis, le chancre mou et la blennorhagie. Il en ressort que depuis ces dernières années, le chancre mou a presque complétement disparu, à tel point qu'en ce moment il ne s'en trouve pas un seul dans son service ; malheureusement il est loin d'en être de même pour le chancre infectant. Enfin, il expose brièvement quelques considérations sur les variations de la doctrine, l'unicité et le dualisme, puis il étudie sommairement les caractères différentiels du chancre mou et du chancre induré.

La marche qu'il compte suivre dans les conférences suivantes rendait ces préliminaires nécessaires ; à partir de samedi, en effet, la leçon commencera par une revue clinique d'ensemble des diverses affections qui ont passé sous les yeux des élèves. — Ensuite le professeur entreprendra l'étude complète de la *blennorrhagie* et des accidents qui l'accompagnent et la suivent. Cette manière de procéder nous paraît excellente et très-profitable aux étudiants qui suivent cette clinique. I. B.

Aménités académiques de M. Fauvel.

Nous lisons dans le Bulletin du dernier numéro de l'*Union médicale* une réponse de M. A. Latour à l'inqualifiable procédé dont M. Fauvel a cru devoir se servir dans la séance de l'Académie de médecine de mardi. On se souvient et le *Bulletin officiel*, quoique considérablement expurgé est là pour en témoigner, de l'acrimonie avec laquelle M. Fauvel est venu relever les faits et théories énoncés dans la communication de M. Bonnafont. La critique avait cette fois dépassé les bornes permises et la chose était d'autant plus surprenante qu'elle s'était produite au sein même de la discussion, en l'absence de l'auteur et en pleine académie. Par deux fois M. Fauvel se sent piqué au vif quand on émet devant lui des idées qui ne sont pas siennes ; la lettre de M. Jaccoud l'avait déjà profondément agacé ; la communication de M. Bonnafont l'a mis hors de ses gonds. Il nous semble cependant que des hommes de cette valeur et de cette notoriété méritent un peu plus d'égards surtout de la part d'un académicien : si les théories le choquent, que M. Fauvel prenne au moins le soin d'être plus courtois et moins ironique. Hors de moi, a-t-il l'air de dire, pas de salut. Chacun peut en dire autant de son côté et si pour toute opinion émise, et Dieu sait si chaque question débattue à l'Académie soulève de contradictions, si, disons-nous, l'on doit en venir aux arguments *ad hominem*, nous assisterons à des séances d'un haut intérêt.

Quant à la façon dont M. Fauvel est venu recriminer contre la Presse médicale, nous ne pouvons que nous associer pleinement aux paroles de notre confrère de l'*Union médicale*. Au lieu de prendre à partie un journal, il aurait pu les citer tous, car tous ont jugé aussi sévèrement et aussi justement le langage de l'auteur. Ce n'est pas en agissant de la sorte qu'il peut espérer faire revenir nos confrères sur l'opinion qu'ils ont eue de ses sentiments d'urbanité et de confraternité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

M. CORNIL continue la série de ses communications sur les méthodes de coloration des éléments anatomiques dans les préparations histologiques.

M. RANVIER a étudié récemment le mode d'union des muscles avec les fibres tendineuses d'insertion. Depuis Weismann, on a des notions assez exactes sur ce mode d'union, mais un certain nombre de détails sont restés obscurs. Ainsi, on sait que Kölliker admet deux manières différentes suivant que la fibre musculaire tombe obliquement sur son tendon d'insertion ou bien l'aborde directement. Dans le premier cas, il y aurait un ciment pour unir l'un à l'autre ; dans le second cas, continuation directe entre les fibrilles tendineuses et les fibrilles musculaires. Or, cette dualité n'est rien moins que probable.

C'est en traitant les muscles par la potasse caustique à 60 pour 100 que Weismann a fait ses recherches. Il a reconnu que le faisceau musculaire, isolé par cette méthode, se terminait par une extrémité arrondie et fusiforme reçue dans une sorte de cupule dont est creusée l'extrémité tendineuse. Ce fait est vrai. Mais Weismann n'a pas pu déterminer nettement ce que devenait le sarcolemme qu'il détruisait par ce procédé.

M. Ranvier s'y est pris d'une autre façon. Lorsqu'on jette une grenouille dans de l'eau à 45°, elle est prise d'une convulsion subite et violente, ses membres se contractent avec force. De plus, il se fait une sorte de liquéfaction du tissu conjonctif unissant les faisceaux, car ceux-ci sont libres ou peuvent du moins être facilement séparés. Lorsqu'on procède ainsi, voici ce que l'on constate : Effectivement les faisceaux primitifs se séparent les uns des autres et la contraction que les muscles éprouvent est telle que l'extrémité terminale de la fibre musculaire se sépare du tendon, mais le sarcolemme qui s'est replié sur l'extrémité fusiforme du faisceau primitif, qu'elle entoure d'un cœcum, ce sarcolemme reste adhérent à la cupule. Or, comme le faisceau musculaire se rétracte, il laisse entre la cupule tendineuse et l'extrémité musculaire libre un espace que remplit bientôt une substance gélatineuse. Il faut admettre donc que le sarcolemme entoure l'extrémité fusiforme du faisceau musculaire et adhère à la cupule tendineuse qu'il sépare de la terminaison des faisceaux primitifs. Existe-t-il ce ciment ? Peut-être entre le sarcolemme et l'extrémité tendineuse, encore l'adhésion moléculaire suffit pour expliquer la résistance à la désunion.

M. TARCHANOFF fait une fort intéressante communication sur l'augmentation dans les mouvements réflexes d'une grenouille soumise au refroidissement graduel. Cette surexcitabilité réflexe serait en contradiction avec ce fait que les phénomènes vitaux sont relatés par l'abaissement de température.

Cette communication soulève une discussion à laquelle prennent part MM. Ranvier, Lépine et Armand Moreau. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mai. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. DAVAINE. Dans la dernière séance, M. Colin a dit que les Allemands avaient démontré les premiers que la virulence du sang charbonneux était due à la présence de bactéries. C'est une erreur. MM. Rayer et Davaine ont, les premiers, publié un travail affirmant le fait. Plus tard, M. Rayer laissa l'honneur de cette découverte à son collaborateur. M. Davaine, aujourd'hui il réclame plutôt pour la science française que pour lui-même la priorité.

M. BONNAFONT reproche, en termes très-vifs, à M. Fauvel les expressions dont ce dernier s'est servi à son égard dans la dernière séance. Lorsque M. Bonnafont a dit que le 1er il avait écrit qu'il fallait aller combattre le choléra sur les bords du Gange, il était sincère et depuis ses recherches bibliographiques lui ont prouvé qu'il avait raison. Mais en fait de choléra M. Fauvel ne supporte aucune contradiction.

M. FAUVEL a été blessé dans son patriotisme parce que M. Bonnafont a dit qu'il avait manqué à son devoir en ne signalant pas ses travaux à la Commission de Constantinople. Quant aux prétentions de l'orateur, il les a jugées à leur valeur et n'a pas à revenir sur ses appréciations. Si M. Bonnafont eût lu le compte-rendu officiel de la séance au lieu de s'en rapporter au compte-rendu d'un journal dont il est le collaborateur, s'il n'eût pas été conseillé par le rédacteur en chef dudit journal, il eut évité de prendre la parole ainsi qu'il vient de le faire.

M. A. Latour proteste : il n'a même pas vu M. Bonnafont.

M. le Président termine ce pénible incident en prononçant l'ordre du jour réclamé par toute l'Académie. (Voir p. 300.)

Election du trésorier. — M. Gobley, réélu pour la 3e fois par acclamation, remercie pour le nouvel honneur qui lui est fait.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Guipon, récemment nommé membre correspondant. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'*Etiologie du scorbut.* (V. les nos 33, 34, 43, 44 de 1874, Comp. rend. de l'Académie).

M. Villemin vient soutenir de nouveau la théorie de l'*Infectiosité et de la contagiosité* du scorbut combattu par M. le Roy de Méricourt. Les deux adversaires admettent pour le développement du mal l'influence du froid, de l'humidité, de la tristesse, des fatigues excessives, de la mauvaise alimentation et de mauvaises conditions hygiéniques, mais pour l'orateur la privation de végétaux aqueux, frais, n'est qu'une cause prédisposante, tandis que pour son contradicteur elle est le facteur déterminant et effectif. M. Villemin raconte à l'appui de sa théorie que souvent on a vu le scorbut se produire dans les bagues, les hôpitaux civils et militaires, les garnisons d'Afrique ou coloniales où les légumes frais faisaient partie de l'alimentation. Sur des navires voyageant ensemble, subissant les mêmes variations climatériques et atmosphériques, où la nourriture était la même, on a vu le scorbut éclater et sévir sur celui qui était encombré, tandis que l'autre restait indemne. Sur le transport *le Var,* 182 déportés furent atteints, 178 de ceux-là étaient logés dans la batterie basse, 4 dans la batterie haute. Ils guérirent au débarquement sans faire usage des légumes frais. En Crimée, le scorbut éclata lorsque les hôpitaux et les vaisseaux furent encombrés.

Si le scorbut est une sorte d'anémie, comme le veut M. Le Roy de Méricourt, on peut rendre des animaux scorbutiques en les privant de légumes frais? M. Villemin a fait l'expérience. Pendant plusieurs mois il a nourri des lapins et des cobayes exclusivement avec des farines moisies : chez aucun d'eux il n'a vu se déclarer la maladie. Il faut donc admettre pour le scorbut une origine infectieuse et contagieuse. Pour l'empêcher de naître il faut éviter l'encombrement et le méphitisme et pour le combattre, s'il éclate, il faut ventiler, désinfecter, disperser, isoler.

G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 février. — Présidence de M. Charcot.

25. Pleurésie diaphragmatique consécutive à une péritonite; par M. Pitres, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient de l'autopsie d'une femme morte de péritonite puerpérale. Il existait une péritonite purulente généralisée, très-évidente, sur la face péritonéale du diaphragme; et du côté de la plèvre on voit, sur une certaine étendue de ce muscle, une rougeur avec quelques fausses-membranes. Ces lésions sont limitées exactement au centre phrénique, dont elles ne dépassent le contour en aucun point.

M. Fioupe. Je demanderai à M. Pitres combien de temps après l'accouchement se sont montrés les premiers frissons. Dans les cas de péritonite, et plus spécialement de lymphangite, j'ai toujours vu les frissons survenir après 24 ou 48 heures: Lorsqu'ils se sont manifestés seulement 10 ou 12 jours après l'accouchement, j'ai toujours trouvé une phlébite utérine, mais pas de lymphangite ni de péritonite.

M. Pitres. Dans le cas actuel, les frissons avaient suivi de près l'accouchement.

29. Diverticulum du péricarde; par Cuffer, interne des hôpitaux.

A l'autopsie d'un homme mort de diabète sucré dans le service de M. Millard, à l'hôpital Lariboisière, nous avons trouvé entre autres particularités, un diverticulum du péricarde. Ce diverticulum siégeait à la partie inférieure et postérieure du péricarde, et constituait une sorte de poche assez volumineuse proéminant dans le médiastin postérieur. Cette poche communiquait avec la cavité péricardique par un orifice entouré d'une sorte d'anneau fibro-cartilagineux.

30. Polype des valvules sigmoïdes de l'aorte, ne s'étant révélé pendant la vie par aucun symptôme; par M. Cuffer.

Le nommé S..., mort dans le service de M. Millard, le 11 janvier 1875, présentait, outre un grand nombre de lésions dépendant de la diphthérie (angine, bronchite et pneumonie diphthéritiques) ainsi que des lésions bulbaires, présentait disons-nous, au niveau de l'orifice aortique, une masse de végétations anciennes, du volume d'une petite noix. Cette masse, adhérente à l'une des valvules sigmoïdes, faisait saillie dans l'intérieur du ventricule gauche. Malgré le poids et le volume de ces végétations qui auraient dû entraver le jeu de la valvule, nous n'avions constaté pendant la vie, aucun signe de rétrécissement ni d'insuffisance aortique. Le claquement des sigmoïdes a toujours été parfaitement normal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Le Fort.

M. Rigaud (de Nancy) communique un travail sur une *Nouvelle manière d'opérer les dilatations variqueuses des veines superficielles;* le procédé s'applique tant aux varices des membres inférieurs qu'au varicocèle. L'auteur ayant remarqué que les veines dilatées diminuaient considérablement de calibre dès qu'elles se trouvaient exposées à l'air après dénudation, se demanda si cette influence seule de l'air ne suffirait pas pour produire un caillot obturateur. L'expérience justifia ses prévisions; et, aujourd'hui, M. Rigaud possède à l'actif de sa méthode 160 cas de varices du cordon et des membres inférieurs guéris par ce procédé.

Il pratique une incision à la peau, et la veine étant dénudée, il passe au-dessous d'elle un corps isolant, diachylon, sonde en gomme, etc., puis il recouvre le tout d'une légère couche de charpie sèche. Le surlendemain de l'opération, l'oblitération du vaisseau est généralement complète, on sent au toucher de la veine un cordon dur et roulant sous le doigt. Vers le septième jour, le paquet se dessèche, se momifie et se rompt. La plaie est pansée et la cicatrisation ne se fait pas longtemps attendre. L'isolement de la veine doit être pratiqué avec le plus grand soin afin d'éviter la blessure du vaisseau; M. Rigaud a vu périr trois de ses opérés chez lesquels cet accident était arrivé. Cette circonstance malheureuse, loin de nuire à la méthode, lui est plutôt favorable aux yeux de l'auteur. Il en ressort, en effet, que rien n'est plus dangereux que de lier les veines dans le traitement des varices, à cause de la phlébite consécutive qui, souvent, peut entraîner la mort. Dans sa façon d'opérer, le vaisseau reste intact, le contact de l'air seul peut produire la coagulation obturatrice. Les résultats sont définitifs.

M. Notta (de Lisieux) demande quelle est la conduite à tenir dans les cas *de contusion du périnée avec rupture de l'urèthre et rétention d'urine.* Dans trois cas de ce genre qui se sont présentés à lui, l'orateur a tenté le cathétérisme; mais la sonde, au lieu de pénétrer dans la vessie, s'arrête dans une cavité où l'urine est épanchée, mêlée à des caillots de sang. M. Notta fait alors une incision sur la ligne médiane du périnée, nettoie cette cavité et fait faire au malade des efforts pour uriner; après un temps plus ou moins long, l'urine s'écoule. Lorsque la plaie est bien détergée, il introduit une sonde dans le canal de l'urèthre, la fait pénétrer dans la vessie et la laisse à demeure. Le malade urine par la sonde et la cicatrisation marche rapidement. Cette façon d'agir lui a très-bien réussi.

M. Guyon.—Le cathétérisme de l'urèthre dans ces cas. n'est pas seulement infructueux, mais il peut être même dangereux parce qu'il reproduit l'hémorrhagie qui accompagne si souvent ces contusions du périnée. Il est donc de l'avis de M. Notta; seulement il conseille d'introduire la sonde à demeure aussitôt après l'incision faite: le tamponnement devenant nécessaire pour arrêter le sang.

M. Sée a pu chez un enfant pénétrer avec la sonde dans un cas pareil; la guérison a été rapide Chez un autre enfant qui portait, après une chûte sur le périnée, un épanchement très-abondant de sang et d'urine dans toute la région, il introduisit encore une sonde, elle s'obstrue, il la retire, mais elle ne peut plus pénétrer. Bain; peu après, éblouissements, nausées, vomissements verdâtres; incisions au périnée; l'enfant meurt rapidement. A l'autopsie aucune lésion ne justifie la mort, due sans doute à un accès de fièvre pernicieuse.

M. Giraldès dans une circonstance semblable, après une tentative infructueuse de cathétérisme, a fait la ponction de la vessie, et par l'ouverture vésicale a fait passer une sonde dans le canal. Le malade a guéri (1). — Suit une courte discussion entre MM. Le Fort, Notta, Guyon.

I. B.

(1) Voyez aussi les *leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, par M. Giraldès.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des pansements à l'acide salicylique.

La mortalité considérable qui a toujours décimé les blessés dans les grands hôpitaux ou les ambulances de guerre a fait rechercher de tout temps aussi la cause des insuccès de la chirurgie et les moyens d'y remédier. Ces études se rattachent d'une façon intime à l'histologie et à la chimie, et comme ces deux sciences sont aujourd'hui en pleine évolution il n'est pas étonnant de voir surgir des remèdes nouveaux contre l'infection purulente ou putride.

Nous avons eu successivement l'alcool, la glycérine, l'iodoforme, l'acide phénique, les pansements de Lister et de Guérin; voici venir l'acide salicylique, étudié par Kolbe (1), Neubauer (2), Knop (3), Muller (4), à Breslau, Thiersch, à Leipzig (5), Butt et Feurbringer à Heidelberg (6).

C'est en 1839 que M. Peria découvrit cet acide en fondant de l'hydrure de salicyle ou huile essentielle de la reine des Prés avec de la potasse caustique.

Kolbe réussit à le fabriquer de toute pièce avec l'hydrate de phénile et l'acide carbonique. Il obtint ainsi un composé fondant à 159°, se solidifiant à 157°, colorant les sels de fer en violet, et se convertissant dans l'économie en une sorte d'acide hippurique, l'acide salicylurique. Tel est le corps sur lequel Thiersch, de Leipzig, vient d'écrire une longue monographie où sont minutieusement fournis les détails de ce pansement nouveau.

L'eau ne dissolvant qu'*un* gramme pour 300 d'acide salicylique à la température ordinaire, on a de cette façon une préparation officinale titrée facile à se procurer. Mélangée à l'urine, elle arrête sa décomposition comme celle du pus et du sang : celui-ci se colore en violet à cause du fer qu'il contient. Le pus se prend en coagulum albumineux et ses éléments conservent leur forme comme celles des globules rouges, légèrement éclaircis cependant. Si on compare l'acide salicylique à l'acide phénique, on voit que l'acide salicylique n'est pas irritant, comme celui-ci, qu'étant dépourvu de cette odeur si persistante et désagréable, il a toutes les qualités du phénol, sans parler encore de l'action dans l'usage interne. Le prix de revient serait aussi sensiblement moindre.

Pour les pansements on se sert soit de la solution officinale, soit de ouate imprégnée. Blaser donne pour cette fabrication la formule suivante :

Ouate à 3 0[0.
Acide salicylique 750 gr. dissous dans alcool 7 kilog. 5 (à 85°).
Eau 150 litres à 70° centig.

Cette solution peut servir pour 25 kilog. de coton.

Ouate à 10 0[0.
Acide 1 kilogr.
Alcool 10 k. pour 10 kilogr. de coton.
Eau 60 litres.

Ces préparations ne demandent pas plus de 3 ou 4 h. pour être complétement exécutées. La répartition de l'acide sans être parfaitement égale donne néanmoins une moyenne suffisante. La glycérine fournit un bon excipient à l'acide :

Acide salicylique 753.
Glycérine 500.
Eau 4.500 à 70° cent.

En applications directes sur les plaies, et concentré, l'acide salicylique cause une douleur assez vive pendant 2 ou 3 heures; puis, la plaie se déterge, et les bourgeons apparaissent rapidement, comme avec les caustiques. A 1[300, il n'est plus irritant; du reste son action toxique n'est jamais à craindre quelle que soit la dose.

Thiersch a examiné très-attentivement l'action de cet agent sur le pus, son influence sur la genèse des bactéries et des vibrions dans les pansements. L'auteur affirme que les pansements fermés, à la ouate imprégnée, peuvent rester 14 jours sans présenter trace de champignon; nous trouvons néanmoins, quelques observations où le microscope a révélé des vibrions et des baguettes articulées mobiles. Le liquide des blessures traitées à ciel ouvert ne contiendrait jamais de chainettes. La chirurgie allemande attribue depuis quelque temps la plus grande importance à l'étude des spores dans les plaies, elle n'hésite pas à leur faire jouer un rôle au moins important dans les accidents putrides et septiques, et c'est pour arriver à détruire ces germes de fermentation que nous voyons renouveler avec l'acide salicylique les essais tentés déjà par Lister avec l'alcool et l'acide phénique.

Les soins les plus minutieux sont exigés dans ses pansements. Le malade est nettoyé; le membre, rasé; les instruments, passés à l'alcool (l'acide salicylique attaquant l'acier), — les éponges ont été purifiées aux alcalis et à l'acide salicylique, — les assistants, l'opérateur font de fréquentes ablutions avec la solution officinale, — les ligatures, composées de tissus imputrescibles, sont appliquées en grand nombre pour éviter la décomposition du sang qui pourrait s'écouler. Enfin le pansement réel est fait avec la ouate salicyliquée.

Les bandages permanents peuvent être conservés soit en surajoutant des feuilles de ouate, soit en versant une nouvelle quantité de solution alcoolique sur l'ancien coton. Dès le 4me ou 5me jour, la suppuration donne une odeur rance ou caséeuse et dans tous les cas l'acide chlorhydrique décèle la formation d'ammoniaque comme dans les pansements de Lister avec l'acide phénique. C'est assurément plutôt à cette méthode générale qu'au nouvel agent lui-même, que nous devons attribuer les succès obtenus par Thiersch à Leipzig avec l'acide salicylique.

Dans une première série de grandes amputations : cuisse, jambe, nous trouvons 13 guérisons sur 18 et pour les résections et les factures compliquées 23 guérisons sur 23 cas. Dans une seconde série, 51 grandes amputations n'ont fourni que 7 morts. Soit en tout 64 guérisons sur 89 amputations, ou 28 0[0 de mortalité, chiffre que nous croyons se rapprocher beaucoup de celui obtenu par les chirurgiens américains dans les hôpitaux civils. Notons toutefois, dans la statistique de Thiersch, trois cas d'érysipèle dont un mortel, et trois cas de pyohémie fatalement terminés.

L'influence de l'acide salicylique à l'intérieur a été étudiée en décembre 1874 par Furbringer, aide clinique de Heidelberg. A la dose de 1 c. chez le lapin et de 5 à 25 centig. chez l'homme la température ne dépasse pas le maximum ou le minimum habituel. Après avoir développé la fièvre putride chez des lapins par des injections sous-cutanées de liquide putride, il a suffi d'une dose de 0,05 c. à 0,20 c. pour amener dans ce cas un abaissement considérable de la température. Chez l'homme, dans l'infection purulente, les résultats ont été également manifestes.

Butt, aide clinique à l'hôpital de Saint-Galle, a pu reconnaître aussi dans l'acide salicylique un agent anti-septique et anti-pyrétique puissant, supérieur même au sulfate de quinine, puisque à haute dose, il ne serait pas toxique, et ne produirait aucun des effets de la saturation quinique.

En l'élevant à 4 et 8 grammes en une seule fois, il en a retiré les meilleurs effets dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle et le rhumatisme aigu. Nous savons cependant qu'une dose de 1 sur 20 en lavement a développé une péritonite mortelle en 24 h. chez un lapin. — Kolbe a pu en prendre impunément 1,50 pendant plusieurs jours.

En résumé, l'acide salicylique paraît être chimiquement parlant un anti-fermentescible au même titre que l'acide phénique. Il arrête la décomposition des liquides organiques, empêche les bactéries de se former, et n'est pas toxique parce qu'il est rapidement éliminé de l'économie par les urines. — Tels sont les faits certains qui ont conduit à l'employer dans les pansements chirurgicaux. S'il est en outre meilleur marché que l'acide phénique sans avoir cette odeur aussi pénible après un certain temps que l'odeur du pus lui-même, s'il abaisse réellement la température dans la fièvre, nous devons reconnaître à ce nouvel agent des qualités utilisables malgré toute la défiance qu'inspirent à juste titre les médicaments nouveaux.

F. P.

(1) *Ueber die enteseptische Eigenschaft der salicysaure gegenuber der carbolsaure.* — *Journal für praktisch Chimie*, T. X p. 144, 1874.
(2) *Ibid*, T. II p. 1, 1875. — (3) *Ibid*, T. X, p. 351. — (4) *Ibid*, p. 9.— (5) *Sammlung klinischer Vortrage* — n° 84, 85. *Klinische Ergebnisse der Listerschen Wundbehandlang und uber den Ersartz der Carbolsaure durch salicylsaure.* — (6) *Centralblatt*, 1875, n° 18.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation.

Des paralysies bulbaires, par le docteur HALLOPEAU. Thèse d'agrégation en médecine. J.-B. Baillière, éditeur.

Depuis quelques années l'histoire de l'Anatomie et de la Pathologie bulbaires s'est enrichie de documents nombreux. Mais ces documents, épars dans les recueils français et étrangers, n'étaient guère connus que des personnes qui se livrent spécialement à l'étude du système nerveux. Il était utile qu'ils fussent groupés dans un travail d'ensemble où chacun les trouvant réunis, pût apprécier leur valeur, et mesurer d'un coup d'œil l'étendue des progrès accomplis. Cette tâche est incombée à M. Hallopeau : il l'a remplie avec un rare bonheur, et en homme familiarisé depuis longtemps avec la connaissance des problèmes les plus délicats de la pathologie nerveuse.

Après avoir résumé en quelques pages les notions les mieux établies sur l'anatomie et la physiologie du bulbe, M. Hallopeau entre dans le cœur de son sujet et étudie tout d'abord la maladie décrite pour la première fois par M. Duchenne (de Boulogne) sous le nom de paralysie glosso-labio-laryngée, à laquelle il reconnaît deux formes : l'une, purement bulbaire, et l'autre, bulbo-spinale. Dans un second chapitre sont groupées les diverses variétés de scléroses bulbaires. Puis arrivent des lésions beaucoup plus rares, ce sont les paralysies symptomatiques de foyers de ramollissement, de tumeurs, de compression, et de traumatismes du bulbe, et en dernier lieu les paralysies sans lésion déterminée, mais que l'on peut légitimement rapporter à un trouble fonctionnel ou à des lésions encore inconnues du bulbe. Enfin dans un remarquable chapitre de séméiologie l'auteur, se plaçant à un point de vue purement clinique, recherche à l'aide de quels signes ou de quel ensemble de signes, on peut différencier les paralysies bulbaires, des paralysies cérébrales ou périphériques, et la paralysie bulbaire étant reconnue, comment on pourra remonter du symptôme à la lésion et établir un diagnostic anatomique exact et complet. Les travaux publiés dans ces derniers temps par M. Charcot et par ses élèves lui ont été d'un grand secours dans l'exécution de son travail.

La monographie de M. Hallopeau a l'avantage de répondre à un véritable besoin, et de combler une lacune dans la littérature médicale. Nous devons remercier les juges du concours d'avoir choisi un pareil sujet, et surtout féliciter M. Hallopeau de l'avoir traité d'une façon aussi savante et aussi complète.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. ARCHAMBAULT. Salle Saint-Louis : 1, mal de Pott cervical, abcès rétro-pharyngien; 5, croup; 7, pleurésie ponctionnée, guérie; 11, stomatite ulcéro-membraneuse; 13, impétigo de la face; 14, rhumatisme, endocardite et pleurésie; 17, chorée, endocardite mitrale; 19, rhumatisme, pleurésie double; 21, angine herpétique.

Service de M. LABRIC. Salle Saint-Jean : 8 pneumonie typhoïde; 11. pleurésie avec bruits amphoriques; 20, anasarque scarlatineuse; 34, érysipèle de la face; 35, tuberculose aiguë; 39, rhumatisme, hydarthrose et purpura; 41, tuberculose osseuse, pulmonaire et rénale; 42, syphilis secondaire; 43, rhumatisme, chorée, endocardite mitrale.

Service de M. de SAINT-GERMAIN. Salle Saint-Côme : 4, fracture articulaire de l'humérus; 7, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 17, fracture compliquée de l'humérus avec plaie et pénétration articulaires; 22, ostéopériostite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia droit; 23, tumeur blanche tibio-tarsienne avec contractures réflexes; 29, abcès du périnée, uréthrotomie externe. — Salle Sainte-Pauline : 8, double pied-bot varus; 11, mal de Pott occipital; 30, 31, fractures de cuisse.

Mardi : clinique de M. Bouchut; — Jeudi : clinique de M. de Saint-Germain; — Samedi : clinique de M. Blachez; — Samedi : consultation, conférence de M. Simon; — Samedi : consultation d'orthopédie de M. de Saint-Germain; — Lundi, mardi et vendredi, consultation de maladies aiguës par MM. Bouchut, Archambault et Labric.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* Service de M. HARDY. Consultation le jeudi. Conférences cliniques le vendredi. Visite à 9 heures. Salle Saint-Jean (F.) : 7, eczéma rebelle du pied; 12, psoriasis guttata; 13, ecthyma, gale; 54, lupus érythémateux de la face; 69, syphilide pigmentaire, plaques muqueuses; 73, psoriasis. (H.) : 19, ecthyma syphilitique; 21, acné indurée de la face; 27, psoriasis généralisé; 34, éruption furonculeuse; 38, scrofule, abcès du menton; 42, acné hypertrophique du nez; 45, eczéma de la face, période squameuse; 52, ecthyma parasitaire des jambes.

Service de M. BESNIER. Consultation le lundi à 8 h. Salle Saint-Thomas (F.) : 15, scrofule; 22, lupus; 40, eczéma des lèvres; 56, lupus de la face; 58, syphilis; 60, syphilis tertiaire, face, érysipèle; 70, lèpre d'Afrique. — Salle Saint-Léon (H.) : 3, icthyose; 15, psoriasis syphilitique; 19, eczéma; 24, syphilis grave; 48, syphilis grave. — Le *Musée* anatomo-pathologique de Saint-Louis est ouvert pour les étudiants tous les jours de 8 à 11 h. du matin.

Hôpital Temporaire, rue de Sèvres. Service de M. TERRIER. Salle Saint-André (H.) : 6, fistule à l'anus; 8, fracture de jambe compliquée de plaie; 10, cancroïde du pavillon de l'oreille, opéré; 22, scapulalgie, résection de l'extrémité supérieure de l'humérus; 29, fracture sous-trochantérienne du fémur; 33, fracture de l'extrémité inférieure du péroné, vaste épanchement sanguin, 37, fracture du péroné par diastase, au tiers supérieur; 39, abcès multiples, suite de lymphangite du membre inférieur; 46, abcès froid de la région anale ; lésion osseuse de l'ischion.

Service de M. le Dr RIGAL. Salle Sainte-Hélène (H.) : 4, insuffisance mitrale, asystolie; 8, mal de Pott; 28, intoxication saturnine. — Salle Saint-Jean (F.) : 15, péritonite cancéreuse; 22, insuffisance mitrale, diarrhée chronique: 23, pleurérie, bronchite, insuffisance mitrale; — Salle Saint-Louis : 1, pneumonie caséeuse; 3, rhumatisme avec endocardite mitrale; 8, tuberculose, albuminurie; 20, tumeur cérébrale d'origine syphilitique.

Service de M. DAMASCHINO. Salle Saint-François (F.) : 4, corps fibreux; 8, fièvre continue; 10, 15, aphasie; 26, double lésion aortique; 25, bronchite chronique et insuffisance aortique; 27, glossite traumatique; 19, maladie de Graves. — Salle Sainte-Marie : 4, cystocèle vaginale; 11, péritonite puerpérale; 18, phthisie aiguë; 22, leucocythémie; 23, 24, 15, rougeole.

Service de M. AUDHOUI. Salle Saint-Joseph (F.) : 3, affection cardiaque, apoplexie pulmonaire, hémoptysie; 11, exostoses syphilitiques, ecthyma de même nature; 18, affection mitrale, asystolie; 31, anévrysme de la crosse de l'aorte. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 6, leucocythémie splénique; 13, mal de Bright; 28, pneumonie.— Salle Sainte-Marthe : 1, albuminurie aiguë; 9, paralysie générale; 15 et 18, affection cardiaque.

Hôpital de la Pitié. Service de M. DESNOS. Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, sclérose antéro-latérale (?); 11, pneumonie, insuffisance aortique; 20, tuberculose pulmonaire, orchite chronique tuberculeuse; 38, phlegmon de la fosse iliaque; 42, pneumonie chronique. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, diabète; 8, fièvre typhoïde adynamique; 19, pneumonie caséeuse; 34, phlegmon rétro-utérin; 35, hydro-pneumo-thorax ; 37, sclérose en plaques.

Service de M. GALLARD. Examen au spéculum les jeudis et samedis. Salle du Rosaire : 23, rétrécissement et insuffisance mitrale; 17, grossesse extra-utérine; 19, phlegmon péri-utérin, ulcères.—Salle Saint-Athanase : 11, cancer stomacal; 26, dilatation aortique; 15, ataxie locomotrice.

ECOLE PRATIQUE. — *Cours public d'accouchement.* — M. le docteur Migon ouvrira, le lundi 31 mai 1875, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours complet de manœuvres et opérations obstétricales. Ce cours sera continué les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Technique microscopique. — M. Lateux recommencera son cours le jeudi 3 juin; ce cours, qui durera six semaines aura lieu au laboratoire de l'hôpital des Cliniques. On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Agrégation de chirurgie.* — 3e épreuve. — 22 mai : Blum, des *Fractures compliquées de luxations ;* — Penières, des *Luxations compliquées de plaies.* — 25 mai : Marchand, *Traitement des plaies d'amputation ;* — Pozzi, *De la nécrose dans les fractures.* — 27 mai : Roustan, *De l'étranglement en chirurgie ;* — Berger, *De la cataracte congénitale.* — Samedi, 29 mai : Terrillon et Richelot; — mardi 1er juin, Humbert et Jullien; — jeudi, 3 juin, Monod et de Soyre ; — Samedi, 5 juin, Chantreuil et Piuard.

—Le secrétaire de la Faculté de médecine a l'honneur de rappeler à Messieurs les étudiants que, d'après les intentions ministérielles, toutes les pétitions doivent être faites sur *papier timbré,* qu'elles doivent toutes être remises au secrétariat, lors même qu'elles sont adressées à M. le Ministre.

HERBORISATION. — M. Bureau fera une herborisation dans la vallée de l'Yvette le dimanche 30 mai. Départ par le train de 6 heures du matin (gare de Sceaux) pour Boullay-les-Troux.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Daubrée fera une excursion géologique le 30 mai à Jaignes, Tancrou et La Ferté-sous-Jouare. Rendez-vous à la gare de l'Est pour le train de 7 heures 20.

MÉDAILLE DÉCERNÉE A M. CLAUDE BERNARD. — Le collège royal des médecins d'Angleterre vient, à l'unanimité, de décerner une médaille *the Baly medal* à M. le professeur Claude Bernard, qui sera invité à se rendre à Londres pour recevoir des membres mêmes du Collège ce témoignage d'estime. On fixera ultérieurement le jour de la cérémonie, qui sera également désigné pour célébrer la fête annuelle en l'honneur de Harvey. Espérons que le professeur du collège de France pourra se séparer un instant de ses travaux et accepter l'invitation de ses confrères anglais.

VACANCES MÉDICALES.—Le maire du Château d'Oléron (Charente-Inférieure), fait publier l'avis suivant :

La commune du Château réunissant une population de 3,000 âmes, n'a pas un seul médecin, elle en pourrait bien utiliser deux.

Son territoire fort restreint présente du centre à la circonférence, un rayon

de deux kilomètres environ. C'est dire que son parcours à pied est chose facile; toutes ses routes n'en sont pas moins carrossables, et sa population généralement aisée.

Son chef-lieu, petite ville de 1,400 à 1,500 âmes, offre un séjour agréable communiquant avec le continent par bateaux à vapeur et plusieurs fois par jour. — Les deux médecins qui viendraient s'y fixer y trouveraient donc agrément et profit. Ils pourraient facilement étendre leur clientèle dans tout le canton qui est aussi dépourvu de médecin.

CLIENTÈLE MÉDICALE vacante dans un pays très-pittoresque (en Vendée), rapport de 8 à 10,000 francs par an y compris la tenue d'une pharmacie ... S'adresser à M. le Dr R... France.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

III. *Du Jaborandi* (23 mars 1875).

Messieurs,

Le jaborandi étant destiné à tenir un rang considérable dans la thérapeutique, il est utile de savoir à quelle dose il peut devenir toxique. Diverses expériences ont été faites dans ce but.

M. A. Robin a produit la mort, chez un cobaye, deux heures et demie après avoir injecté sous la peau 1 gr. 70 d'extrait de jaborandi, en dilution dans 10 grammes d'eau. L'injection de ce liquide avait été faite en plusieurs fois, dix fois environ, dans l'espace d'une demi-heure. Cette quantité paraîtra très-considérable, si l'on se représente que l'extrait injecté contenait les principes actifs de vingt grammes de feuilles de jaborandi. Je vous citerai encore le résultat obtenu par M. E. Hardy, avec le chlorhydrate de pilocarpine non cristallisé. Un demi-centimètre d'une solution aqueuse non titrée mais très-diluée de ce sel, introduit sous la peau d'un cobaye, dans mon laboratoire, a tué l'animal au bout d'une heure et demie. Les expériences que j'ai faites sur les grenouilles ne m'ont donné que peu ou pas de résultat.

Enfin, dans les nombreuses expériences que j'ai faites sur le jaborandi, j'ai souvent injecté, dans les veines du chien, une infusion de 10 et même 12 grammes de feuilles de jaborandi sans déterminer la mort. MM. Bochefontaine et Galippe ont également injecté plusieurs fois les mêmes doses d'infusion d'écorce, de tiges ou de feuilles de jaborandi, chez des chiens, et la mort n'a eu lieu qu'une fois seulement.

Dans l'expérience qui s'est ainsi terminée par la mort de l'animal, on avait injecté dans la veine crurale droite 90 grammes d'eau, ayant servi à l'infusion de 10 grammes de feuilles grossièrement pulvérisées. L'injection avait été faite en trois fois, à deux ou trois minutes d'intervalle. Quelques instants après la première injection, l'animal avait commencé à saliver abondamment; ses yeux s'étaient remplis de fluide lacrymal. Un peu plus tard, se produisaient des vomissements, puis de la diarrhée. Du mucus sanguinolent sortait par les narines. Le pouls était petit, inégal (100 par minute); les pupilles, d'abord élargies, étaient revenues à leur état normal. L'animal tremblait et paraissait très-faible. Il est mort pendant la nuit. On a trouvé une congestion intense de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin; l'encéphale et ses membranes étaient aussi très-congestionnés. Il y avait des points ecchymotiques dans les poumons, surtout au-dessous des plèvres.

En résumé, le degré de toxicité du jaborandi reste encore à déterminer. Quant à l'énergie toxique du principe actif du jaborandi, elle ne pourra être étudiée avec quelque précision, que lorsqu'on aura en main ce principe tout à fait isolé, soit à l'état d'alcaloïde, soit à l'état de sel et qu'on pourra en faire des solutions titrées.

Nous arrivons à l'étude de l'action physiologique du jaborandi. Les effets produits par cette substance sont de plusieurs sortes. Le jaborandi agit d'une façon très-puissante sur les sécrétions ; il modifie la circulation, la température; il détermine, appliqué sur l'œil même, un myosis très-prononcé, etc.

Occupons-nous d'abord des hypercrinies provoquées par le jaborandi. Le travail sécrétoire de la plupart des glandes s'exagère. Les glandes salivaires sont souvent prises les premières; les glandes lacrymales le sont ensuite; puis les glandes de la peau et des muqueuses, puis le foie, le pancréas, les glandes mammaires, les reins.

Ces effets du jaborandi sont utiles à connaître pour le physiologiste, car cette substance peut devenir un agent très-important d'expérimentation et de recherche. Le jaborandi fournit, en effet, le moyen d'obtenir à volonté les produits de sécrétions de diverses glandes. Veut-on recueillir, par exemple, la salive sous-maxillaire du chien pure, exempte de tout mélange avec le reste de la salive buccale, il suffira d'introduire dans le canal de Wharton, une canule par où le liquide s'écoulera sous l'influence du jaborandi. Mais cette substance est particulièrement utile pour obtenir la salive parotidienne qu'on n'a pu recueillir, chez les chiens, que très-difficilement et en petite quantité, par tous les procédés employés jusqu'ici. Le moyen consiste à introduire une canule dans le canal de Sténon; on obtient ainsi, à l'aide du jaborandi, une quantité de salive parotidienne vraiment considérable. Nous avons pu recueillir, en quinze minutes, sur un chien de moyenne taille, 8 centimètres cubes de cette salive. L'on peut se procurer aussi de la salive sublinguale, par ce même procédé. On pourrait même, sans doute, obtenir de la salive sécrétée par la glande molaire, chez le chien. Les liquides salivaires que l'on recueille, de cette façon, ont les caractères particuliers qui les distinguent, lorsqu'on les obtient dans d'autres conditions.

Le jaborandi nous met à même aussi de recueillir du suc pancréatique, aux diverses périodes de la digestion ou de l'état de jeûne. Chez un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle, la sécrétion du pancréas est, en général, très-peu active; et, si l'on a mis une canule dans le conduit de Wirsung, il ne s'écoule que de bien rares gouttes de fluide pancréatique. Mais si l'animal est soumis à l'action du jaborandi, on peut recevoir dans un vase, en peu de temps, une assez grande quantité de fluide pancréatique. Ce liquide est bien réellement du suc pancréatique normal; il a une fluidité aqueuse; il est incolore, nettement alcalin; il donne un précipité blanc très-abondant, quand on le traite par l'acide azotique. Dans une de nos expériences, il se solidifiait sous forme d'un bloc blanc massif, sous l'influence de cet acide. De plus, il exerce une légère action saccharifiante sur l'amidon. On peut dorénavant, à l'aide de ce procédé, obtenir du suc pancréatique, comme je le disais tout-à-l'heure, dans les diverses périodes de la digestion, et vérifier facilement les données établies par M. Lucien Corvisart, relativement à l'influence plus ou moins énergique, exercée par ce liquide sur les substances albuminoïdes, suivant le moment où on le recueille.

Il en est encore de même pour la bile, que l'on peut recueillir en abondance et absolument pure, au moyen d'une canule introduite dans le canal cholédoque, chez un animal curarisé ou non, et dans la veine crurale duquel on injecte une infusion aqueuse de deux à trois grammes de feuilles de jaborandi.

Outre cet avantage de pouvoir se procurer à volonté les produits de sécrétion des diverses glandes que je viens de vous indiquer, il en existe un autre, celui de pouvoir étudier l'élimination par ces glandes des substances toxiques ou médicamenteuses. Vous voyez de suite tout l'intérêt qui

(1) Voir les nos 14, 15, 16, 18 et 19 du *Progrès médical*.

s'attache à ce procédé expérimental, et aux résultats qu'il peut donner.

J'aborde maintenant l'étude du mécanisme physiologique de l'action du jaborandi. Comme point de départ de cette étude, nous prendrons les effets produits par le jaborandi sur les sécrétions et nous choisirons celles de ces sécrétions qui sont principalement exagérées, c'est-à-dire la salivation et la sécrétion sudorale.

Pour ce qui concerne l'hypercrinie salivaire, nous étudierons d'une façon exclusive le mécanisme des effets du jaborandi sur la glande sous-maxillaire, parce que les relations du système nerveux avec cette glande ont été très-étudiées dans ces dernières années, et que nous les connaissons mieux que celles qui existent pour toutes les autres glandes salivaires. Il est, d'ailleurs, presque inutile d'ajouter que ce que nous disons de la sialorrhée sous-maxillaire, peut s'appliquer au mécanisme des effets du jaborandi sur les autres glandes salivaires.

Lorsqu'on cherche par quel moyen le jaborandi peut exagérer la sécrétion de la glande sous-maxillaire, on se trouve en présence de deux hypothèses :

1° Ou bien le jaborandi agit directement sur les cellules propres de la glande, en déterminant, d'ailleurs, des phénomènes vaso-dilatateurs réflexes, adjuvants ;

2° Ou bien, il agit sur le travail sécrétoire de la glande, d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du système nerveux. Voyons laquelle de ces deux hypothèses répond le mieux aux faits.

La première hypothèse a été émise par M. Gubler. D'après cette hypothèse, le jaborandi éliminé par les glandes salivaires exciterait, lors de son passage, les cellules propres de ces glandes. Cette excitation produirait, comme phénomène connexe, une irritation des extrémités périphériques des nerfs centripètes qui se distribuent au tissu glandulaire. Cette dernière irritation, agissant par voie réflexe, déterminerait la dilatation des vaisseaux glandulaires et par conséquent un afflux plus considérable de sang. Et l'afflux de sang, fournissant des matériaux plus abondants au travail sécrétoire de la langue, favoriserait à son tour l'hypersécrétion salivaire.

Remarquez, messieurs, que cette théorie est scientifiquement conçue et que, considérée en elle-même, elle est très-satisfaisante. Seulement, pour qu'elle puisse être acceptée, il faudrait démontrer, d'abord, que le jaborandi est éliminé par les glandes salivaires. Or, M. E. Hardy a bien voulu faire l'analyse de la salive sous-maxillaire que j'avais recueillie dans une de nos expériences sur le jaborandi, et il n'a pu y trouver aucune trace d'alcaloïde. M. E. Hardy a fait le travail pour la bile et dans ce cas le résultat a été, sinon négatif, au moins douteux.

Voici donc déjà une présomption contre la théorie de M. Gubler, et il semble probable que le jaborandi ne produit pas la salivation en agissant directement sur les éléments cellulaires des culs-de-sac des glandes salivaires. Toutefois, avant de rien affirmer dans ce sens, il faudrait répéter et varier les expériences, de façon à ne conserver aucun doute sur la non-élimination des principes du jaborandi par les glandes salivaires.

Les expériences de M. Heidenhain nous fournissent, d'ailleurs, un autre argument contre la théorie en question. Pour que vous puissiez bien apprécier la valeur de cet argument, je vous rappellerai, en quelques mots, le mode d'innervation de la glande sous-maxillaire.

Cette glande reçoit des filets nerveux, provenant de deux sources différentes :

1° Certains de ces filets émanent du bulbe rachidien : ce sont les filets qui viennent de la corde du tympan, branche du nerf facial. Comme je le représente sur ce dessin schématique, la corde du tympan s'accole à une branche du trijumeau, le nerf lingual, de manière à former, avec lui, un tronc unique, d'où part un filet qui suit, chez le chien, un trajet récurrent, et se rend à la glande sous-maxillaire. Cette disposition anatomique pourrait faire supposer que le filet glandulaire vient du trijumeau et naît dans la protubérance ; mais la physiologie et l'histologie ont clairement démontré qu'il est formé par des fibres de la corde du tympan, branche du facial.

2° Les autres filets nerveux de la glande sous-maxillaire viennent du grand sympathique et sont fournis par le ganglion cervical supérieur : la plupart d'entre eux sont amenés à ce ganglion par le cordon cervical de ce système nerveux.

Maintenant, vous comprendrez aisément les procédés en usage parmi les physiologistes pour exciter les nerfs de la glande sous-maxillaire. Il n'est guère facile d'atteindre le facial dans son trajet intra-crânien, au-dessus du point d'origine de la corde du tympan. On peut aisément atteindre la corde du tympan par l'oreille externe et la sectionner dans la caisse, en perforant la membrane tympanique ; mais il n'est guère possible de l'exciter à cette profondeur au moyen d'un courant électrique. Il est facile, au contraire, de découvrir le lingual, en un point de son trajet situé au-dessus de l'origine du filet récurrent qui se distribue à la glande sous-maxillaire : on pourra ainsi paralyser ou exciter ce filet, en agissant sur le lingual dans ce point ; et l'on devra évidemment obtenir ainsi les mêmes effets, comme action directe sur la glande, que si l'on faisait la section ou l'excitation de la corde du tympan elle-même, avant son union avec le lingual.

L'excitation du sympathique ne présente pas de pareilles difficultés. Les expériences se font sur des chiens. Or, chez ces animaux, le cordon cervical du sympathique est uni au pneumogastrique, et le cordon qu'ils forment porte le nom de vago-sympathique. Par conséquent, si, après avoir sectionné le vago-sympathique, au milieu du cou, on excite son bout supérieur, c'est-à-dire, le plus rapproché des centres encéphaliques, on excite inévitablement les fibres du sympathique, qui se rendent à la glande sous-maxillaire, après voir traversé le ganglion cervical supérieur.

Ces faits anatomiques rappelés, je reprends ma démonstration.

Ludwig avait vu que l'excitation du nerf lingual, faite au-dessus des filets qu'il fournit à la glande sous-maxillaire, produit une augmentation remarquable de la sécrétion de la salive. M. Cl. Bernard a confirmé cette observation, et il a montré que l'effet obtenu était dû à l'excitation, non pas des fibres du nerf lingual, mais de celles de la corde du tympan.

M. Schiff avait d'ailleurs déjà mis hors de doute l'influence de la corde du tympan sur la sécrétion sous-maxillaire. Dans un travail publié en 1851, sur la paralysie motrice de la langue, il disait : « Comme je le montrerai en détail, » dans mon travail sur les nerfs du goût, en excitant la » corde du tympan, on provoque l'accélération de l'excré- » tion salivaire; en détruisant ce nerf, on empêche cette » accélération. »

D'autre part, Czermak avait fait voir que la faradisation des rameaux nerveux fournis à la glande sous-maxillaire par le grand sympathique arrête la sécrétion provoquée par l'excitation de la corde du tympan. Toutefois, cet arrêt n'a pas lieu dès le premier moment de l'électrisation. MM. Eckhard et Adrian ont montré, en effet, que pendant les premiers instants, il y a, au contraire, accélération de l'écoulement salivaire. Il s'écoule ainsi plusieurs gouttes d'une salive plus épaisse, plus visqueuse, plus opalescente que sous l'influence de l'excitation du nerf lingual uni à la corde du tympan, et ce n'est qu'après cette courte période d'exagération sécrétoire, que la sécrétion sous-maxillaire s'arrête. (*A suivre*).

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Daubrée fera, le 6 juin, une excursion à Noisy-le-Sec et à Romainville. Départ par le train de 10 h. 20. Gare de l'Est.

HERBORISATION. — M. le professeur CHATIN fera sa prochaine herborisation le dimanche 6 juin, dans les bois de Chaville. Rendez-vous à la gare Montparnasse, pour le train quittant Paris à 11 h.

M. BAILLON fera son herborisation du 6 juin à Montmorency. Départ pour Enghein à 8 h. 55, gare du Nord.

— M. Bureau fera une herborisation le 6 juin, dans les bois de Satory. Rendez-vous à Versailles par le train partant à 10 h. (gare Montparnasse.)

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. PARROT.**

De l'athrepsie (1).

Xe LEÇON. — *Etiologie.*

Leçons recueillies par E. TROISIER, revues par le professeur.

Messieurs,

Cela nous mène à la plus habituelle et à la plus puissante des causes; je veux parler du vice des digestions. Nous venons de voir qu'un grand nombre de celles précédemment indiquées n'agissent qu'en la mettant en jeu. J'ajoute que dans la plupart des cas, elle est primitive.

L'aliment peut nuire par sa quantité et par sa qualité. Le premier mode d'action peut être accusé, cela est incontestable, mais moins fréquemment qu'on est disposé à le croire généralement. Et d'abord, il est rare qu'un nouveau-né qui tette ait à souffrir d'une alimentation trop copieuse. S'il est avide et que le lait lui arrive en abondance, il pourra bien se faire qu'il en prenne trop, mais il le rend presque aussitôt après, encore liquide, et avant que son estomac ne l'ait digéré. Cette régurgitation, qui suit le repas est, vous le savez, bien plutôt l'indice de l'état de santé qu'un acte morbide.

Les choses peuvent se passer autrement et d'une manière beaucoup moins satisfaisante, lorsqu'on nourrit à l'aide du biberon. Fréquemment, en effet, surtout dans les salles où les nouveau-nés sont rassemblés en grand nombre et restent couchés dans leur berceau, par manque d'un personnel suffisant, les repas sont rares et trop copieux. L'estomac dans lequel le lait arrive sans effort est vite rempli et s'habitue à cette distension; mais c'est là une tolérance morbide, qui a pour résultat une élaboration gastrique imparfaite.

Il est rare que les troubles digestifs soient provoqués par une alimentation insuffisante, c'est-à-dire inférieure aux besoins de l'enfant, et contrairement à une opinion très-répandue, j'estime que c'est par la mauvaise qualité de l'aliment que le nouveau-né est atteint et devient malade. C'est parce qu'au lait de la femme on substitue du lait de vache ou même une autre matière encore moins appropriée aux organes digestifs de l'enfant.

Si donc il y a des cas et je me garde bien de les nier, où le mal doit être attribué à un manque absolu d'aliments, leur nombre est beaucoup moins considérable qu'on ne le croit généralement. Aussi, le terme d'*inanition* est-il mal choisi pour exprimer l'état des malades qui nous occupent. Ce n'est pas, je le répète, la quantité qui fait habituellement défaut, mais la qualité.

Examinons donc comment cette qualité peut être dépravée et devenir le point de départ des troubles digestifs. Je vous ai déjà parlé de quelques circonstances, qui agissent sur le lait maternel, de telle façon qu'il est mal digéré par l'enfant. Elargissons le cercle, et considérons d'une manière plus générale la nourrice, qu'il s'agisse de la mère ou d'une femme étrangère. Eh bien, la pratique vous prouvera qu'il est tel lait qui ne peut convenir à tel nourrisson, et cela en dépit des apparences les plus favorables. Il est abondant, et la vue, l'examen microscopique, l'analyse chimique, autorisent à le déclarer de bonne qualité. Cependant, l'enfant qui le prend a une diarrhée habituelle et dépérit; tandis que ses garde-robes s'améliorent rapidement et que sa nutrition s'accomplit d'une manière normale lorsqu'on lui donne une autre nourrice dont le lait ne semble pas différer de celui de la précédente. Le réactif individuel est ici indispensable, et nulle règle ne peut être posée.

Mais l'aliment, qui le plus habituellement, détermine les troubles de la digestion, ce n'est pas celui que le nouveau-né tirera du sein, c'est le lait de vache qu'on lui donnera à l'aide d'un biberon. Ce mode d'alimentation devient surtout fâcheux lorsque le liquide est altéré soit par des mélanges, soit par la durée trop longue du temps qui s'est écoulé depuis la traite. Et j'ajoute que ses fâcheux effets se feront sentir d'une manière beaucoup plus rapide et accentuée à la ville qu'à la campagne. — Je pourrais m'étendre beaucoup plus longuement sur cette importante question de l'allaitement artificiel, mais je préfère réserver les détails pratiques qu'elle comporte, pour le moment où elle se représentera à propos de la thérapeutique.

Il semble qu'à propos des nouveau-nés il soit superflu de parler de l'action malfaisante des aliments autres que le lait, ceux-ci devant être proscrits de leur alimentation; malheureusement cette infraction à la loi la plus naturelle de l'hygiène est beaucoup plus commune qu'on ne l'imagine et c'est à elle qu'il faut rapporter les premiers accidents de l'athrepsie. (1)

J'en aurais fini avec l'étiologie, si je n'avais à vous parler de celle du *mal de mâchoire.*

Vous savez que j'ai considéré cette affection, comme appartenant au processus athrepsique. Les raisons sur lesquelles j'ai basé cette manière de voir ont été jusqu'ici tirées de la clinique; vous allez voir, que celles fournies par l'étiologie ne sont pas moins probantes.

On a émis des opinions très-diverses sur les causes du tétanos des nouveau-nés. On a indiqué le traumatisme, on y a vu la conséquence d'une phlébite de la veine ombilicale ou d'un travail inflammatoire de mauvaise nature, se développant au niveau de l'ombilic consécutivement à la section du cordon.

Mais d'une part, on a vu succomber au mal de mâchoire un grand nombre d'enfants chez lesquels la cicatrisation du cordon s'était accomplie normalement; et d'un autre côté, il résulte des recherches du Dr Milder, de Prague, (2) que sur 46 cas mortels d'inflammation des veines ombilicales, des convulsions n'ont été observées que 5 fois (3).

Le trismus est très-fréquent aux Antilles et dans les parties les plus chaudes des Etats-Unis, où il décime les négrillons. Or, comme dans ces régions, à des journées excessivement chaudes succèdent des nuits très-froides, on avait pensé que cette transition arrêtait brusquement les fonctions de la peau, et provoquait ainsi des accidents tétaniques.

Cette étiologie qui est la plus ancienne, est aussi celle qui a réuni le plus de suffrages.

Mais aujourd'hui il est parfaitement démontré que le mal sévit sous les latitudes les plus différentes, et si elle est endémique aux Indes occidentales et à Minorque, elle l'est aussi à l'extrême nord, dans la petite île de Westmannö et à Kilda en Islande, où sur 100 enfants, il en meurt 64 du tétanos, entre le cinquième et le douzième jour après la naissance (4).

Il se montre aussi dans toutes les saisons; si le professeur Stadfeldt, a fait voir qu'à Copenhague, il est plus fréquent en août-septembre que durant les autres mois de l'année, je puis vous affirmer que c'est pendant le siége de Paris, c'est-à-dire d'octobre à février que j'en ai observé le plus grand nombre de cas, et que je l'ai vu régner d'une manière presque épidémique à l'hospice des Enfants Assistés. Et on sait que cet hiver 1870-71, a été très-rigoureux.

Justement frappé des résultats opposés que je vous signalais plus haut, M. Ch. West (*Lectures on the diseases of infancy and childhood*; Londres 1859), fait judicieusement remarquer que la saleté et le défaut de ventilation sont à peu près les seules conditions communes aux cabanes des nègres du Sud de l'Union, et à celles du Nord de l'Europe et

(1) Dans son étude sur la mortalité des enfants du 1er âge à Amiens (1874), M. le Dr Faucon arrive à conclure que dans les 2/3 des cas au moins, la mort arrive à la suite de maladies engendrées par un système vicieux d'alimentation, c'est-à-dire par l'allaitement artificiel et l'alimentation prématurée.

(2) Prager Vierteljahrscrift, V. II, 1848; and Schmidt's Jarb:, n° 7, p. 64, 1848.

(3) Dans un travail récent (contribution à l'étude du trismus des nouveau-nés, avec statistique des cas observés dans l'espace de 20 ans (1853-1872) à la maison d'accouchement de Copenhague, *Archives de tocologie*, 1874, p. 386), le professeur A. Stadfeldt, affirme que son expérience s'oppose à ce qu'il accepte l'opinion qui veut que des maladies des vaisseaux ombilicaux soit la cause du trismus neo-natorum.

(4) Voir dans la *Revue médico-chirurgicale* anglaise et étrangère, d'avril

des régions arctiques. Il ne doute pas de l'action de ce vice hygiénique et à l'appui de sa manière de voir, il raconte qu'à la Maternité de Dublin, soixante ans avant l'époque où il écrivait (1859), un sixième des enfants mourait dans la quinzaine qui suivait la naissance, et le trismus était la cause de ces morts dix-neuf fois sur vingt. Le Dr J. Clark ayant adopté un procédé à l'aide duquel la ventilation de l'hôpital s'opérait d'une manière efficace, la mortalité ne fut plus que de 1 sur 19 1/3; et pendant le professorat du Dr Collin, de 1826 à 1833, elle fut seulement de 1 sur 58 1/2 et de 1/9 des cas, elle était consécutive au tétanos.

Avec M. Stadfeldt, nous pensons que le trismus ne dépend point *des conditions moins favorables de l'état puerpuéral* (p. 338); mais je ne saurais adopter davantage l'opinion qu'il soutient, à savoir que très-probablement il existe un *contagium spécifique pour le trismus,* ne trouvant pas dans son important mémoire la preuve de cette proposition. Me basant sur ce qui précède, je crois devoir rejeter complètement l'influence étiologique du traumatisme et n'accorder qu'un rôle très-secondaire au refroidissement. La véritable cause est ailleurs. Elle est, en Europe, dans les hôpitaux, les maternités ou les *maisons affiliées* (1), où le mal est endémique. Elle est en Amérique, dans les habitations mal aérées, enfumées et partant très-insalubres, où les négrillons vivent confinés, dépourvus de soins et d'une alimentation suffisante; toutes conditions que nous avons vues présider au développement de l'athrepsie. Et je ne puis mieux vous convaincre de la réalité de cette interprétation; que de vous dire ce que l'on observe tout d'abord chez les nouveau-nés soumis aux conditions étiologiques, au milieu desquelles se développe le trismus. Ce sont des troubles intestinaux. Ici, comme dans le processus athrepsique ils ouvrent la marche. Tous les auteurs en effet les ont signalés, comme aussi la cachexie qu'ils entraînent après eux. Lorsqu'il parle de la période prodromique, M. Matusynski dit que l'on y observe toujours un dérangement des voies digestives, et il note particulièrement les vomissements et les déjections de matières verdâtres. Dans toutes les relations il ne s'agit que d'enfants pâles, chétifs, amaigris, à la peau flasque et ridée. Ils se jettent avec une sorte d'avidité sur le sein qu'on leur présente, disent les observateurs, mais ils le quittent aussitôt en poussant des cris aigus. Or, quand le sein ainsi abandonné est pourvu de lait, quand ce n'est pas lui qui fait défaut à l'enfant, on doit en conclure que l'enfant est sérieusement atteint, et que la puissance de son mal l'emporte sur son instinct. J'ai maintes fois constaté ce phénomène, et je le considère comme un indice à peu près certain d'un dérangement profond de la digestion.

Comme on le voit, la participation des premières voies au processus pathologique qualifié de trismus, n'a pas échappé à ceux qui l'ont étudié, et s'ils n'y ont pas suffisamment insisté, c'est que dans cette affection à marche le plus souvent rapide, les symptômes du début ne fixent que faiblement l'attention du clinicien, tout entier aux accidents plus bruyants, si l'on peut ainsi dire, qui en marquent la fin.

L'étude des causes, aussi bien que celles des symptômes, nous conduit, à rejeter la doctrine classique qui fait du trismus des nouveaux-nés une variété de tétanos, pour le rattacher à l'athrepsie, et l'identifier aux troubles névropatiques que souvent l'on y observe à la dernière période de cette maladie.

(1) Dans ces maisons, qui sont des succursales de la maternité, disséminées dans la ville, où l'administration dispose d'un ou deux lits, le danger du trismus, pour les enfants qui y naissent est, d'après M. Stadfeldt, beaucoup plus grand que pour ceux de la maison-mère. — Il est bien probable que les enfants sont plus mal soignés dans ces établissements parce qu'ils y sont moins bien surveillés.

VAR[illegible]LE. — On nous assure qu'il y a, en ce moment, 34 cas de variole au Val-de-Grâce. Il nous semble vivement à désirer que la revaccination soit faite d'une façon régulière et sérieuse dans l'armée et que l'on revaccine, par exemple, tous les conscrits. Ce sera là une [illegible]cellente économie d[illegible]

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

J'espère avoir été assez heureux pour vous faire bien saisir, dans les leçons précédentes que, sans l'acquisition préalable de connaissances solides et précises en anatomie normale, il eût été téméraire de nous engager dans le domaine que nous nous proposons de parcourir ensemble. La subordination, par un côté, de l'anatomie pathologique à l'égard de l'anatomie normale, est, en effet, surtout manifeste dans toutes les questions relatives à la pathologie cérébrale. Vous allez, dans un instant, le reconnaître une fois de plus.

I. Permettez-moi, en inaugurant la séance d'aujourd'hui de vous rappeler les conditions indispensables pour aborder les problèmes qui concernent les *Localisations cérébrales dans les maladies* chez l'homme. Ces conditions fondamentales sont les suivantes : 1° une bonne observation clinique recueillie, autant que possible, à la lumière des données de la physiologie expérimentale; 2° une autopsie régulière, c'est-à-dire parfaitement explicite, anatomiquement parlant.

Les études topographiques auxquelles nous nous sommes livrés déjà, nous ont fait faire un grand pas, car elles nous mettent à même de déterminer, mieux peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'ici, le siége, l'étendue et la configuration des lésions révélées à l'autopsie.

Mais, Messieurs, il faut bien l'avouer, pour le point de vue spécial que nous envisageons, les observations anatomiques les plus exactes et les plus minutieuses ne pourront pas être toujours utilisées. Il importe, ici comme ailleurs, d'apprendre à faire un choix parmi les observations, et, sous ce rapport, il se présentera plus d'une difficulté que nous aurons à surmonter.

Pour vous faire bien reconnaître la situation, le mieux est, je pense, de jeter tout d'abord un coup d'œil général sur ce que j'appellerais volontiers l'*histoire naturelle des lésions encéphaliques.*

1° Quelles sont les altérations susceptibles d'atteindre l'encéphale (le cerveau en particulier)? Il ne s'agit pour le moment, cela va de soi, que des formes les plus usuelles, les plus vulgaires et aussi des lésions partielles, des lésions en foyer, ainsi qu'on les dénomme encore, qui seules, en pareille matière, peuvent être mises à profit.

2° Quelles sont, en second lieu, les conditions anatomiques générales qui président soit au développement, soit au mode de répartition de ces lésions? Car, Messieurs, dans cet ordre de choses rien ne se fait au hasard, même dans l'encéphale.

Pour parvenir à ce but, je me propose de faire appel encore une fois à la méthode comparative, ce puissant levier dans les sciences naturelles. J'établirai, au point de vue de l'anatomie pathologique, une sorte de parallèle entre les grands compartiments de l'axe cérébro-spinal ou autrement dit du *névraxe,* si vous voulez bien faire usage de ce mot pris dans la nomenclature de M. Piorry, — à savoir : 1° la moelle épinière; 2° le bulbe rachidien; 3° le cerveau proprement dit.

A. On peut dire qu'un grand fait domine la physiologie pathologique de la moelle épinière : c'est l'existence très-répandue, dans ce domaine, des lésions dites *systématiques.* Nous entendons désigner par cette expression, que j'emprunte à M. Vulpian, les lésions qui systématiquement — la dénomination est parfaitement appropriée — se circonscrivent sans en dépasser les limites à certaines régions nettement déterminées de cet organe complexe. Je vous prie

à ce propos de reporter vos yeux sur la figure 21, qui vous

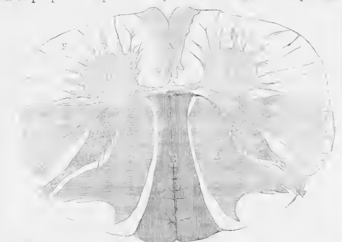


Fig. 21. A, A, cordons latéraux; A, faisceaux de Türck; — B, B, zones radiculaire posterieures; — C, C, cornes postérieures; — D, D, cornes antérieures; — F zone radiculaire antérieure; — E, cordons de Goll.

remettra en mémoire nos études antérieures.

Il est, vous ne l'avez pas oublié, des lésions qui se bornent aux cornes antérieures de substance grise. (*Fig. 21*, D, D). Ce sont, dans le mode aigu, la paralysie infantile; dans le mode chronique, les diverses formes d'amyotrophie spinale à marche progressive. — Il en est d'autres qui se limitent aux faisceaux latéraux et qui se traduisent par une parésie des membres avec tendance à la contracture. Vous n'ignorez pas que les faisceaux de Goll peuvent être lésés isolément et que la région des bandelettes externes, (*Fig. 21*, B, B), dans l'aire des faisceaux latéraux est seule le *substratum* anatomique nécessaire des symptômes spinaux tabétiques.

C'est ainsi que, guidée dans ses premiers pas par l'expérimentation chez les animaux et éclairée par la clinique, l'anatomie pathologique est parvenue chez l'homme à décomposer l'organe complexe qu'on appelle la moelle épinière, en un certain nombre de compartiments, de départements, d'organes secondaires.

Aux lésions systématiques de ces diverses régions répondent autant d'ensembles symptomatiques ou syndromes qui leur ont fait prendre place dans la clinique, et ainsi ont été constituées, dans la pathologie de la moelle épinière, un certain nombre d'*affections élémentaires*. L'analyse, fondée sur la connaissance de ces affections élémentaires, est d'un grand secours pour débrouiller les hybrides, les formes complexes.

Nul doute, que l'étude de ces lésions systématiques, n'ait puissamment contribué à faire sortir du chaos où elle était restée pendant longtemps plongée, la question des *localisations spinales*.

B. Les lésions systématiques se retrouvent encore dans le *bulbe rachidien*, dans la *protubérance*, dans les *pédoncules cérébraux* eux-mêmes. Je citerai, comme exemples, les *dégénérations secondaires* de la moelle, consécutives aux lésions de l'encéphale, la *sclérose symétrique et primitive des cordons latéraux*, la *paralysie bulbaire* par lésion isolée des noyaux d'origine des nerfs, etc. Mais, au-dessus de ce point, ce mode d'*altération pathologique* paraît cesser d'exister, et l'on peut dire, quant à présent, que dans le cerveau les lésions systématiques font défaut.

Ainsi, dans le *cerveau*, aujourd'hui, on ne connaît point, à proprement parler, de lésions systématiquement limitées aux couches optiques, aux différents noyaux du corps strié, aux diverses circonscriptions de l'écorce grise. Ce n'est pas, cependant, que des *localisations anatomiques* étroites, appropriées aux recherches, ne puissent se produire dans l'encéphale; mais elles sont relativement rares et en quelque sorte accidentelles.

Quelle est la raison matérielle de ce fait singulier? C'est que l'*encéphale* est placé, si je puis ainsi m'expliquer, *sous un autre régime pathologique* que les autres parties du névraxe. On peut dire, en effet, d'une façon générale, que dans l'encéphale et plus particulièrement dans le cerveau, c'est le système vasculaire (artères, veines, capillaires) qui domine la situation.

Je vous rappellerai à ce sujet l'importance des ruptures vasculaires qui occasionnent l'hémorrhagie en foyer intra-encéphalique; le rôle prédominant des oblitérations vasculaires par thrombose, par embolies, dont l'effet est de déterminer l'ischémie, puis le ramollissement partiel du cerveau.

Je viens d'énumérer, Messieurs, les causes anatomiques des affections organiques les plus vulgaires de l'encéphale.

C. Si nous nous reportons maintenant à la moelle épinière et au bulbe, nous avons à signaler, avec l'encéphale, un contraste remarquable. L'hémorrhagie par rupture vasculaire, dépendant elle-même de l'altération bien connue sous le nom d'*anévrysmes miliaires*, le ramollissement consécutif au rétrécissement artériel, soit qu'il s'agisse de la thrombose, soit qu'il s'agisse de l'embolie, sont choses à peu près ignorées dans la moelle épinière.

Le bulbe établit pour ainsi dire la transition entre la moelle épinière et l'encéphale, car là, on note, d'une part, des lésions systématiques qui rappellent ce qu'on voit dans la moelle et, d'autre part, un certain nombre d'hémorrhagies et d'ischémies ou de ramollissements, déterminés par des lésions vasculaires. Ces dernières affections s'accusent plus encore dans la protubérance, dont la pathologie, par ce côté, se rapproche plus étroitement de celle de l'encéphale. L'hémorrhagie par rupture d'anévrysme miliaire et le ramollissement par oblitération vasculaire y sont des accidents vulgaires.

D. Ces considérations, Messieurs, nous conduisent naturellement à comprendre que la raison des *localisations anatomiques* les plus communes dans l'encéphale, devra être cherchée surtout dans le mode de distribution des vaisseaux. Car le vaisseau primitivement lésé étant connu, on pourra en déduire, comme l'a dit excellemment M. Lépine, la configuration et les limites du territoire intéressé.

Nous sommes ainsi amené à rentrer encore une fois dans le domaine de l'anatomie normale, pour vous présenter quelques vues d'ensemble relatives à la vascularisation de l'encéphale. C'est là, Messieurs, je n'hésite pas à le dire, un sujet tout à fait digne de votre intérêt, d'autant mieux que toutes les questions qui y touchent ont été profondément remaniées par des études auxquelles notre pays, tant s'en faut, n'est pas demeuré étranger. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'importance des études d'hygiène: *The Sanitary Record* et *The Sanitarian*.

En lisant les journaux de médecine français, on est frappé du peu de place qu'ils accordent à toute une branche, et ce n'est pas la moins importante, des applications de la science médicale. Nous voulons parler de ce qu'on pourrait appeler la thérapeutique et l'hygiène sociales, de ce qui touche à la santé des agglomérations nombreuses, des centres de population. C'est à peine si de loin en loin, la presse médicale s'occupe d'une question de construction ou de ventilation d'hôpital.

Encore est-ce souvent d'une façon générale, théorique, et pour ainsi dire platonique. Parler des écoles, des théâtres, des casernes, des systèmes d'égout et d'irrigation des villes, en puisant les faits et les examinant à mesure qu'ils se présentent, elle ne s'y risque guère.

Les *Annales d'hygiène*, elles-mêmes, malgré leur titre laissent beaucoup à désirer sous ce rapport, c'est là une lacune qui frappe surtout quand on voit ailleurs des journaux se fonder pour traiter spécialement de ces questions d'intérêt général.

Ainsi, nous avons sous les yeux la première année de deux journaux, l'un américain (*The Sanitarian*, 1873) et l'autre anglais (*The Sanitary Record*, 1874) dont nous regrettons de ne pas trouver les analogues chez nous. Sans en être absolument bannies, les questions de pathologie individuelle y tiennent peu de place, laissant le premier rang à celles qui intéressent le public dans son ensemble. Nous ne pouvons analyser ces deux volumes, mais il suffira de signaler ce qu'ils contiennent de plus important pour donner à nos lecteurs une idée de ce genre de publication.

The Sanitary Record renferme des articles d'un caractère général et doctrinaire, relatifs aux conditions sanitaires des grandes agglomérations et des villes, aux moyens de les améliorer, à la contamination des rivières, aux habitations des ouvriers, aux conséquences physiques et morales qu'entraîne l'insalubrité de ces habitations, à la purification du gaz, aux explosions de machines, des analyses et des critiques de diverses lois, sur les falsifications, sur les maladies contagieuses, etc., etc. En même temps, le journal ne néglige pas des sujets plus topiques en quelque sorte, comme l'étude des causes de l'épidémie de fièvre typhoïde d'Over-Darwen, de celle de Lewes, de l'excessive mortalité de Londres et de Glasgow, des recherches spéciales sur l'état sanitaire de Birmingham, de Leeds, de Liverpool, d'Oxford, sur les émanations des égouts de Clifton, etc., etc.

La même variété se retrouve dans *The Sanitarian*. A côté d'articles sur la mortalité des enfants et les moyens de la restreindre, sur les meilleurs systèmes de ventiler les écoles, sur les effets pernicieux du drainage insuffisant des villes et des maisons, sur les assurances sur la vie, sur les moyens de se débarrasser des immondices et des détritus animaux dans les grandes villes, se trouvent des études critiques sur les points spéciaux tels que l'état de la santé publique à New-York, l'établissement d'une nouvelle quarantaine, la transformation en parc public de l'Adirondack Wildemers, la construction de l'hôpital de Cincinnati, la question des eaux dans l'Etat de New-York, etc., etc.

Pourquoi n'avons-nous pas en France l'équivalent de ces publications ? Nos journaux actuels, dans leur cadre tracé pour un public tout spécial, exclusivement médical, ne peuvent qu'imparfaitement combler cette lacune. Il faudrait un journal s'adressant non-seulement aux médecins, mais aux architectes, aux ingénieurs, aux membres des administrations et des conseils municipaux, à tous ceux dont le concours est nécessaire pour appliquer à l'amélioration de la santé publique les données fournies par la science médicale. Dieu merci, ce ne sont pas les hommes qui nous manquent, et l'on trouverait facilement, croyons-nous, une rédaction sachant présenter ces données de manière à les faire saisir par des hommes étrangers à la médecine mais intelligents.

Le grand obstacle au succès d'un pareil journal, est dans notre législation et dans nos mœurs ; il obtiendrait peut-être même avec peine l'autorisation de se fonder et de déposer un cautionnement ; si scrupuleusement qu'il se maintienne sur le terrain scientifique, il toucherait forcément, ce serait sa raison d'être, à ce qu'on appelle des questions sociales, sujet réservé chez nous à l'ignorance des journaux politiques, et deviendrait aisément suspect, même en se tenant dans la généralité. Le jour où, à l'exemple de nos confrères américains et anglais, il descendrait aux faits, se permettrait de relever les bévues de telle ou telle assemblée municipale ou surtout blâmerait les mauvaises mesures de tel ou tel administrateur puissant, contrarierait les desseins de tel ou tel spéculateur fortement appuyé, il risquerait fort de voir terminer sa carrière. Espérons cependant qu'un jour viendra où les journaux médicaux pourront dire virilement, consciencieusement, la vérité sur toutes ces questions si importantes, sans encourir la peine de mort.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. RABUTEAU, dans ses expériences sur les poisons musculaires a trouvé que les poisons métalliques tels que les sels de cadmium et de cobalt agissent sur les muscles comme les poisons organiques tels que la vératrine, le curare.

M. CORNIL communique à la société un cas de ralentissement considérable de la circulation avec respiration irrégulière et accès de syncope, liés à une dégénérescence graisseuse du cœur. C'est chez un homme de 75 ans que le fait a été observé.

Depuis 4 ans, cet homme toussait fréquemment pendant l'hiver. Les fonctions digestives se troublèrent alors ; il y eut des vomissements répétés, le malade s'affaiblit de jour en jour. Lorsqu'on le vit pour la première fois, le pouls battait 25, 30 pulsations par minute. Le 23 mai, pouls à 14, était très-régulier et l'on ne trouvait du côté du cœur aucun battement avorté. La lenteur du pouls répondait donc à un ralentissement des battements cardiaques.

La respiration présentait les particularités suivantes : Tous les quarts d'heure environ, il y avait un peu d'oppression, la respiration devenait suspirieuse. Les accès d'oppression se terminaient par une syncope. A ce moment, on voyait la face pâlir, les lèvres se contracter, le bras être agité de convulsions. Cet ensemble de symptômes coïncidait avec des troubles circulatoires : un peu avant l'accès, le pouls se suspendait pendant quelques secondes, puis l'accès survenait. On crut d'abord à des accès épileptiques ou à une de ces formes décrites sous le nom de respiration de cheyne-stokes. Ces accès ont été observés jusqu'à la mort qui a été précédée d'une grande agitation

A L'AUTOPSIE, on trouva un certain nombre d'altérations séniles : friabilité des côtes, emphysème pulmonaire, etc. Les reins, le foie, la rate ne présentaient pas d'altérations. Le cœur avait son volume normal. Les valvules aortiques étaient suffisantes, mais légèrement athéromateuses ainsi que les artères coronaires. Les valvules tricuspide et mitrale étaient saines. Mais le microscope montra une dégénérescence graisseuse complète du cœur. En un mot, la lésion principale était l'état graisseux du muscle cardiaque. Cette dégénérescence et la congestion pulmonaire expliquent la gêne de la respiration et la lenteur du pouls. Quant aux syncopes, on doit les rapporter à l'anémie cérébrale qui a été constatée.

Les troubles digestifs trouvent leur raison d'être dans une lésion du pancréas. Cet organe était en effet en grande partie dégénéré. Les culs de sacs glandulaires étaient manifestement entourés de granulations graisseuses. — De plus le tube digestif était atrophié dans toute sa longueur.

M. HAYEM. Y avait-il des lésions bulbaires? Les symptômes observés par M. Cornil se rencontrent dans certaines maladies du bulbe.

M. CORNIL n'a trouvé aucune lésion de cet organe.

M. HAYEM. Les accès de syncope dépendent alors de la lésion cardiaque. Il faut cependant reconnaître que bien des vieillards ont une dégénérescence complète du cœur sans présenter pendant leur vie aucun des symptômes rapportés par M. Cornil.

M. ONIMUS rapporte un cas dans lequel des muscles pou-

vant se contracter sous l'influence de la volonté ne pouvaient plus se contracter sous l'influence des courants continus.

M. Joffroy a observé ce fait chez certains malades atteints de paralysie spinale aiguë ; M. Joffroy se réserve d'ailleurs de communiquer prochainement ces faits à la société de biologie. — M. Moreau fait une nouvelle communication sur différents points de l'anatomie et de la physiologie de la *vessie natatoire.* P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juin. — Présidence de M. Gosselin.

M. Lubelski lit une note sur un cas de *boulimie, suivie de polysarcie,* survenue chez une femme enceinte : elle arriva à peser 250 livres. Elle mangeait jusqu'à six kilogr. de viande par jour. Son diamètre ombilical était de 130 centimètres.

M. Boudet donne lecture de plusieurs rapports sur des demandes d'exploitation d'*eaux minérales.* Les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Verneuil donne des explications sur une *tumeur policystique congénitale.* Il montre les pièces pathologiques et des dessins. Voici très-sommairement le fait qui s'est présenté dans la clientèle de M. le Dr Lafont (de Bayonne). Une femme accoucha à huit mois et après 48 heures de travail laborieux d'un enfant mort, bien conformé. Le fœtus avait la langue large, très-aplatie et tout-à-fait tirée hors de la cavité buccale. De plus, le maxilliaire inférieur était fracturé et toute la portion antérieure et supérieure de l'os manquait. Il y avait en outre quelques déchirures aux téguments voisins. Pendant qu'on constatait ces lésions, l'accouchée fut prise de nouvelles douleurs et bientôt elle expulsa une tumeur arrondie, plus volumineuse que la tête de l'enfant. Il fut alors facile de constater que la langue du fœtus avait été appliquée sur la tumeur, et que la partie antérieure et supérieure du maxillaire inférieur y adhérait encore. On aurait pu d'abord penser à une grossesse par occlusion, mais l'examen direct a permis de constater que la tumeur était née dans la symphise même du maxillaire inférieur, qu'elle était insérée sur cet os et à la partie inférieure de la langue. Elle pesait 670 grammes. L'examen histologique, fait par M. Nepveu, a permis de constater qu'elle était composée d'un revêtement supérieur constitué par un épithélium buccal. Elle présentait plusieurs kystes renfermant un liquide filant et visqueux, contenant aussi des épithéliums; dans les espaces interkystiques il y avait des noyaux de cartillage et des noyaux osseux. M. Verneuil pense qu'on a affaire à une tumeur fibreuse née du périoste, que les noyaux osseux et cartilagineux qu'on y trouve sont dus au système dentaire.

M. Depaul n'accepte qu'avec réserve la théorie de production donnée par M. Verneuil. Si la tumeur est née du maxillaire inférieur, il est difficile d'admettre que cet os ait pu garder sa forme normale et que son tissu ne soit pas altéré.

M. Villemin lit la fin de son travail pour prouver l'*Origine infectieuse et contagieuse du scorbut.* M. Le Roy de Méricourt n'admet pas l'origine miasmatique, parce que le scorbut n'a pas de période d'incubation, parce qu'il ne donne pas l'immunité à ceux qui ont déjà été atteints, parce qu'il n'a pas une évolution régulière et une durée fixe. Mais toutes les maladies infectieuses ont-elles une période d'incubation bien définie? Le choléra, le typhus, la fièvre palustre, etc., etc., donnent-ils l'immunité après une première attaque ? Toutes ces maladies ont-elles une marche bien régulière ? Oui, pour les maladies virulentes, non pour les maladies infectieuses comme le scorbut. L'orateur revient sur le traitement. Là il est d'accord avec M. Le Roy de Méricourt : il faut donner aux malades de bonnes viandes, de bons légumes, de bonnes boissons, faire de l'hygiène, mais, et il insiste surtout là-dessus, il faut par dessus tout désinfecter et éviter l'encombrement. Il termine en disant qu'il a fait tous ses efforts pour trouver la vérité, que d'ailleurs les discussions scientifiques courtoises, amènent entre les adversaires une estime réciproque ; en outre, elles ont lieu pour le bien de tous.

M. Le Roy de Méricourt remercie M. Colin de son urbanité, mais il ne peut accepter sa doctrine. Dans notre prochain compte-rendu nous donnerons le résumé de la réfutation que l'orateur a commencée hier et qu'il continuera.

A cinq heures la séance est levée. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 février. — Présidence de M. Charcot.

26. Congélation des orteils à gauche; sphacèle du membre inférieur droit; par M. G. Marchant, interne des hôpitaux.

Verdure François, âgé de 60 ans, courtier, entre le 4 janvier 1875 à l'hôpital Cochin, baraque III, n° 3 (service de M. Després). Cet homme n'accuse pas de maladies antérieures, ni de rhumatisme, mais avoue franchement des habitudes alcooliques ; par suite de sa profession de placier, ce malade est obligé de se livrer à de nombreuses courses, et dans ces derniers temps, et par les grands froids, il a beaucoup marché avec de mauvaises chaussures : sous cette influence et par suite du contact prolongé des pieds dans la neige, il a été atteint de congélation des orteils du pied gauche : il s'est alors alité, et est resté pendant plusieurs jours dans une chambre sans feu, exposée à tous les vents : c'est alors qu'il ressentit dans tout le membre inférieur droit de vifs fourmillements, de l'engourdissement, de violentes douleurs et une impossibilité totale d'exécuter le moindre mouvement; il se décida à se faire transporter à l'hôpital Cochin, où nous constatons les symptômes suivants :

Congélation des orteils à gauche, c'est-à-dire aspect violacé, refroidissement absolu, perte de sensibilité, absence de circulation dans les organes. — A droite, pâleur extrême de tout le membre qui est d'une couleur blanc de cire : à 15 centimètres environ au-dessus de l'articulation du genou droit, on constate seulement trois plaques rouges, érythémateuses, séparées entre elles, et entourant incomplètement dans un demi-anneau antérieur la circonférence du membre. Le malade ne peut soulever ce membre, et le toucher révèle une douleur excessive sur le trajet de la veine saphène interne. Celle-ci est du reste transformée en un cordon dur, résistant, du volume d'une plume à écrire à son extrémité supérieure, dure même à son origine et immédiatement au-dessus de la malléole interne.

Il est impossible de retrouver les battements de la fémorale soit au pli de l'aîne, soit plus bas, la poplité et la pédieuse participent à cet état d'oblitération : cette recherche est d'ailleurs très-douloureuse au niveau du pli de l'aîne ; en même temps, on constate un refroidissement considérable et même absolu, si on le laisse à découvert, de tout ce membre inférieur droit, jusqu'au niveau de la partie moyenne de la cuisse; on peut assigner les limites de l'insensibilité à cette même portion du membre droit. A gauche, au niveau des parties congelées, la perte de chaleur et l'insensibilité sont également absolues, mais dans le reste du membre, les battements artériels sont faibles, et la sensibilité est légèrement diminuée et pervertie, c'est-à-dire que le malade rapporte à d'autres régions du membre, les impressions qu'on fait éprouver à une de ses parties.

Diagnostic : Congélation des orteils gauches sous l'influence du froid. Oblitération artérielle du côté droit par suite d'athérome. — Ce qui donne d'autant plus de raison à ce diagnostic, c'est l'état des artères radiales, manifestement athéromateuses, c'est-à-dire décrivant des courbes variqueuses et dures au toucher dans l'exploration du pouls. Mais sous quelle influence la lésion s'est-elle produite? le cœur ausculté avec soin ne révèle aucun bruit anormal, il n'y a dans les urines ni sucre, ni albumine ; on ne peut donc invoquer que l'âge du malade, comme cause génératrice. Le froid peut-il avoir eu quelque influence, comme cause déterminante de l'oblitération ? La question peut être posée, mais non résolue.

5 janvier. On réchauffe le membre avec de l'ouate et des applications de briques chaudes le long du membre droit : dans la nuit du 5 au 6, une de ces briques, bien qu'étant relativement peu chaude, mais trop directement en rapport avec ces parties dans lesquelles la vitalité est amoindrie, produit une brûlure du 2e degré le long de la face interne de la cuisse droite. — Potion au rhum.

6 *janvier*. Le malade a eu pendant la nuit de vives douleurs, et n'a pu sommeiller : des plaques rouges analogues à celles déjà décrites au tiers moyen de la cuisse se sont montrées au niveau de la face interne de la jambe. — 1 pil. opium.

7 *janvier*. La phlébite de la saphène interne semble avoir diminué, mais on constate toujours une absence complète de battements dans les artères du membre inférieur droit.

9 *janvier*. Les plaques érythémateuses ont envahi tout le membre depuis l'extrémité des orteils jusqu'au niveau des plaques rouges décrites le jour de l'entrée ; mais elles ont changé de coloration : elles sont rouges lie de vin. La froideur et l'insensibilité persistent.

11 *janvier*. Apparition de taches violacées de la grandeur d'une pièce de 5 francs au niveau du mollet et à sa face interne : les douleurs sont de plus en plus vives, et le malade les accuse surtout au niveau de la cuisse. — Potion antispasmodique ; opium ; chloral.

12 *janvier*. Les symptômes de la gangrène sèche sont des plus évidents ; racornissement des orteils. Le cercle éliminateur est très sensible : il siége au niveau des plaques rouges décrites le premier jour, et tranche par sa couleur rouge intense avec l'aspect violacé du reste du membre.

14 et 15 *janvier*. Prostration extrême du malade au moment de la contre-visite, et après son repas le malade est pris d'un accès de suffocation, qui atteint son apogée progressivement pour disparaître de même ; impossibilité d'ausculter le malade en arrière, à cause de la difficulté qu'il éprouve à se mouvoir : en avant quelques râles ; mortification évidente du membre droit qui est complètement violacé.

16 *janvier*. Nouvel accès de suffocation plus fort que la veille, et à la même heure, après le repas du soir. — C'est dans la nuit du 16 au 17 *janvier*, que le malade a été pris d'un nouvel accès de suffocation et qu'il a succombé.

Autopsie le 18 *janvier*. — Cerveau normal ; pas d'altération apparente des artères basilaire et sylviennes.

Poumons fortement congestionnés ; épanchement de liquide citrin dans la plèvre droite, et adhérences ; cette lésion avait échappé pendant la vie à cause de l'impossibilité d'ausculter le malade en arrière ; en avant on n'entendait aucun bruit morbide, parce que les adhérences n'existaient qu'en arrière, et l'épanchement avait repoussé le poumon droit en avant. Noyau pneumonique à la base droite ; pas d'oblitération appréciable des artères pulmonaires.

Cœur. — Pas de lésions valvulaires, mais hypertrophie totale du cœur, surtout prononcée pour le ventricule gauche. — *Reins* normaux.

Système artériel. — Plaques athéromateuses, dures, calcaires, dans divers points de l'aorte ; au niveau de la bifurcation de l'aorte et à l'entrée de l'iliaque primitive droite, plaque athéromateuse, dure, obstruant complètement le vaisseau. Pas d'obstruction, mais ossification des artères crurales des deux côtés, ainsi que de la poplitée.

27. Hemorrhagie de la protubérance; par M. Rendu, interne des hôpitaux. (*Voir le dessin dans l'Album de la Société*)

Le nommé Chapuis, âgé de 43 ans, imprimeur, est amené le 17 *janvier* au soir à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler. La veille, il était parfaitement bien portant : le matin, ne le voyant pas venir à son ouvrage, ses camarades entrent dans sa chambre et le trouvent couché sans connaissance. L'attaque d'apoplexie a donc eu lieu dans la nuit du 16 au 17, et remonte à une vingtaine d'heures au plus.

On constate, lors de son arrivée, les symptômes suivants : Le malade est dans le coma, sans connaissance ; il ne répond pas aux questions, et quand on le presse un peu, il émet un mouvement sourd, inintelligible.

Il existe une hémiplégie faciale du coté gauche, caractérisée par le soulèvement alternatif de la joue qui flotte comme un voile inerte. La commissure labiale correspondante est abaissée, la bouche est entr'ouverte de ce côté, et laisse échapper une notable quantité de salive ; il parait y avoir un peu d'hypersécrétion salivaire.

Les deux pupilles sont excessivement contractées, punctiformes : on n'observe pas de déviation des globes oculaires vers le côté gauche de la face. L'orbiculaire gauche n'est point paralysé d'une façon appréciable.

Les membres du côté droit sont manifestement hémiplégiques, surtout le membre supérieur : c'est de la paralysie flasque sans contracture. La sensibilité est très-obtuse, surtout au bras droit. Les mouvements réflexes sont conservés, et lorsqu'on chatouille la plante du pied droit, on provoque des contractions dans le membre inférieur gauche.

La température des membres paralysés est un peu supérieure à celle du côté sain ; le pouls présente également plus d'ampleur et moins de tension. La température générale est basse : 36°,5.

Il existe de la paresse de la vessie et du rectum, mais sans incontinence d'urine. Celle-ci est foncée en couleur, elle ne renferme ni sucre ni albumine.

En présence de ces symptômes, on diagnostique une hémorrhagie de la protubérance siégeant du côté gauche, et on fait appliquer six sangsues derrière l'oreille correspondante, en même temps que l'on prescrit un lavement purgatif.

Dans la soirée, il ne s'est produit aucune modification dans l'état général du malade, sauf que la température s'est élevée légèrement (36°,9 au lieu de 36°,5). La respiration est également plus fréquente (36 inspir. par minute).

Le lendemain, 19 *janvier*, la dyspnée a beaucoup augmenté ainsi que la température (39°, 120 pulsations, 48 respirations). Toutefois, le malade est moins profondément comateux : il comprend assez bien ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre que des mots inarticulés. Par contre, il ouvre les yeux quand on le lui commande, tire la langue, serre la main, montre en un mot que chez lui l'intelligence est encore sensiblement conservée. L'aphasie chez lui paraît tenir surtout à de la gêne mécanique dans l'articulation des mots, car la langue se meut difficilement, et le voile du palais reste flasque et immobile.

Quelques symptômes nouveaux sont remarqués au point de vue de la paralysie. Ainsi, l'hémiplégie faciale gauche est très-accentuée, mais l'orbiculaire des paupières continue toujours à se contracter : par contre, l'orbiculaire du côté droit ne se contracte pas, et l'œil droit se ferme incomplétement : cependant, il n'existe de ce côté aucune paralysie faciale. Il en est de même du sourcilier du côté droit, qui est paralysé comme l'orbiculaire, et qui est entraîné en haut par la contraction de l'occipito-frontal. Ces faits s'expliquent difficilement, en admettant une lésion localisée exclusivement à la moitié gauche de la protubérance.

Dans la journée, la dyspnée augmente, et le malade succombe le soir, après avoir présenté les symptômes d'une asphyxie rapide.

Autopsie, le 21 *janvier*. — Le cerveau est fortement congestionné ; quelques traînées opalescentes se voient le long des grosses veines de la pie-mère ; sur plusieurs points, on trouve des adhérences des méninges avec les circonvolutions.

Les artères de la base du crâne sont saines ; il n'y a qu'une plaque d'athérome au niveau de l'origine de la sylvienne droite ; du reste, aucun caillot dans l'intérieur du vaisseau.

La protubérance n'est pas déformée ; ses deux lobes sont parfaitement symétriques ; toutes les parties ont conservé en apparence leurs rapports normaux.

En coupant la protubérance exactement sur la ligne médiane, on tombe sur le foyer de l'hémorrhagie, qui présente les dispositions suivantes : Le maximum de la lésion siége dans la moitié gauche du pont de Varole ; elle occupe à peu près tout le tiers supérieur de l'organe. C'est un caillot noirâtre, récent, qui a violemment distendu et dilacéré le tissu nerveux. Il s'est épanché dans l'étage moyen de la protubérance ; ses plus grandes dimensions sont d'environ quatre centimètres d'avant en arrière, et deux centimètres dans le sens vertical, en regardant la coupe médiane. Du côté de la gouttière basilaire, le caillot a respecté la substance nerveuse corticale ; mais l'hémorrhagie a fusé dans deux directions principales : d'une part, vers le locus niger et le pédoncule cérébral gauche, qui se trouve occupé dans presque toute son étendue par un caillot sanguin ; d'autre part, vers le plancher du quatrième ventricule, qui est dilacéré en un point circonscrit. Les limites de l'hémorrhagie intra-pédonculaire

sont exactement circonscrites à un centimètre en arrière de l'origine de la couche optique. Quant au point où le sang s'est fait jour dans le quatrième ventricule, il est situé juste au niveau de l'abouchement du canal de Sylvius, c'est-à-dire précisément à l'angle supérieur du ventricule, et près d'un centimètre au dessus des noyaux d'origine du nerf auditif et du pneumogastrique. Du reste, il est à noter que le ventricule renferme fort peu de sang, et que l'hémorrhagie n'a nullement remonté vers l'aqueduc de Sylvius; c'est à peine s'il existe une légère nappe de liquide sur la partie supérieure du plancher ventriculaire.

La même coupe de la protubérance fait voir que le foyer hémorrhagique a empiété sur la ligne médiane. Un caillot symétrique du précédent, mais beaucoup moins volumineux, se voit dans la moitié droite de la protubérance ; il n'a probablement pas détruit les fibres émanées du pédoncule cérébral droit, car on n'a point constaté d'hémiplégie gauche. Mais ce caillot s'est également ouvert dans le ventricule au voisinage de la ligne médiane, et même la rupture du plancher ventriculaire est beaucoup plus accusée que du côté gauche. Peut-être y a-t-il lieu de voir dans cette particularité de la lésion la raison anatomique de la paralysie de l'orbiculaire droit observée pendant la vie. Ce point du quatrième ventricule correspond, en effet, exactement à l'origine du noyau facial supérieur ; mais il est néanmoins difficile de comprendre comment cette lésion ne donnait pas lieu à une hémiplégie faciale plus complète.

Cette localisation de la lésion au sommet du quatrième ventricule est également intéressante à un autre point de vue. On n'avait point constaté la présence de l'albumine ni du sucre dans l'urine; or, on sait que ces phénomènes ont été surtout observés dans les lésions de la partie inférieure du quatrième ventricule.

REVUE D'HYGIÈNE

I. Choléra et cimetières, par M. Davreux. Paris Delahaye. 1874; in-8 de 34 pages.

II. Les conclusions du Congrès sanitaire international de Vienne, et les commentaires de M. Fauvel devant la logique, par M. Stanski. Paris, Delahaye, 1875; in-8 de 100 pages.

I. Le mémoire de M. Davreux résume une discussion soulevée à la Société médico-chirurgicale de Liége sur un point assez obscur encore de propagation du choléra, la propagation par les exhumations. Deux observations présentées à cette société par M. le Dr Bidlot tendraient à démontrer que les cadavres des cholériques conservent très-longtemps leur propriété infectieuse. Dans ces observations, deux personnes assistant à des exhumations faites l'une huit mois, l'autre deux ans après le décès et alors que toute manifestation épidémique avait cessé depuis longtemps dans la localité, auraient été prises le soir même de tous les symptômes du choléra, avec une telle gravité qu'elles sont restées deux jours en danger de mort.

Ce ne sont pas là les seuls faits importants que contienne le mémoire de M. Davreux. On y trouve aussi une communication du Dr Rosart, dans laquelle une épidémie des plus violentes de variole et de scarlatine se serait déclarée brusquement dans le village de Velaine, pendant l'exécution des travaux entrepris pour améliorer le cimetière de cette localité. Est-ce une simple coïncidence ? On pourrait peut-être le penser si l'épidémie n'avait débuté par les maisons voisines de cette partie du cimetière, maisons qui furent particulièrement décimées ; et si la partie du cimetière mise à découvert n'était précisément celle où les victimes d'une précédente épidémie de même nature avaient été inhumées treize ans auparavant.

Enfin une autre observation dans laquelle, en 1873, on aurait constaté à Moranville (Meuse), la réapparition de la peste bovine, due aux exhumations de cadavres atteints de cette même maladie et enfouis depuis à peu près deux ans.

Tous ces faits demandent à être pris en sérieuse considération. Ne sait-on pas que certains virus, celui de la vaccine par exemple, placés dans des conditions particulières, peuvent conserver très-longtemps leur énergie virulente. Qu'y aurait-il de surprenant à ce que les virus du choléra, de la variole, etc., présentassent la même particularité?

Si ce problème était résolu affirmativement, ne serait-ce pas le meilleur argument à apporter en vertu de l'incinération des cadavres, au moins en temps d'épidémie.

II. Nous recommandons particulièrement à nos lecteurs un très-intéressant mémoire du Dr Stanski sur les conclusions du congrès sanitaire international de Vienne. Le *Progrès Medical* a gardé le silence sur ce congrès; la raison en est que, placé sur un terrain purement scientifique, il ne saurait entretenir ses lecteurs de discussions métaphysiques et oiseuses où les faits et l'expérimentation font absolument défaut. Si le Congrès de Vienne, comme la conférence sanitaire de Constantinople, avait apporté aux questions de contagion et de propagation quelques faits nouveaux, capables de les éclaircir, nous les aurions soigneusement relevés. C'est ce dénument absolu d'études positives et pratiques que le Dr Stanski fait précisément ressortir avec clarté. Que nous importe, dit-il, que la conférence sanitaire ait déclaré à l'unanimité ou non que le choléra ne se développe spontanément que dans l'Inde. Ce sont là des affirmations qui ne reposent sur aucun fait certain, qui n'ont que le poids d'une opinion particulière et qui ne démontrent qu'une chose, « c'est qu'il y a des hommes » qui se prononcent avec assurance dans des questions sur » lesquelles ils se trouvent dans une ignorance aussi complète que tout le monde. »

Les études sur le choléra, comprises de la sorte, resteront toujours frappées de stérilité. La clinique, l'anatomo-pathologie et l'expérience, avec leurs faits et leurs documents précis, peuvent seuls donner la clé de ces systèmes. Il est certain que les congrès dont nous parlions n'ont donné le jour à aucun travail original; leurs publications sont empruntées aux recherches particulières de savants qui ne vont point aux congrès, il est vrai, mais qui profitent des épidémies de choléra pour étudier sérieusement cette maladie.

M. Stanski démontre combien la base des opinions officielles sur la contagion est dépourvue de solidité, et tout ce que le système de votation adopté dans ces conférences a d'illusoire et d'incertain.

« Nous demandons quelle importance cela peut avoir dans » la détermination des gouvernements, quant aux quarantaines et au mode de leur institution, quand on dit : » 1° La Conférence *accepte* ou *admet* la transmission du » choléra d'homme à homme, comme si cela prouvait quelque » chose, ou bien : 2° Le choléra *peut* être transmis par les effets à l'usage des cholériques, ou bien : 3° Le choléra *peut* » être propagé par les boissons, et particulièrement par l'eau, » ou bien : 4° On ne connaît aucun fait probant de la transmission du choléra par les animaux à l'homme, mais il » est *très-rationnel d'en admettre la possibilité*, ou bien : » 5° La Conférence a admis la *possibilité* de la transmission » du choléra par les marchandises, *bien qu'elle ne possède pas de preuves à l'appui de son opinion*, etc.

» En présence de ces incertitudes et de si futiles arguments, » faut-il s'étonner que les applications pratiques s'en ressentent, que les gouvernements n'attachent pas une grande » importance aux conclusions des conférences et que le commun des mortels, qui ne manque pas de bon sens, qui » observe et qui comprend, non-seulement viole les mesures quarantenaires, mais encore s'oppose à leur établissement. »

Qui ne sait d'ailleurs à quoi s'en tenir sur les abus des services de santé? Qui a oublié les éloquents rapports de M. Jaccoud, confirmés par la franchise avec laquelle un des délégués du Congrès de Vienne affirmait « que la quarantaine, à son avis, devait être synonyme d'isolement et non » de comédie. »

Dr Jousset (de Bellesme).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est échu le 1er juin que, à moins d'avis contraire, leur quittance leur sera présentée le 20 juin, augmentée de* **un franc** *pour frais de recouvrement.*

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation

X. De l'influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux. — Thèse de concours pour l'agrégation, par V. Audhoui. — A. Delahaye, éditeur.

Les nombreux travaux publiés sur l'histologie du système nerveux, les découvertes importantes faites dans cette voie, découvertes qui ont permis de distinguer un certain nombre d'affections jusqu'alors confondues, de rapporter à des lésions bien définies des états pathologiques classés à tort parmi les névroses, rendent le sujet traité par M. Audhoui particulièrement intéressant.

L'auteur ne nie pas les progrès dus aux études histologiques, mais il ne paraît pas absolument convaincu de leur importance; il accuse volontiers l'histologie de *bouleverser* la science. Car il est en science, de même que dans les autres branches des connaissances humaines, des esprits ennemis de tout changement, qui regrettent un progrès ou s'y opposent s'il n'a mis de longues années à s'accomplir. Ainsi nous lisons à la page 14 de sa thèse : « Les études histologiques ont fait découvrir l'existence de lésions qui avaient échappé aux investigations les plus attentives. La science des maladies du système nerveux en a été *bouleversée.* » Nous lisons d'autre part à la page 62 : « De profondes révolutions soulevées par les études anatomo-pathologiques et histologiques ont *bouleversé* totalement la science des maladies mentales. » La même idée — qui ressemble un peu trop aux idées qui caractérisent l'ordre moral, est encore reproduite à la page 79 : « Une seconde autopsie d'ataxie locomotrice par MM. Bourdon et Luys vint *bouleverser* toutes ces opinions. » On peut se demander s'il est absolument juste de qualifier de bouleversement les récents progrès que la pathologie nerveuse doit aux études histologiques. Cette idée de bouleversement est certainement la pensée dominante de la thèse, car nous la trouvons encore exprimée page 54 dans les termes suivants : « Mais depuis les expériences de M. Bouchard et de M. Hayem les *idées* de M. Cohnheim sont venues *bouleverser* toutes nos *idées* sur l'inflammation. J'ai donc voulu savoir ce qui en était advenu pour l'encéphalite et je me suis adressé à M. Hayem. » Au lieu de dire les idées de M. Cohnheim, peut-être vaudrait-il mieux dire les expériences, car cet auteur n'appartient heureusement pas à cette classe de médecins qui n'ont jamais fait de science qu'avec leur plume et leur imagination. Ne semblerait-il pas en outre, d'après cette phrase, que M. Audhoui se soit désintéressé, pendant de longues années, de toutes recherches scientifiques, ce qui l'oblige à se renseigner près des personnes compétentes sur des sujets qui ont passionné et passionnent encore le monde médical ? C'est là certainement une simple apparence. M. Audhoui en consultant M. Hayem, n'ignorait certainement pas l'état de la science sur la question qu'il traitait et nous lui reprochons seulement de le laisser croire.

Certains titres de chapitre attirent particulièrement l'attention, tel est le suivant : « Les études histologiques ont jeté des doutes sur la nature de certains troubles nerveux. » L'histologie est donc coupable d'un nouveau méfait, elle a jeté des doutes sur la nature de certains troubles nerveux, aussi est-ce avec une vive curiosité que nous avons parcouru le chapitre en question ; mais son titre accusateur ne tient pas ses promesses et l'on apprend seulement que, malgré de persévérantes recherches, les études histologiques n'ont pu faire découvrir de lésions constantes dans la paralysie agitante.

Nous ne voudrions pas dans cette critique dépasser une certaine mesure, car il est bon de rappeler qu'il s'agit d'une thèse d'agrégation, c'est-à-dire d'un sujet qui peut être tout à fait en dehors des études habituelles du candidat que le sort a désigné, ce qui démontre une fois de plus combien nous avons raison de demander que les candidats choisissent eux-mêmes leur sujet — mesure qui permettra de mieux savoir ce qu'ils valent. Cependant, il est, dans la thèse de M. Audhoui, des points qui ne touchent pas uniquement à la pathologie du système nerveux et qui ne sont pas à l'abri de toute objection. Ainsi dans un chapitre intitulé : « Pathogénie du diabète sucré », l'auteur rappelle que, dans quelques cas, le diabète sucré dépendrait d'une lésion du plancher du 4e ventricule, ne vaudrait-il pas mieux remplacer le mot diabète par le mot glycosurie ?

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Urinal de nuit.

Cet urinal a été construit par M. Galante sur les indications de M. le Dr Boulomier. Il est basé sur les principes suivants : 1° La ligne suivant laquelle un individu est couché (ligne de décubitus) est une ligne brisée dont l'angle ouvert en haut est placé au niveau des fesses; 2° Il y a, entre une ligne horizontale passant par l'extrémité antérieure de la verge et le lit un espace suffisant pour placer un réservoir de 600 à 900 centimètres cubes de capacité, suivant le volume des cuisses et des fesses des individus ; 3° Un réservoir destiné à collecter l'urine émise pendant le décubitus devant se trouver au point où elle se rend spontanément, c'est en arrière d'une ligne qui prolongerait la direction de la verge qu'il faut le placer. L'appareil se compose essentiellement : 1° D'une portion pénienne P, tube cylindrique de volume assez considérable pour laisser pénétrer la verge ; 2° D'un réservoir en caoutchouc R, muni antérieurement d'un robinet évacuateur. Les pièces destinées à fixer l'appareil sont : 1° Une ceinture C, fig. C; 2° Trois courroies en caoutchouc réunissant par l'intermédiaire de doubles boutons plats, les unes, la portion pénienne, l'autre, la partie postérieure du

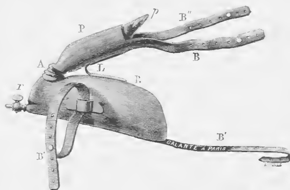


Fig. 22.

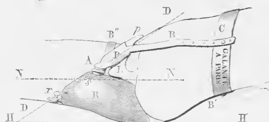


Fig. 23.

réservoir à la ceinture B B' ; 3° une courroie en caoutchouc glissant dans un passant inséré littéralement au réservoir et destiné à fixer l'appareil à l'une des cuisses B''.

Les pièces destinées à assurer la pénétration de l'urine dans le réservoir et à en empêcher le reflux sont : 1° Un demi disque en caoutchouc très-souple placé à l'entrée du tube pénien dans sa moitié inférieure seulement ; 2° Une lame métallique L destinée à assurer la constance de l'angle formé par le réservoir et la portion pénienne ; 3° Une soupape S placée à l'extrémité de la portion pénienne et formée d'un simple tube plat disposé en doigt de gant et fendu bilatéralement.

L'insertion plus ou moins oblique du tube pénien et l'adaptation d'un cylindre rigide dans une gaîne de caoutchouc souple P et p, permettent d'appliquer l'appareil aux diverses conformations. Ce qui distingue cet appareil de ceux qui avaient été faits jusqu'à présent, c'est la situation donnée au réservoir qui, placé dans les points déclives, peut se remplir entièrement sans que le liquide tende à se déverser.

PHARMACOLOGIE

Le quina-Laroche.

Nommer ce produit, c'est en faire la recommandation à nos confrères et aux malades. La maison qui prépare cet élixir a su arriver à un perfectionnement qui est une garantie incontestable. Le quina-Laroche est le résultat d'un travail chimique consciencieux ; il réserve l'activité des TROIS espèces quiniques les plus connues, dont les alcaloïdes sont seuls avantageusement ordonnés par les médecins; aussi le corps médical n'a pas été avare d'éloges et d'encouragements à l'encontre de ce produit. Pris à doses convenables, ce tonique

est suivi rapidement, d'un effet sensible même pour les estomacs les plus délabrés. Les matières *résineuses*, *toniques* et *alcaloïdes* sont richement assemblées dans le quina-Laroche. Les études les plus contradictoires ayant amené des opinions diverses sur l'efficacité des quinquinas employés en médecine, on s'est demandé s'il ne serait pas nécessaire de ne pas séparer les vertus analeptiques et fortifiantes des quinquinas *jaune, rouge*, et *gris*. C'est afin de profiter des alcaloides, résines et du tannin renfermés dans chacune de ces espèces, que l'on a assemblé les propriétés de ces écorces. Aussi les estomacs les plus fatigués peuvent-ils supporter cet élixir. Ce produit est utile à bien des gens, il calme *l'état nerveux, ramène l'appétit, procure des forces, tonifie l'économie*, en un mot répare ce que la maladie, les chaleurs, et les *fatigues* ont occasionné de ravages. Ses propriétés *fébrifuges* sont en outre remarquables.

Le quina-Laroche doit d'ailleurs sa réputation bien assise aux excellentes qualités des espèces employées mais, surtout aux *procédés particuliers* de fabrication de cet excellent produit.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière.— Service de M. Siredey. Salle Sainte-Geneviève : 1, angine diphthéritique; 3, maladie de Bright, phthisie; 12, cancer du pylore; 13, calculs biliaires; 14, sciatique gauche, pleuro-pneumonie double, phlébite du membre inférieur droit; 15, métrite parenchymateuse; 15 bis, pelvi-péritonite; 19 bis, ramollissement cérébral (embolie); 24, albuminurie; 33, phlegmon du ligament large; 34, chorée. — Salle Saint-Augustin bis : 15, rhumatisme, endocardite; 16, affection cardiaque; 19, sciatique; 22, pleurésie gauche, thoracentèse; 23 bis, diabète; 28, ataxie locomotrice; 30 dyspepsie alcoolique.

Service de M. Guyot. Salle Sainte-Elisabeth : 4, pleurésie purulente, empyème; 6, péritonite tuberculeuse; 8, 22, 23, fièvre typhoïde, 13, cancer de l'estomac; 14, insuffisance mitrale; 15 bis, ulcère de l'estomac; 21, albuminurie; 29, rhumatisme articulaire aigu; 33, chorée. — Salle Saint-Henri : 4, pneumonie; 5, fièvre typhoïde; 9, albuminurie; 10, délirium tremens; 12, rhumatisme articulaire aigu; 17, atrophie musculaire progressive; 19, paralysie générale; 20, paralysie radiale; 22, rougeole; 24, cirrhose; 25, 30, pneumonie; 32, ataxie locomotrice.

Service de M. Isambert. Salle Sainte-Marie : 9, empyème; 11, phlegmon péri-utérin, rectite ; 13, pleurésie gauche; 14, fièvre intermittente; 22, cancer de l'utérus, cancer du foie, ictère; 23, cirrhose; 33, scarlatine. — Salle Saint-Charles : 3, insuffisance mitrale; 4, 10, hydropueumothorax; 13, cancer de l'estomac; 9, érysipèle de la face, endocardite; 23, pneumonie, délire alcoolique.

Service de M. Panas. Salle Saint-Ferdinand ; 4, plaie pénétrante de poitrine par arme à feu; 7, lymphangite du membre inférieur; abcès multiples; 13, tumeur blanche du genou, fistules nombreuses et hémorrhagies; 14, ostéo-périostite du grand trochanter; 16, tumeur blanche du gros orteil, testicule tuberculeux; 18, cancer de la paroi abdominale; 21, fistule anale; 25, 33, hydarthrose de genou; 29, arthrite coxo-fémorale traumatique.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* Service de M. Molland. Salle Saint-Eloi (H.) : 25, sclérose en plaques; 34, péritonite tuberculeuse; 37, carcinome stomacal; 38, ulcère simple de l'estomac; 40, fièvre typhoide chez un homme de 41 ans. — Salle Sainte-Agathe (F. : 4, lithiase rénale, colique néphrétique, phlegmon périnéphrique? 12, insuffisance mitrale, hernie ombilicale considérable; 20, rhumatisme noueux.

Service de M. Peter. Leçons cliniques le samedi.

Chirurgie. Service de M. Benj. Anger. Salle Sainte-Christophe (H.) : 6, fracture de l'extrémité inférieure du radius; 44, contracture de la mâchoire consécutive à l'éruption d'une dent de sagesse. — Salle Saint-Ferdinand : 30, encéphaloide de la région de la hanche; 24, nécrose du maxillaire inférieur. — Pavillon I (F.) : carcinome du rectum. — Pavillon II : 14, ovarite.

Service de M. Duplay. Salle Saint-Barnabé (H.) ; 24, plaie pénétrante de poitrine, emphysème, 34, coxalgie. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 5, résection de l'épaule; 7, hypertrophie sous-vaginale du col utérin; 14, rétrécissement syphilitique du rectum opéré par incision; 19, ostéo-sarcome du fémur. — Leçons et opérations le mardi.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. L. Labbé. Salle Saint Gabriel : 1, phlegmon de la cuisse; 2, épithéliome; 3 et 44, amputation de la cuisse, pansement et guérison; 5, rétrécissement de l'urèthre; 9, tumeur blanche; 12, phlegmon de la main; 23, calcul vésical; 10 et 40, tubercule du testicule.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Chirurgie.* Service de M. Sée. Salle Napoléon : 4, plaie de tête; 16, fracture de cuisse et plaies multiples; 23, fractures multiples deux clavicules côtes et humérus gauche) ; 24, tumeur blanche du genou; 33, 43, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Salle Sainte-Eugénie : 1, contusions du crâne; 10, perforation de la cornée: 7, fracture du col chirurgical de l'humérus avec luxation; 27, bec de lièvre opéré; 16, fracture de la clavicule.

Médecine. Service de M. Triboulet. Salle Sainte-Marguerite : 2, péritonite; 3, croup opéré; 10, fièvre intermittente tierce; 20, chorée; 24, chorée.

Service de M. Bergeron. Salle Saint-Benjamin : 1, tuberculose abdominale et pulmonaire; 2, fièvre typhoïde compliquée de pneumonie; 4, érysipèle de la face et lymphangite; 10, coqueluche et congestion pulmonaire; 14, croup chronique; 15, pneumonie du sommet droit (2e en 15 jours); 17, dilatation des bronches; 23, méningite tuberculeuse ?; 27, chorée.— Salle Sainte-Mathilde : 4, fièvre typhoïde; 7, purpura simple rhumatismal; 10, albuminurie; 13, coqueluche, broncho-pneumonie; 23, insuffisance et rétrécissement de la mitrale, insuffisance aortique; 30, chorée.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 28 mai 1875, on a constaté 901 décès, savoir : variole, 10; — rougeole, 33; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 10; — érysipèle, 11; — bronchite aiguë, 28; — pneumonie, 68; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 9; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 9; — croup, 16; — affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 269; — affections chroniques, 373, dont 175 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 21.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 16 au 22 mai 1,322, savoir : variole, 2; — rougeole, 23; — scarlatine, 31; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 9; — bronchite, 142; — pneumonie, 71 ; — dyssenterie, »; — diarrhée, 15; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 14; — croup, 13, — coqueluche, 91.

Faculté de médecine. — *Agrégation de chirurgie.* Samedi, 29 mai : Terrillon, *Des plaies de la main.* — Richelot, *Tumeurs hématiques péri-utérines.* — Mardi 1er juin : Humbert, *Des ulcères du tégument externe ;* — Julien, *Des varices lymphatiques.* — Jeudi, 3 juin : Monod, *Indications et contr'indications de la lithothritie.*

Conférences pratiques d'histoire naturelle. — M. Mussat a commencé ses conférences le vendredi 4 juin à 3 h. dans le petit amphithéâtre et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Bureau central. *Concours pour deux places de médecins.* Sont admis à subir les deux dernières épreuves, MM. Grancher, Dieulafoy, Liouville, Renaut, Huchard, Hallopeau, Gauguenheim et Ruck. La question donnée pour la composition écrite était : *De la cirrhose du foie.*

Recrutement du personnel de santé dans la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale. — Une commission spéciale a été nommée pour préparer le plan d'une organisation nouvelle du service de santé militaire; cette commission n'a point encore statué sur toutes les parties de son travail, mais elle paraît avoir adopté définitivement les dispositions générales suivantes :

Tout étudiant ou docteur en médecine, de 25 à 29 ans, appartient en principe, comme simple soldat, à la *réserve de l'armée active* ; de 29 à 35 ans, il entre au même titre dans les cadres de l'*armée territoriale.* Les étudiants ou docteurs en médecine *réservistes* pourront être appelés à servir en temps de guerre, avec le grade d'aide-major, dans les ambulances et les hôpitaux, mais non dans les régiments de l'armée active. Les docteurs en médecine, de 29 à 35 ans, concourront à la formation du personnel médical dans les corps de troupes et les ambulances de l'armée territoriale. Il résulte de là qu'au point de vue de l'appel à l'activité, les médecins civils sont classés en deux catégories rigoureusement distinctes, et que celui d'entre eux qui appartient, par son âge, à l'une de ces catégories, ne peut être admis à servir dans l'autre. Il ne sera point institué d'épreuves probantes pour l'admission des docteurs en médecine dans les cadres de l'armée territoriale ; le Ministre de la Guerre se réserverait de consulter la notoriété publique avant de faire un choix parmi les postulants. Quant aux garanties de moralité que devront offrir tous les candidats, elles seront fournies par l'administration préfectorale dans chaque département. (*Gaz. méd. de Paris*).

Ecole de médecine d'Arras. — M. Leclerc, docteur en médecine, est institué suppléant d'anatomie et de physiologie pour une période de six années.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Satre (Paul-Joseph), docteur en médecine est institué chef des travaux anatomiques pour une période de six années.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Lesonneur, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de six années.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Bor, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour une période de six années.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : Directeur, A. Dechambre. — La 1re partie du t. XVII de la 1re série (cho-cir) vient de paraître. Voici le titre des principaux articles : Choroïde, par Perrin; — Chromatopseudopsie, muscles ciliaires, par Warlomont; — Chromidrose, par Parrot; — Cicatrice, par Legouest; — Circoncision, par Bouisson; — Circonvolutions cérébrales, par S. Pozzi. — La 2e partie du t. IX de la 2e série (mor) vient également de paraître. Elle renferme entre autres les ar-

ticles suivants ; Mortalité militaire, par L. Colin ; — Morphine, par Foussagrives ; — Mort, par Bertin et Tourdes ; — Mort violente et mortalité, par Bertillon. — Prix de chaque demi-volume 6 fr.

Charcot (J. M.). *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpétrière, recueillies par Bourneville. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8 de 72 pages avec une planche en chromo-lithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière* ; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 50 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte ; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux ; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr. ; pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25 ; pour nos abonnés, 4 fr. 75 (*franco*).

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur **VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

III. *Du Jaborandi* (23 mars 1875).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Messieurs,

M. Keuchel, dans un travail fait sous la direction de M. Bidder, a découvert un fait intéressant, et que je dois vous rappeler aussi. C'est que le sulfate d'atropine abolit l'action qu'exerce la corde du tympan sur la glande sous-maxillaire : si bien que, sur un chien curarisé, soumis à la respiration artificielle, et empoisonné, en outre, par une faible dose de sulfate d'atropine, la faradisation du nerf lingual, uni à la corde du tympan, ne provoque plus le moindre écoulement de salive par le canal de Wharton. M. Heidenhain a constaté une autre particularité remarquable, en répétant cette expérience. C'est que la faradisation de la corde du tympan, qui ne provoque plus la moindre sialorrhée sous-maxillaire, exerce sur les vaisseaux de la glande la même action que dans l'état normal. Les vaisseaux de cette glande se dilatent, la circulation y devient plus active ; en un mot, toutes les modifications circulatoires que produit la faradisation de la corde du tympan dans la glande sous-maxillaire, comme l'a découvert M. Cl. Bernard, ces modifications circulatoires se manifestent comme chez un chien non empoisonné par l'atropine.

Enfin, M. Heidenhain a fait encore une remarque importante. Après avoir reconnu que la corde du tympan n'a plus d'action sur la sécrétion de la glande salivaire, chez un chien curarisé et atropinisé, il a soumis à la faradisation le bout supérieur du cordon cervical du grand sympathique, et il a vu que l'excitation de ce cordon détermine encore l'écoulement salivaire, comme chez un animal simplement curarisé.

On peut conclure, avec M. Heidenhain, que si l'atropine abolit l'action qu'exerce à l'état normal, sous l'influence des excitations directes ou réflexes, la corde du tympan sur la glande sous-maxillaire, c'est en modifiant d'une certaine façon les extrémités périphériques des fibres glandulaires de ce rameau nerveux, mais non pas en annulant d'une manière plus ou moins durable la faculté sécrétoire des cellules qui tapissent l'intérieur des culs-de-sac des glandes sous-maxillaires. Autrement, la faradisation des filets sympathiques qui se rendent à la glande ne devrait plus, chez un animal atropinisé, produire d'exagération de la sécrétion salivaire. On comprend, au contraire, que le mode de terminaison des fibres nerveuses provenant du sympathique, puisse être différent de celui des fibres émanées de la corde du tympan, et que, par suite, l'atropine exerce une action différente sur les extrémités terminales de ces deux sortes de fibres.

Ces conclusions de M. Heidenhain sont le point de départ, la base de l'argument qui s'oppose à ce que l'on admette que l'influence sialagogue du jaborandi est due à une action de cette substance sur les cellules de la glande sous-maxillaire.

Sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle, nous injectons dans le tissu cellulaire sous-cutané, un ou deux centigrammes de sulfate d'atropine. Lorsque les effets de l'atropinisation sont visibles, c'est-à-dire, lorsque les pupilles sont extrêmement dilatées, nous injectons dans une des veines crurales, trente ou quarante grammes d'eau dans lesquels on a fait infuser deux ou trois grammes de feuilles pulvérisées de jaborandi. On a préalablement fixé dans un des conduits de Wharton, une canule destinée à l'écoulement de la salive sous-maxillaire. Or, ainsi que nous l'avons vu avec M. Carville et M. Bochefontaine, cette injection de jaborandi n'est pas suivie de l'issue d'une seule goutte de salive par la canule.

Cependant, comme nous venons de le dire, le sulfate d'atropine paraît avoir laissé intacte l'aptitude fonctionnelle des cellules propres de la glande sous-maxillaire. Si donc l'infusion du jaborandi n'exerce plus d'action sialagogue, c'est que le principe actif de cette substance n'excite pas directement les cellules glandulaires et ne provoque un travail secrétoire exagéré que par l'intermédiaire des fibres de la corde du tympan.

Et comme le jaborandi détermine la sialorrhée sous-maxillaire, chez un chien non atropinisé, même après la section transversale du nerf lingual uni à la corde du tympan, on peut déduire de ces diverses expériences que ce médicament doit son action sialagogue à l'excitation qui produit sur les extrémités terminales des fibres glandulaires, émanées de la corde du tympan.

On peut, à l'aide du curare, obtenir un effet analogue à celui que détermine l'atropine. Mais pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de soumettre l'animal (chien) à l'action d'une grande quantité de curare. Nous curarisons un chien, et, pour obtenir plus rapidement l'effet cherché, nous lui injectons dans une veine fémorale une solution filtrée de curare, en assez grande quantité pour anéantir l'action du grand sympathique. Ce degré de curarisation obtenu, nous injectons dans la même [illegible], une infusion de trois à quatre [illegible] de jaborandi. L'injection [illegible]

Cependant le curare [illegible] dans ces conditions, que sur les [illegible] non sur les cellules propres [illegible] dont les aptitudes fonc[illegible]. Du moins il semble que [illegible] droit [illegible] raisonner ainsi, en nous fondant [illegible] qui a lieu pour les nerfs et les muscles à fibres striées, sous l'influence de doses moindres de curare.

Par conséquent, nous pouvons encore conclure de ce genre d'expérience, d'une façon légitime, je pense, que l'action sialagogue du jaborandi n'est pas due à une excitation qu'il produirait dans les cellules propres de la glande elle-même. Nous sommes donc conduits à admettre que le jaborandi agit sur les glandes salivaires sous-maxillaires par l'intermédiaire de leur appareil nerveux ; mais il nous reste à chercher comment il agit sur cet appareil nerveux.

Il n'agit pas évidemment en paralysant la corde du tympan, car nous savons que la paralysie de ce rameau nerveux, telle qu'on la produit, par exemple, en sectionnant le nerf lingual au-dessus du point d'où se détache le filet glandulaire, ne détermine pas la moindre exagération de la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

D'un autre côté, on peut présumer que l'effet de l'absorption des principes du jaborandi n'est pas dû à une excitation des fibres nerveuses glandulaires provenant du grand sympathique. Car ces fibres conservent leur action sur le travail secrétoire des cellules de la glande sous-maxillaire, chez les animaux atropinisés, et si le jaborandi agissait sur la sécrétion de cette glande en excitant ces fibres, il devrait provoquer la sialorrhée chez les animaux soumis à l'influence de l'atropine comme chez ceux qui n'ont pas subi cette influence.

Or, nous avons dit que le jaborandi ne produit plus le moindre effet sialagogue chez un chien atropinisé. Donc

(1) Voir les nos 14, 15, 16, [illegible] et 23 du *Progrès médical*.

ce n'est pas en excitant les fibres sympathiques, destinées à la glande sous-maxillaire, que le jaborandi détermine le flux salivaire qu'il provoque chez un animal sain ou simplement curarisé.

Il ne reste plus que deux hypothèses possibles, pour l'explication de l'action du jaborandi sur les glandes sous-maxillaires. Le jaborandi ne peut produire son effet sialagogue qu'en excitant les extrémités périphériques de la corde du tympan, ou bien en paralysant les fibres sympathiques destinées à la glande.

Or, en constatant que l'atropine paraît agir en paralysant la corde du tympan et que l'influence sialagogue du jaborandi n'a plus lieu chez un animal atropinisé, on est entraîné à adopter la première des hypothèses en présence; c'est-à-dire à supposer que le ptyalisme provoqué par le jaborandi, chez un animal sain, ou simplement curarisé, est dû à l'excitation des extrémités périphériques de la corde du tympan.

Devons-nous considérer cette interprétation comme la seule valable? Nous verrons tout à l'heure si l'on ne pourrait pas expliquer d'une autre façon l'effet sialagogue du jaborandi. Mais pour pouvoir présenter avec clarté notre pensée sur cette question, il nous faut préalablement examiner le mécanisme de l'action du jaborandi sur les glandes sudoripares.

Nous ne connaissons qu'imparfaitement les nerfs des glandes sudoripares. La seule indication qui nous ait été donnée sur ce sujet est due à M. Langerhans qui a vu des fibrilles nerveuses, dépourvues de myéline, pénétrer dans les glandes sudoripares et jusque dans les intervalles des cellules de ces glandes.

Ces données sont-elles exactes? Il faut attendre, avant de se prononcer, des recherches confirmatives.

Mais que les relations du système nerveux avec les glandes sudoripares soient telles que les décrit M. Langerhans, ou qu'elles aient lieu d'une autre façon, ces relations existent bien certainement. Sans cela, on ne pourrait pas comprendre le mécanisme des modifications de la sécrétion sudorale, qui se produisent sous l'influence des variations de la température du milieu extérieur.

On ne pourrait pas non plus se rendre compte de l'action exercée par certaines affections du système nerveux sur la fonction des glandes sudipares.

On sait que la sécrétion de la sueur augmente lorsque la température extérieure s'élève; c'est un des processus physiologiques qui servent de régulateurs thermiques. Il y a évaporation d'une plus grande quantité de liquide à la surface de la peau, et par conséquent emprunt d'une quantité plus considérable de chaleur au tégument cutané. Les pertes de calorique qui se font par suite de cette évaporation, s'accroissent donc dans ces conditions; et c'est là un des moyens à l'aide desquels l'organisme de l'homme, maintient à un degré à peu près fixe, sa température propre, même dans un milieu atmosphérique plus chaud que lui. Cette suractivité de la sécrétion sudorale, qui se montre si rapidement, lorsque la température ambiante s'élève, ne peut s'expliquer que si on la considère comme le résultat d'une action réflexe sécrétoire, provoquée par l'impression que la chaleur du milieu extérieur détermine sur la peau. Cette impression est transportée par les nerfs centripètes aux centres ganglionnaires et cérébro-spinaux; elle y donne naissance à un acte de réflectivité, à une excitation transmise par des nerfs centrifuges aux glandes sudoripares. Il faut de toute nécessité que ces nerfs entrent en relation avec les éléments propre des glandes cutanées pour qu'une pareille suractivité secrétoire de ces éléments puisse se produire aussi rapidement, sous l'influence d'une impression faite sur la peau.

Je pourrais rappeler aussi que M. Brown-Séquard communiquait, il y a longtemps, à la Société de Biologie, l'observation qu'il avait faite de sueurs de la face provoquées presque instantanément par des impressions vives, portant sur les nerfs du goût (21 juillet 1849).

Des expériences bien connues démontrent d'ailleurs, de la façon la plus nette, l'influence du système nerveux sur les glandes sudoripares. Je fais allusion aux expériences de Dupuy (d'Alfort). Ce physiologiste, après l'extirpation des ganglions gutturaux, c'est-à-dire des ganglions cervicaux supérieurs, sur des chevaux, constata que la nuque et diverses parties de la tête se couvraient d'une sueur abondante. M. Cl. Bernard a confirmé ces résultats; il les a vus se produire après la section du cordon cervical au milieu du cou, chez les solipèdes, et il a reconnu qu'on pouvait faire cesser l'hypercrinie sudorale ainsi provoquée, en électrisant le bout supérieur du cordon cervical coupé.

A côté de ces faits, je puis citer ceux qui ont été observés, chez l'homme, par M. Meyer. Ce médecin a vu, sous l'influence d'un courant galvanique, l'électrode négatif étant en contact avec la région d'un des ganglions cervicaux supérieurs, et l'électrode positif avec l'apophyse transverse du côté opposé de la septième vertèbre cervicale, une sueur abondante se manifester sur les bras, la main et les doigts du côté du ganglion cervical excité.

La pathologie fournit des arguments qui démontrent aussi l'existence de relations physiologiques étroites entre le système nerveux et les glandes sudoripares. Je ne vous citerai que quelques-uns des faits qui parlent dans ce sens.

Dans un cas observé par Gairdner, d'Edinbourgh, et dans lequel il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, on avait constaté un rétrécissement de la pupille droite : la moitié droite de la face était souvent couverte de sueurs froides; dans les intervalles, la face au contraire était le siége d'une vive chaleur.

Mon collègue, M. le professeur Verneuil, ayant à enlever une tumeur de la parotide, plaça une ligature provisoire sur la carotide. A la suite de l'opération, il observa de la congestion de la tempe et des gencives, du côté opéré, en même temps il constatait une exagération de la sueur sur toute la moitié correspondante de la face.

W. Ogle a relaté un cas dans lequel une cicatrice du cou, du côté droit, coexistait avec un rétrécissement de la papille de ce côté, une température plus élevée et une rougeur plus vive de l'oreille et de la joue du même côté. A la suite d'un exercice, tel que la marche rapide, le côté gauche de la face, seul, se couvrait de sueur. Ce dernier cas offre un intérêt spécial, en ce qu'il montre qu'à la suite d'une paralysie, d'un des cordons cervicaux du grand sympathique, les excitations provenant des centres nerveux, n'ont plus d'action sur les glandes sudoripares de la moitié correspondante de la face. — On pourrait mentionner aussi des faits de sueurs localisées à la face dans des cas de fracture ou d'altérations des vertèbres cervicales.

D'autre part, on a vu des sueurs se produire d'une façon habituelle d'un seul côté du corps. Des faits d'hyperidrose unilatérale de ce genre ont été réunis par M. Aug. Ollivier, par M. Nitzelnadel, ces auteurs en ont d'ailleurs observé eux-mêmes un certain nombre de cas. Chez un sujet qui présentait des sueurs d'un seul côté (côté droit), sur le bras, dans l'aisselle, sur quelques parties du pied droit, avec température plus élevée dans ces points que dans les régions homologues de l'autre côté du corps, M. Chvostek, d'après MM. Eulenburg et Guttmann, à l'ouvrage desquels j'ai emprunté la plupart des indications précédentes, a constaté que la galvanisation du cordon cervical du grand sympathique du côté droit faisait augmenter la sueur et la dilatation vasculaire de ce côté.

Dans un cas récent de ce genre, rapporté dans les *Archives* de Virchow, par M. W. Ebstein, et où une autopsie attentive a été faite, ce médecin a trouvé des dilatations variqueuses des capillaires, dans les ganglions cervicaux du côté correspondant, principalement dans le ganglion inférieur. Je ne crois pas qu'on puisse attribuer à cette lésion une grande importance, au point de vue de l'éphidrose unilatérale, car, ainsi que je l'ai dit dans un travail publié en 1868 dans les *Archives de Physiologie*, j'ai rencontré plusieurs fois des ectasies ampullaires dans les ganglions cervicaux, chez des femmes qui n'avaient pas offert le moindre symptôme de ce genre.

Ces faits cliniques ne sont pas d'ailleurs les seuls qui

démontrent l'influence du système nerveux sur la production de la sueur. Dans des cas d'hémiplégie, de paraplégie, on a vu les membres paralysés se couvrir de sueur, alors que les autres membres demeuraient secs. De même, les névralgies intercostales, celles du trijumeau, celles du nerf sciatique, par exemple, peuvent déterminer une diaphorèse localisée dans les parties auxquelles se distribue le nerf sur le trajet duquel les douleurs se manifestent.

Je citerai enfin, toujours pour prouver l'influence du système nerveux sur la sécrétion sudorale, les sueurs des fièvres intermittentes, celles de la phthisie, celles de la convalescence des maladies aiguës, celles de l'agonie, etc.

L'ensemble de tous ces faits tend à démontrer que la suractivité du travail des glandes sudoripares, dans la plupart des cas, est un résultat d'affaiblissement ou de paralysie des nerfs par l'intermédiaire desquels ces glandes entrent en relation avec les centres nerveux.

L'expérimentation nous fait voir que c'est la paralysie des fibres du sympathique qui détermine l'exagération de la sécrétion sudorale : ou du moins, c'est ainsi que les choses se passent à la face. Ne pouvons-nous pas admettre qu'il en est de même dans les autres régions du corps, et que, partout, c'est le grand sympathique qui innerve les glandes sudoripares? De plus, aucun fait physiologique ou clinique ne prouve l'existence des fibres nerveuses excito-sécrétoires destinées à ces glandes. Ces petits organes semblent ne recevoir que des fibres nerveuses, exerçant, sur leur travail sécrétoire, une influence modératrice.

(*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur **CHARCOT**.

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

II. — Il nous suffira pour le moment d'envisager le système artériel, bien que les lésions du système veineux aient, elles aussi, une influence marquée sur le développement des altérations encéphaliques. Le but prochain est de vous montrer, par quelques exemples, jusqu'à quel point une connaissance approfondie des conditions normales de la circulation du cerveau est nécessaire à l'intelligence d'un bon nombre de lésions anatomiques dont cette partie des centres nerveux peut être le siége.

Vous vous souvenez comment les gros troncs artériels, les deux carotides internes et les deux vertébrales, concourent à la formation de la circulation artérielle de la base de l'encéphale. Les vertébrales, situées en arrière et dirigées obliquement d'arrière en avant, convergent vers la ligne médiane et s'unissent en un seul tronc, le *tronc basilaire*. Celui-ci, vers le bord antérieur de la protubérance, se divise en deux branches qu'on appelle les *cérébrales postérieures*. Ces artères sont destinées, comme vous le savez, aux régions postérieures du cerveau (lobe sphénoïdal et lobe occipital.)

En avant, chacune des *carotides internes* donne naissance à deux troncs. L'un se porte en avant : c'est la *cérébrale antérieure*, qui remonte sur le corps calleux et se répand sur une partie des lobes antérieurs et une bonne portion de la face interne des hémisphères, ainsi qu'à la région sous-jacente des centres blancs. L'autre est l'*artère cérébrale moyenne* ou *artère sylvienne*. Elle se répand sur les circonvolutions frontales inférieures, les circonvolutions médianes, le lobe pariétal et dans les parties sous-jacentes des centres médullaires. Enfin, elle fournit encore des branches aux masses ganglionnaires, couches optiques et corps striés.

Je n'insiste pas sur la communicante antérieure qui établit une anastomose entre les cérébrales antérieures, ni sur les communicantes postérieures qui unissent les sylviennes aux cérébrales postérieures. Les figures que j'ai placées sous vos yeux vous permettent d'embrasser d'un coup-d'œil ce qu'a de plus saillant ce mode de répartition des artères dans le cerveau.

Telle est la distribution générale des artères qui se rendent sur les faces interne, externe et inférieure du cerveau. Pour savoir comment s'effectue la distribution intérieure des territoires vasculaires, il faut recourir à des coupes. Ainsi, sur cette coupe, pratiquée dans le domaine de l'artère sylvienne, la circulation des noyaux gris paraît confondue avec celle de l'écorce grise et des noyaux blancs sous-jacents : mais c'est là une illusion que nous dissiperons dans la prochaine leçon.

Messieurs,

Je me propose de reprendre aujourd'hui le sujet que je n'ai fait qu'ébaucher dans la dernière séance et de le fouiller plus profondément. Si j'ai été assez heureux pour bien faire ressortir que le système vasculaire à sang rouge domine pour ainsi dire la situation dans le domaine de la pathologie cérébrale, j'ai dû vous convaincre, du même coup, de la nécessité d'études préalables, concernant les rapports qui existent, à l'état physiologique, entre ce système et les divers départements qui composent le cerveau proprement dit.

Comment comprendre, en effet, la raison de la localisation de ces foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement qui constituent un des principaux chapitres de l'anatomie pathologique du cerveau, si l'on n'est pas parfaitement éclairé sur le mode de distribution des vaisseaux artériels dont l'altération est le point de départ, la condition première de ces lésions diverses ?

Il ne saurait, d'ailleurs, s'agir ici de la pure contemplation de faits d'anatomie normale. L'application se présente, en quelque sorte, d'elle-même d'une façon immédiate. Je l'ai déjà montré et je le montrerai, je pense, mieux encore aujourd'hui.

Je m'arrête d'autant plus volontiers, Messieurs, sur ce point de l'anatomie de la circulation cérébrale que vous ne trouverez, à cet égard, dans les traités les plus justement estimés que des renseignements vagues, tout à fait insuffisants pour l'objet de nos études. Tout ce que nous savons de précis sur ce sujet est de date récente et résulte d'études provoquées par les besoins de l'anatomie et de la physiologie pathologiques.

Mes emprunts seront faits surtout à l'important travail de notre compatriote M. Duret, travail qui a été exécuté dans le laboratoire de la Salpétrière. Je ne dois pas vous laisser ignorer, toutefois, que M. Duret, dans la voie où il s'est engagé, a rencontré un émule. Cet émule est un médecin allemand, M. le Dr Heubner, professeur à l'université de Leipzig. Ces deux auteurs ont poursuivi leurs recherches simultanément, mais sans se connaître, et ils sont arrivés, du moins pour les points essentiels, à des résultats identiques. Cela est assurément une garantie de l'exactitude des descriptions nouvelles qu'ils nous ont données.

Seulement, dans un ouvrage récent qui traite de l'altération syphilitique des artères cérébrales (1), M. Heubner émet la prétention d'avoir été l'initiateur. C'est là une prétention insoutenable. Les premières recherches de M. Duret, relatives à la circulation du bulbe et de la protubérance, ont été communiquées à la *Société de biologie* dans la séance du 7 décembre 1872. Par une coïncidence remarquable, ce même jour, 7 décembre, le résumé des recherches de M. Heubner, sur la circulation du cerveau, était publié à Berlin dans le *Centralblatt*. Un mois après, en janvier 1873, M. Duret a publié une note dans le *Progrès médical* (2) concernant la partie de ses recherches ayant trait également à la circulation du cerveau. Les investigations de M. Duret ne sont donc pas postérieures de deux années à cel-

(1) Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

(1) *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien*, p. 188 ; Leipzig, 1874.
(2) 18 et 25 janvier, 1er février, 8 et 15 novembre 1873.

les de M. Heubner, comme ce dernier l'insinue : elles sont absolument contemporaines. C'est là un fait dont M. Heubner aurait pu facilement se convaincre, puisqu'il a pris connaissance du dernier mémoire de M. Duret, inséré dans les *Archives de physiologie* (1874), et où l'historique de la question est exposé dans tous ses détails.

J'ai cru utile d'insister sur cette chronologie afin de bien déterminer, devant cette manie d'annexion, la large part qui revient à notre compatriote.

I. — Mais j'en viens à l'objet particulier de nos études. Vous savez de quelle façon trois troncs, émanés du cercle de Willis, se partagent la circulation artérielle de chaque hémisphère cérébral. Ce sont : 1° la cérébrale antérieure ; 2° la cérébrale moyenne ou artère sylvienne, issues l'une et l'autre de la carotide interne ; 3° la cérébrale postérieure. branche de la basilaire, provenant elle-même de la confluence en un seul tronc des deux artères vertébrales.

A. Chacune de ces artères, dans chaque hémisphère, règne, pour ainsi dire, sur un domaine particulier, et je vous ai déjà fait connaître, très-sommairement au moins, la topographie générale et les limites de ces grands territoires vasculaires. Ces territoires doivent être considérés, non-seulement à la surface des hémisphères, mais encore dans la profondeur de ceux-ci à l'aide de coupes.

Notre attention doit se fixer, en premier lieu, sur la surface du cerveau, comprenant les faces externe, supérieure, interne et inférieure ; et, en second lieu, sur les coupes frontales qui montreront l'importance prépondérante du territoire de la sylvienne.

Nous verrons tout à l'heure que ces territoires ou provinces peuvent être divisés en un certain nombre de départements secondaires, correspondant à la distribution d'autant d'artères secondaires, émanant des troncs principaux.

B. Ne nous arrêtons pas plus longtemps à cette première vue d'ensemble et entrons de suite dans le détail. Chacune des trois artères principales donne naissance à deux systèmes très-différents de vaisseaux secondaires. Le premier de ces systèmes peut être désigné sous le nom de *système des artères corticales*. Les vaisseaux qui le composent, se répandent dans l'épaisseur de la pie-mère et s'y divisent selon un mode particulier, avant de fournir les petits vaisseaux qui pénètrent dans la pulpe cérébrale et qui sont, à proprement parler, les *vaisseaux nourriciers* de l'écorce grise et de la substance médullaire sous-jacente.

Le second système est le *système central* ou des *ganglions centraux* (*masses grises cérébrales*). Les vaisseaux qui entrent dans sa constitution, partent de chacune des trois artères principales, tout près de leur origine, et s'enfoncent immédiatement, sous forme d'artérioles, dans l'épaisseur des masses ganglionnaires.

Ces deux systèmes, bien qu'ils aient une origine commune, sont tout à fait indépendants l'un de l'autre et, à la périphérie de leur domaine, ils ne communiquent sur aucun point. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hernie ombilicale ancienne ; hernie de la ligne blanche étranglée ; débridement ; mort ; autopsie.

Par **KIRMISSON**, interne des hôpitaux.

Evalet, Jeanne, âgée de 55 ans, concierge, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon, le samedi 20 *février* 1875. Cette femme, à son entrée, présente au plus haut point tous les symptômes d'un étranglement herniaire; refroidissement très-prononcé des extrémités, de la langue, et du tronc ; pouls à 120, 20 respirations, vomissements incessants ayant l'aspect et l'odeur des vomissements dits fécaloïdes, face grippée, gémissements plaintifs. Le pouls imperceptible à la radiale, se sent seulement à la fémorale. Ces phénomènes ont débuté le mardi matin 16 *février*, au moment où la malade venait de prendre son déjeûner qu'elle a rejeté par le vomissement ; immédiatement elle a commencé à ressentir de violentes douleurs dans le ventre. Le matin de ce même jour, elle était allée à la selle ; depuis lors, elle n'a plus rendu ni gaz, ni matières par l'anus. Les urines se sont également supprimées, depuis hier. Deux purgations ont été prises, et sont restées sans effet ; depuis le mardi, les vomissements n'ont pas cessé, mais la malade ne peut dire depuis quel moment ils ont pris le caractère de vomissements fécaloïdes qu'ils présentent actuellement.

Lorsqu'on pratique l'examen du ventre, on reconnaît l'existence d'une hernie ombilicale qui présente au moins le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle est arrondie à sa base, un peu pyriforme, à sommet dirigé en bas et à droite; elle offre un grand nombre de bosselures inégales, et vers son extrémité inférieure, de la rougeur et une cicatrice, traces d'une ancienne inflammation. Elle donne dans tous les points une sonorité très-manifeste ; on peut la palper en tous sens sans déterminer de douleurs, on reconnaît qu'elle est souple, sans empâtement. En un mot, cette tumeur n'est évidemment point le siége de l'étranglement intestinal dont la malade offre tous les symptômes. Elle existe depuis 25 ans environ; jamais elle n'a été contenue par un bandage, jamais elle n'a été réductible. — Dès lors on peut se demander si l'on n'a pas à faire à un étranglement interne chez une femme portant depuis longtemps une hernie irréductible. Mais lorsqu'on vient à palper soigneusement et un peu profondément le ventre, à la limite de la région ombilicale et de la région épigastrique, on détermine en ce point une vive douleur, et la percussion, dénote là une matité relative qui contraste avec la sonorité tympanique des points environnants ; enfin on reconnaît l'existence d'un empâtement globuleux, mal limité, mais sans rapport avec la hernie ombilicale située au-dessous; on ne sent en effet aucun pédicule, aucun lien réunissant ces deux tumeurs. Il s'agit donc probablement d'une hernie de la ligne blanche située au-dessous de l'anneau ombilical, hernie intestinale étranglée, mettant complètement obstacle au cours des matières et produisant les accidents actuels.

La longue durée des accidents rendait le taxis dangereux et la kélotomie était indiquée; M. Guyon fut mandé immédiatement, mais empêché, il pria M. Lucas-Championnière de le remplacer. Celui-ci vint, et après avoir donné du chloroforme à la malade, pratiqua au-dessus de l'ombilic au niveau du point douloureux, une incision longue de 8 centimètres environ, un peu oblique en bas, à droite et en dehors. La peau incisée, on tomba sur une couche de tissu graisseux mesurant 5 centimètres d'épaisseur au moins, puis sur la hernie dont il fut aisé de sentir le point d'étranglement formé par un anneau fibreux très-résistant. Le sac était constitué seulement par quelques trames fibreuses très-minces qui furent aisément déchirées ; celui-ci ouvert, on arriva sur une masse graisseuse rougeâtre qui fut incisée, et au centre de laquelle on trouva une anse intestinale violacée; le débridement fut pratiqué en dedans et à gauche sur deux points, et l'intestin put être facilement réduit avec un bruit de gargouillement, mais la graisse qui l'enveloppait fut laissée au dehors, et les lèvres de la plaie furent rapprochées par trois points de suture métallique. — Aussitôt après l'opération, la malade rendit des gaz et des matières par l'anus, mais l'état général s'aggrava, le refroidissement s'accentua de plus en plus, et la mort survint à 11 heures du soir, trois heures environ après l'opération.

L'Autopsie, faite le lundi matin 22 *février*, a entièrement confirmé le diagnostic ; à trois travers de doigt environ au-dessus de l'orifice de la hernie ombilicale se voyait, du côté de l'abdomen, un autre orifice beaucoup plus petit, dans lequel s'engageait le ligament falciforme du foie, qui, dans le reste de son étendue, était couché sur le lobe gauche de l'organe. Ce ligament était doublé d'une épaisse couche de graisse qui s'engageait avec lui dans l'orifice de la ligne blanche et qui, s'épanouissant au dehors, venait former cette enveloppe adipeuse rougeâtre dans laquelle était contenue l'anse intestinale herniée. Celle-ci, facilement reconnaissable à l'aspect violacé qu'elle présentait, répondait à 2 mètres et demi environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il s'agissait d'un pincement de l'intestin, qui en oblitérait entièrement le calibre. Malgré la

longue durée de l'étranglement, il n'y avait ni sphacèle, ni perforation, mais seulement un état dépoli de la surface externe de l'intestin.

Quant à la hernie ombilicale elle-même, elle était remarquable par la largeur de son anneau qui pouvait recevoir aisément l'extrémité de la main ; elle renfermait l'épiploon, le cœcum, le colon ascendant, la moitié droite du colon transverse, reliés aux parois de la poche par de nombreuses adhérences, et deux mètres d'intestin grêle non adhérents et contenus dans la cavité formée par l'épiploon et les anses du gros intestin, de sorte que le grand épiploon recouvrait entièrement les viscères herniés. L'épiploon entraînait avec lui une portion de la grande courbure de l'estomac voisine du pylore, qui s'engageait dans l'orifice de la hernie.— La paroi elle-même du sac présentait un grand nombre de dépressions et de bandelettes saillantes, constituées par les éléments de la cicatrice ombilicale étalés sur une hauteur de dix centimètres environ. Ces dépressions logeaient des portions d'épiploon et de gros intestin, ou répondaient à des masses graisseuses faisant saillie à l'extérieur à travers des orifices de l'aponévrose, et donnant à la tumeur l'aspect bosselé que l'on constatait si nettement pendant la vie ; immédiatement audessus de l'ouverture de la hernie ombilicale, se voyait un autre orifice beaucoup plus petit et constitué aussi par une éraillure de la ligne blanche ; il livrait passage à une masse graisseuse arrondie, recouverte d'un mince tractus celluleux et tout à fait comparable à celle qui contenait l'anse d'intestin grêle étranglée. Il n'y avait point trace de péritonite, mais seulement de la congestion veineuse à la surface de l'intestin ; rien de particulier à noter dans les autres organes, sauf de nombreuses ecchymoses péricardiques à la surface des ventricules.

Réflexions. Cette observation nous semble présenter de l'intérêt à divers titres : au point de vue anatomique, elle montre le rôle que jouent les hernies graisseuses dans la production des déplacements de l'intestin, rôle qui a été, comme on sait, diversement apprécié; les uns, avec Velpeau et Bigot d'Angers, voyant dans ces masses graisseuses herniées le premier stade d'une hernie intestinale, tandis que d'autres, avec Bernutz, les considèrent comme des traces d'anciennes hernies guéries. Nul doute en effet, qu'ici, la graisse doublant le ligament falciforme s'engageant peu à peu dans un orifice de la ligne blanche, n'ait créé cette cavité dans laquelle est venu s'étrangler l'intestin ; de même, ces masses graisseuses qui doublaient la poche de la hernie ombilicale, avec laquelle elles communiquaient par des orifices aponévrotiques, avaient pour effet d'augmenter peu à peu son volume à mesure qu'elles sortaient au dehors. Enfin, cette troisième hernie, intermédiaire aux deux autres et constituée uniquement par de la graisse, formait là un sac tout préparé dans lequel le doigt pouvait s'engager, et qui, d'un moment à l'autre, devenait capable de livrer passage à l'intestin. — Au point de vue clinique, on doit insister surtout sur la difficulté que présentait ici le diagnostic. En effet, en présence d'une hernie s'accompagnant des symptômes de l'étranglement, on était tenté tout d'abord de localiser dans cette tumeur la cause des phénomènes observés, et l'on voit quelles difficultés l'on eût rencontrées si l'on avait pratiqué une opération sur cette hernie volumineuse qui renfermait une grande partie du tube intestinal. Ce qui rendait surtout difficile le diagnostic, c'était l'absence de toute tumeur au niveau du siége réel de l'étranglement ; on était éclairé seulement par l'existence en ce point d'une douleur vive contrastant avec l'indolence de la tumeur ombilicale, et dès lors on comprend toute l'importance de ce signe : douleur vive à la pression en un point de l'abdomen, quand on ne trouve pas, dans une hernie apparente à l'extérieur, l'explication des symptômes d'étranglement observés. Enfin, la circonstance de la suppression des urines indiquée par la malade, jointe au siége élevé de la hernie, aurait pu faire croire que l'étranglement portait sur la partie inférieure de l'intestin. A l'autopsie, la vessie fut trouvée complétement vide, mais le point étranglé appartenait, comme on l'a vu, à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle ; la suppression de la sécrétion urinaire dans l'étranglement herniaire n'a donc pas toute la valeur qu'ont voulu lui accorder quelques auteurs, à propos du diagnostic précis du siége de l'étranglement.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT.**

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1)

Deux observations d'hystérie.

Nous continuons aujourd'hui la publication de l'histoire de Rosalie Ler... que nous avons commencée dans le n° 16 du *Progrès Médical*,

1866. L'intelligence n'a pas subi de modifications. Les attaques d'hystéro-épilepsie reviennent toujours avec autant de fréquence et, à diverses reprises, L... a présenté l'ensemble des phénomènes qui ont déjà été décrits et qui peuvent se résumer ainsi : 1° *convulsions cloniques*, exigeant plusieurs personnes pour la maintenir, dans lesquelles elle frappe si violemment les pieds de son lit qu'elle le déplace ; tentatives pour se mordre, pour déchirer ses draps, ses oreillers, etc. C'est ce qu'on désigne dans le service, d'après la malade, sous le nom de *tortillements* ; — 2° *crises* dans lesquelles prédominent les phénomènes *épileptiques* ; — 3° *contracture* des membres du côté droit, contracture des muscles des mâchoires, de la langue et du voile du palais, nécessitant l'alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne ; — contracture du col de la vessie donnant lieu à une rétention d'urine qui exige l'usage de la sonde. — L... ne peut plus parler et se fait comprendre par des signes. Cet état dure une, deux ou trois semaines (par exemple du 16 au 26 mars). 4° Puis, à la suite d'une ou plusieurs *attaques hystéro-épileptiques*, la contracture disparait complétement, la malade mange seule, la parole revient, la rétention d'urine fait place à une *incontinence* qui guérit elle-même au bout de quelques jours.—Dans l'intervalle de ces grandes attaques, Ler... a des crises isolées plus ou moins violentes et conserve une hémianesthésie complète, du côté droit. Sa santé physique est d'ailleurs excellente.

1868. A la nouvelle de la mort de la fille de la surveillante qu'elle affectionnait beaucoup, ses *règles* qui avaient paru la veille se suppriment définitivement.

1872. 7 *février*. L..., qui n'avait pas été sérieusement malade depuis près de trois ans, a eu aujourd'hui une attaque qui a duré une heure et demie. La région ovarienne droite est douloureuse; toute la moitié droite du corps est anesthésiée.

9 *février*. Affaiblissement de la motilité du côté droit; L... serre peu et marche en trainant la jambe. La sensibilité à la douleur et à la température est entièrement abolie sur la moitié droite du corps (peau et membranes muqueuses). La *vision* est moins bonne à droite qu'à gauche. La *région de l'ovaire droit* est le siége de douleurs spontanées que la pression exagère. La voix est en partie éteinte.

12 *février*. Ler... accuse des douleurs dans le côté droit du ventre, et des fourmillements dans le bras et la jambe du côté droit. Elle dit être souvent réveillée par son bras droit qui saute. L'*aphonie* persiste.

15 *février*. Hier et avant-hier, accès avortés. Ce matin, L... est allée, comme à l'ordinaire à l'atelier où elle travaille en prévenant toutefois qu'elle serait fort probablement malade dans la journée. A dix heures, elle est revenue en toute hâte, annonçant que son attaque allait commencer. En effet, à peine déshabillée, les yeux se tournent à droite et en haut ; la tête

(1) Voir les nos 12, 13, 15 et 16 du *Progrès médical*.

dirige à droite. Les membres sont pris de convulsions. Les jambes sont tantôt fléchies sur la cuisse, tantôt allongées; de temps en temps, elle élève l'un ou l'autre membre inférieur qu'elle fléchit sur le tronc et rapproche jusqu'à la hauteur de la bouche. Parfois, elle cherche à se mordre le bras ou la jambe et, en pareille circonstance, c'est surtout à la prémunir contre les conséquences de semblables accidents qu'on met tous scs soins. D'autres fois, elle grince des dents et ce grincement est d'habitude l'indice précurseur d'une convulsion tétanique. La main droite se contracte; d'abord en supination, elle se place bientôt dans une pronation exagérée. Dans ce mouvement, le deuxième et le troisième doigts sont écartés l'un de l'autre et dans l'extension; les autres doigts sont fléchis. — Les membres inférieurs sont étendus; les orteils sont fortement fléchis.

A cette convulsion tétanique succède un accès d'une sorte de rage dans lequel L... pousse des cris violents, appelle à son secours, voit des brigands, des voleurs, etc. Puis, elle sc lamente, se plaint de ne plus voir clair, de sentir une boule qui remonte et l'étouffe. A ce moment, elle s'asseoit sur son lit, incline sur sa poitrine sa tête qu'elle secoue violemment en grinçant des dents et imitant le bruit que font les chiens qui ont saisi un objet qu'ils déchirent. Enfin, elle retombe sur son lit et avec sa tête qu'elle soulève et abaisse, elle frappe rapidement l'oreiller à plusieurs reprises.

Sous l'influence des inhalations d'éther et l'application de compresses d'eau froide, elle semble se calmer. Elle divague alors, parlant de chiens enragés, de gardes champêtres, de forêts, etc. Quelques minutes plus tard, la connaissance revient; mais elle déclare que tout n'est pas fini parce qu'elle éprouve encore des douleurs dans le ventre.

Bientôt, en effet, les membres se roidissent de nouveau, les jambes sont prises de tremblement; les lèvres et les joues remuent comme dans l'acte de la mastication; les mains se fléchissent sur les avant-bras, les accès de rage recommencent et pour empêcher qu'elle ne se morde, on interpose entre les arcades dentaires une compresse qu'elle secoue de côté et d'autre avec furie.

Enfin, les accidents diminuent d'intensité : elle se met à souffler comme si elle allumait du feu et demande à boire. Vers onze heures et demie, le calme était revenu.

5 *heures*. Nouvel accès. La tête est inclinée sur l'épaule droite, la face tournée dans le même sens; les paupières sont ouvertes, les yeux regardent en haut et à droite. L... pousse un cri prolongé formé d'une série de petits cris; puis, la perte de connaissance paraît absolue. La face est cyanosée; le corps tend à rouler de gauche à droite.

Les membres supérieurs sont dans l'extension forcée, les avant-bras dans la pronation, les doigts sont fermés, excepté les index et les médius, qui sont allongés; les membres inférieurs sont étendus, les orteils fléchis sur les métatarsiens, le métatarse sur le tarse; les cuisses sont croisées; les différents segments de ces membres sont fixés dans leur position; c'est à peine s'il y a quelques convulsions cloniques. A la face, on note quelques contractions fibrillaires, surtout à gauche; la commissure de ce côté est tirée en haut; un peu d'écume, non sanglante, s'écoule de la bouche. Elle semble s'endormir. Ces divers symptômes ont duré trois ou quatre minutes. Elle se réveille en quelque sorte brusquement et a une attaque à grands mouvements, avec prédominance de la projection du bassin en avant. Par moments, son corps ne repose plus que sur les talons et la partie postérieure de la tête (1); puis, elle essaie de se déchirer la figure, le cou, la poitrine. Ces différents phénomènes alternent avec des cris et des injures. Enfin, elle demande à boire, avale deux grands verres d'eau et revient à l'état normal.

Le ventre est considérablement ballonné, et il y a, depuis ce matin, une rétention d'urine qui oblige à pratiquer le cathétérisme.

24 *février*. Attaque d'une intensité modérée. — 25 *février*. La *rétention d'urine* a cessé ce matin et est remplacée par *une incontinence*.

26 *février*. Depuis hier soir, L..... présente un délire spécial, offrant beaucoup d'analogie avec le *délire ébrieux* : Ler... a des *hallucinations* de la vue et de l'ouïe : elle voit, au plancher, des papillons, des hirondelles qui voltigent, des étincelles lumineuses; elle entend aussi des voix qui l'appellent. — Les pupilles sont inégales : la gauche est normale, la droite est contractée. Le pouls est à 68, la température rectale à 37°, 2 à 9 heures du soir et 37° à 10 heures. La voix est rauque; l'incontinence d'urine persiste.

A 7 heures du soir, attaque convulsive avec perte de connaissance. L..... est dans l'*opisthotonos complet* : La tête est fortement renversée en arrière; les paupières sont ouvertes, les yeux regardent directement en haut, la mâchoire inférieure est tirée à droite, les arcades dentaires sont écartées l'une de l'autre à un degré à peine suffisant pour permettre l'introduction du petit doigt. Les muscles des mâchoires sont agités par moments de secousses cloniques. La coloration de la face est normale.

Les bras sont fixés le long du thorax, les avant-bras étendus dans la pronation forcée, les doigts fléchis, le pouce dans la paume de la main de telle sorte que son extrémité arrive entre le médius et l'annulaire. Les membres inférieurs sont dans l'extension; les orteils, seuls, sont fortement fléchis. La sensibilité est absolument abolie; le pincement, entre autres excitations, n'amène aucune réaction.

Le corps, dans le décubitus dorsal, repose principalement sur la partie postérieure de la tête, sur les talons et les mollets. Le ventre est très-ballonné. La respiration n'est modifiée qu'au moment des paroxysmcs. Partout, la peau est couverte de sueurs abondantes.

De 7 heures à 8 heures un quart, L... reste ainsi contracturée, sans aucune convulsion clonique et offrant tout-à-fait l'aspect d'un tétanique. A 8 heures un quart, surviennent quelques convulsions dans les muscles de la mâchoire, déterminant des mouvements de latéralité dans lesquels la mâchoire est attirée vers la droite. Parfois, l'opisthotonos s'exagère, il se produit une cambrure considérable de la région dorso-lombaire, l'abdomen est projeté en avant et en haut : le corps ne porte plus que sur la nuque et les talons. Les muscles des membres et du tronc ne sont le siége d'aucune convulsion clonique. A un moment, le thorax s'immobilise à la suite d'une inspiration profonde (1); puis, on entend un bruit pharyngien et on voit la face se congestionner. Bientôt arrive une détente brusque qui n'est caractérisée que par la moindre intensité de la courbure dorsale. Les membres restent toujours contracturés au même degré.

27 *février*, 9 heures. T.R. 37°,3. Ce matin on trouve la malade avec une *contracture des membres du côté droit, des muscles de la face à droite, et de la langue.*

Contracture des membres (Forme hémiplégique.) Le membre supérieur est dans l'extension, le bras fixé le long du tronc, l'avant-bras allongé et dans la pronation, le pouce entre le médius et l'annulaire; — le membre inférieur est aussi dans l'extension forcée; en le saisissant avec la main, on soulève le corps tout entier.

Contracture de la face. — La physionomie a une expression étrange, due à l'écartement des paupières plus grand que d'habitude, à un léger strabisme qui laisse libres, cependant, tous les mouvements des globes oculaires, à une traction très-marquée de la commissure labiale droite et enfin à l'écartement des mâchoires dont le rapprochement est impossible. Le masséter droit est dur, contracturé.

Contracture de la langue. — Ler... comprend parfaitement tout ce qu'on dit; mais il lui est impossible de parler autrement que par signes. La langue est contracturée, dure au

(1) *Louise Lateau* : « Un ecclésiastique a même affirmé l'avoir vue dans un de ses moments d'extase, étendue sur son lit, se soulever de tout son corps d'un pied de haut environ, les talons seuls prenant un point d'appui sur la couche. M. le curé se rappelle également l'avoir vue dans cette position pendant quelques instants, mais il ne prit pas garde à ce fait insolite, l'attribuant à un état d'*excitation morbide*. » (I. G., p. 15.)

(1) Pendant l'une des phases des attaques de Louise Lateau, M. Imbert-Gourbeyre a remarqué que les mouvements respiratoires étaient ralentis (p. 198-199). M. le professeur Lefebvre (de Louvain) mentionne le même phénomène et le considère comme appartenant aux phénomènes rares (p. 53). Or, le ralentissement de la respiration coïncidant avec une fréquence excessive du pouls est chose vulgaire chez les hystéro-épileptiques.

toucher, et collée au plancher de la bouche. Elle présente, à sa face supérieure, un sillon médian et, par conséquent, de chaque côté, une saillie longitudinale. La malade est impuissante à lui imprimer le moindre mouvement. La sensibilité de la langue, à la douleur, est abolie à droite, très-émoussée à gauche. La sensibilité pharyngienne est conservée car l'introduction du doigt au fond de la bouche provoque des efforts de vomissement. La déglutition est impossible aussi bien pour les liquides que pour les solides. Fait-on couler de l'eau dans la bouche, aussitôt elle s'échappe au-dehors. Les muscles de la région sus-hyoïdienne sont contracturés. Le ventre est modérément ballonné. La *sensibilité* est entièrement éteinte sur la moitié droite du corps. Sur la moitié *gauche*, au contraire, la motilité et la sensibilité à la douleur sont conservées. La malade accuse uniquement de l'engourdissement dans la main de ce côté.

A neuf heures et demie, Ler.., qui, jusque-là, ne s'était pas rendu un compte très-net de sa situation, s'aperçoit que sa langue est paralysée, qu'elle ne peut plus parler qu'avec une extrême difficulté, et se met à pleurer. Elle fait entendre moitié par signes, moitié dans un langage fort peu compréhensible qu'elle souffre du ventre, de l'épigastre, de la gorge et de la tête.

Soir.— L'état de la malade est le même. En raison de la contracture de la langue, on ne saisit qu'imparfaitement ce qu'elle a beaucoup de peine à dire. Elle aurait eu des *hallucinations* de l'ouïe et de la vue : elle entendait des cloches sonnant à toute volée ; elle voyait des lézards grimper le long des murs, des papillons voltiger au plafond. Elle est excitée ; tantôt elle se lamente, tantôt elle rit et fait des grimaces. — On la fait manger, selon la coutume en pareil cas, avec la sonde œsophagienne, introduite par l'une des narines. La sonde, parvenue à l'arrière-bouche, suscite de violents mouvements réflexes, une vive anxiété et du larmoiement. — La rétention d'urine persiste. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La variole à Paris.

La variole qui, pendant le siége de Paris, avait sévi d'une façon si intense et si meurtrière, semblait presque inconnue depuis cette époque ; les quelques cas observés de loin en loin étaient le plus souvent très-bénins ; ils paraissaient, en outre, peu contagieux; et, dans son *Rapport à la Société médicale des hôpitaux*, M. Besnier pouvait dire au commencement de 1872 : « Le territoire ou l'atmosphère de Paris sont devenus momentanément réfractaires à la germination variolique. » En effet, tandis que la moyenne annuelle des décès par la variole était de 400 environ, pour la période de 1810 à 1869, le chiffre de la mortalité ne dépassa pas 102 en 1872. En 1873, la proportion s'abaissa encore, et descendit au chiffre le plus bas qui ait jamais été observé (17 décès dont un dans les hôpitaux). Il en fut de même au commencement de 1874; car nous trouvons seulement 25 décès pour les 9 premiers mois (jusqu'au 3 octobre) ; mais, à partir de ce moment, les choses changent complétement; les cas deviennent plus nombreux et plus graves, et en même temps, la variole, au lieu de rester à l'état sporadique, prend nettement le *caractère épidémique*.

Il est assurément difficile d'apprécier d'une manière précise la fréquence absolue de la maladie ; mais il suffit de consulter les tableaux de la mortalité, pour voir que, depuis le mois d'octobre, la variole a suivi une marche progressivement envahissante. Dans les 9 premiers mois de l'année, avons-nous dit, il y avait eu, en tout, 25 décès dus à cette cause. Du 3 au 31 octobre, il y en a 3, puis 7 du 1er novembre au 4 décembre, et 6 du 5 décembre au 1er janvier. A partir du 1er janvier, les progrès sont plus marqués, et ce n'est plus par mois, mais par semaine qu'il faut les suivre. Nous trouvons ainsi les chiffres suivants : 2, 5, 2, 1, — 2, 2, 4, 2, — 4. 2, 4, 3, 7, — 4, 7, 8, 9, — 11, 5, 7, 10, — 14. Cette liste, dans laquelle nous avons séparé par un trait les chiffres correspondant approximativement aux mois, met en évidence ce fait du développement progressif de la variole. Mais ce n'est pas tout. Dans ses *Rapports à la Société médicale des hôpitaux*, M. Besnier faisait remarquer que, pendant plusieurs années, les cas observés étaient, pour ainsi dire, stériles, ne présentant aucune tendance à la propagation. Au contraire, dès le début de l'épidémie actuelle, M. Féréol appelait l'attention de l'administration sur le développement de plusieurs *cas intérieurs* à la Maison municipale de santé.

Dans son dernier rapport (voir *Union médicale* du 4 mai), M. Besnier cite des cas analogues, observés par lui et par MM. Siredey, Hérard, Desnos. Enfin, nous pourrions ajouter que dans l'un des services de la Charité, deux malades (un homme et une femme), venus du dehors et laissés dans les salles, malgré les réclamations incessantes du chef de service, devinrent l'occasion du développement de 7 cas intérieurs (3 malades de la salle des hommes, 2 de la salle des femmes, un infirmier et un élève du service). Le fait était d'autant plus remarquable que la variole chez deux malades venus du dehors, était extrêmement bénigne ; l'un des malades atteint consécutivement, entré pour une tuberculose pulmonaire avec hémoptysie (arrêtée depuis plus de huit jours), succomba à une variole hémorrhagique; les autres guérirent. Nous n'insistons pas davantage sur ce fait et le souvenir de Vallerian, encore présent à la mémoire de tous, suffirait à prouver la puissance de propagation de la variole.

Il est donc bien certain que nous traversons actuellement une épidémie, et qu'il ne s'agit plus de cas sporadiques. Les relevés que nous avons donnés plus haut semblent même indiquer que l'épidémie n'est point en voie de décroissance, puisque le chiffre de mortalité le plus élevé correspond précisément à la dernière semaine (du 28 mai au 4 juin). On conservera encore la même opinion, si l'on admet avec M. Brouardel (*Société médicale des hôpitaux*, 1870), que l'air balayé par la pluie doit contenir moins de germes émanés de la croûte de varioleux, et que par suite, ainsi que Serres l'avait déjà dit, la sécheresse, la chaleur et la lumière sont des conditions favorables au développement de la variole ; Grisolle dit également que « la variole se montre ordinairement au printemps, sévit avec plus de force en été, s'adoucit en automne, et s'éteint souvent pendant l'hiver. » Il est pourtant, d'un autre côté, un fait sur lequel nous devons appeler l'attention. Si l'on examine les tables de mortalité (depuis 1860 jusqu'en 1875) données par M. Besnier dans son dernier rapport de 1874, et surtout si pour faciliter la comparaison, on dresse la courbe graphique de ces chiffres, on ne tarde pas à s'apercevoir de deux choses: La première, c'est que l'hiver a généralement été marqué par une recrudescence plus ou moins accusée de la mortalité par la variole, et que les épidémies, petites ou grandes, ont débuté le plus souvent dans les mois d'octobre, novembre ou décembre, pour diminuer et disparaître au printemps. Ce fait est en opposition avec l'opinion des

auteurs que nous avons cités plus haut. Mais il est incontestable pour la période qui s'étend de 1860 à l'époque actuelle. On remarque aussi qu'il semble qu'il y avait dans l'apparition de ces épidémies (1861-62; 1865-66 ; 1869-70-71; 1874-75) une certaine périodicité, de telle sorte qu'il y ait entre chacune d'elles une période intercalaire de trois ans et demi.

Ce fait est-il constant ou bien s'agit-il seulement d'une coïncidence? Le nombre d'années sur lesquelles portent les relevés est trop peu considérable pour qu'il soit possible de résoudre la question ; mais il est évident que, si le fait était démontré par l'étude d'un plus grand nombre d'observations, on pourrait probablement en tirer quelques conséquences au point de vue de la prophylaxie.

Pour en revenir à l'épidémie actuelle, il est certain qu'elle ne diminue pas, et qu'elle semblerait plutôt avoir une tendance à augmenter, et sans vouloir porter sur la marche qu'elle suivra un pronostic qui pourrait se trouver démenti par les faits, nous croyons qu'il est plus que jamais nécessaire de rappeler les instructions énoncées par M. Besnier le 23 avril à la Société médicale des hôpitaux.

« Je n'ai donc, disait-il, qu'à reproduire avec patience (j'allais presque dire avec résignation) les conclusions que j'ai déjà formulées dans mon dernier rapport, et que voici : « Rétablir avec calme et organiser avec méthode les *vaccinations* et *revaccinations* dans toute l'étendue des services de l'Assistance publique; renoncer franchement aux anciens errements ; charger une commission *médicale* d'instituer ce qui est du ressort de la médecine ; organiser de haut, avec ensemble, unité et uniformité ;

» Réaliser, d'après les indications fournies par les médecins, juges compétents, l'*isolement des varioleux* dans les conditions que la Société médicale des hôpitaux a surabondamment indiquées et *ne pas omettre surtout d'étendre les mesures d'isolement aux* CONVALESCENTS, QUI CONSTITUENT LES AGENTS LES PLUS ACTIFS DE LA DIFFUSION ÉPIDÉMIQUE ;

» Prendre pour la ville, pendant que cela est facile à exécuter, toutes les mesures nécessaires au rétablissement des services de vaccination et de revaccination; aviser à quelques mesures de police médicale urgentes à l'égard des convalescents; se faire renseigner exactement sur les points de développement de la maladie, soit pour instituer une statistique utile, soit pour arriver à l'extinction des *foyers*.»

Telles sont les mesures générales proposées par M. Besnier, et sur l'importance desquelles ont insisté plusieurs médecins au sein de la Société médicale des hôpitaux. Il est certain que le calme dans lequel nous avons vécu pendant plusieurs années, relativement à la variole, a amené un relâchement dans les mesures de prophylaxie; pour le moment, il importe au plus haut degré, de revenir à l'exécution de ces mesures. L'administration des hôpitaux paraît commencer à le comprendre, et depuis quelques semaines, on a enfin créé des salles d'isolement; mais cela ne suffit pas, il faut prévenir la propagation de la maladie par des revaccinations suivies ; les étudiants en médecine, les infirmiers, tous ceux en un mot qui composent le personnel des hôpitaux doivent, les premiers, être mis à l'abri de la maladie à laquelle ils sont plus exposés que d'autres. Il importe donc que l'administration mette à la disposition des médecins, le vaccin que l'on se procure actuellement avec tant de peine. Il n'est pas moins nécessaire que l'autorité militaire continue à faire vacciner ou revacciner les jeunes soldats, comme elle le fait, du reste, depuis quelque temps.

En deux mots, la vaccination et la revaccination, et d'autre part l'isolement des varioleux et des convalescents de variole doivent recevoir une application sérieuse, et de cette façon il est permis d'espérer que l'épidémie qui est encore relativement bénigne, arrivera à être complétement enrayée dans sa marche. Les réclamations des médecins ont été longtemps infructueuses; l'administration paraît commencer à s'en préoccuper, mais en pareille circonstance, on ne peut se contenter de demi mesures, et l'on doit réclamer avec insistance une réglementation sévère.

A. S.

Assistance publique: les avantages de la réglementation.

Nous avons à différentes reprises attiré l'attention sur les difficultés qui résultent parfois pour le service médical de l'organisation actuelle de l'assistance publique. Nous croyons devoir encore signaler à ce sujet un fait récent, de nature à prouver la justesse de nos réclamations.

Un interne des hôpitaux faisant, il y a quelques jours, sa visite du soir, prescrivit du thé au rhum à un malade. L'indication était précise : à la suite d'une opération pratiquée sur les voies urinaires, la malade venait d'être saisie d'un frisson intense, et l'on sait que l'alcool est dans les cas de ce genre un remède héroïque. Le bon exigé par l'administration, fait dans les formes et contresigné par le directeur de l'hôpital, fut envoyé au pharmacien en chef. Celui-ci s'empressa... de le renvoyer par le porteur après avoir écrit au dos ces mots : Ce bon ne porte pas d'indication de dose et les internes n'ont pas le droit de prescrire du rhum.

L'argument était sans réplique, il n'y avait qu'à s'incliner. Le rhum ne figure pas en effet sur la liste des médicaments, annexé au réglement, qui fixe les attributions des internes, comme pouvant seuls être prescrits par ces derniers. Inutile de dire que comme la plupart des autres articles de ce réglement suranné, celui-ci est resté lettre morte et qu'il faut des faits de ce genre pour en rappeler l'existence aux intéressés. Cet exemple prouve néanmoins que dans bien des cas l'exécution des prescriptions médicales dépend entièrement du bon vouloir du pharmacien qui peut légalement, réglementairement, mais non humainement, leur opposer ainsi une fin de non-recevoir. Cet état de choses est-il logique? Il suffit de poser la question pour y répondre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. MALASSEZ a observé un malade dont l'observation se rapproche beaucoup de celle communiquée par M. Cornil dans la séance précédente. Dans ce cas, on comptait environ 34 pulsations par minute. — Le malade présentait des accès de suffocation, et des accès convulsifs suivis de syncope avec arrêt complet des pulsations.

M. LÉPINE. M. Charcot a observé deux cas de ce genre, et lui-même en a vu un dont l'observation est consignée dans l'ouvrage de Stokes. Chez ces malades il y avait des accès

épileptiformes, et un ralentissement extrême des battements du cœur. Le cœur n'a pas été trouvé altéré.

M. Lépine communique à la société les résultats d'expériences qu'il a faites avec MM. Bochefontaine et Tridon, sur les effets produits par l'excitation électrique des parties motrices du système nerveux. Ces expériences ont été faites sur des chiens préalablement curarisés. On sait que les lobes frontaux présentent, chez ces animaux, un sillon dit sillon crucial, en avant duquel est le *girus préfrontal*, en arrière le girus *postfrontal*. Dans ce dernier existent trois points qui sont les centres moteurs des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la face. Or, si l'on excite le girus postfrontal au moyen d'un courant d'induction *faible* on voit se produire une élévation considérable de la tension artérielle du membre inférieur. Cette élévation de la tension peut s'observer également après l'excitation du girus préfrontal. Ce phénomène ne se montre pas immédiatement; il s'écoule un certain temps entre l'excitation et l'augmentation de la tension. M. Lépine a remarqué des effets non-seulement vaso-constricteurs mais aussi vaso-dilatateurs. On constate en effet dans la patte du côté opposé une élévation de température.

C'est du reste ce que l'on voit également après l'excitation d'un nerf sensitif. Du côté du cœur, l'excitation faible de ces centres nerveux, amène une accélération des battements. Ceux-ci sont au contraire ralentis après une excitation forte. Quant aux sécrétions, M. Lépine a vu que l'excitation de certains points moins bien déterminés que les précédents les augmentait notablement.

M. Bert demande si l'on a fait une section de la zone cérébrale qui a été le siége des expériences, et si, remettant en position la partie sectionnée, on a renouvelé l'expérience. Dans ce cas, en effet, on conserverait la continuité des courants électriques après avoir détruit celle des tubes nerveux.

M. Lépine. Cette section a été faite, et au moment de la section on a vu la tension s'élever. La seule action mécanique de la section suffit donc pour produire le phénomène.

M. Poncet communique une observation très-intéressante d'atrophie musculaire progressive survenue à la suite d'une blessure de guerre. Le malade qui fait le sujet de la communication présente au-dessous de la clavicule droite une cicatrice. C'est là qu'est entrée la balle dont on voit l'ouverture de sortie également cicatrisée au-dessous de l'épine de l'omoplate. Au moment où il a été blessé, le malade est tombé sans connaissance, et, fait important, a continué à tenir son fusil serré dans sa main droite.

Il est évident que la balle a traversé le sommet du poumon, sans intéresser ni l'artère sous-clavière, ni le plexus brachial puisqu'il n'y a pas eu, d'une part, d'hémorrhagie grave, d'autre part, pas de paralysie du bras et de la main. Or, maintenant on constate une perte de sensibilité de la partie postérieure de l'avant-bras droit, une grande faiblesse des muscles extenseurs, une atrophie très-marquée de ces muscles ainsi que de certains groupes musculaires de la main. De plus l'atrophie est également marquée dans certains muscles du tronc.

Les mouvements du bras droit sont conservés. En examinant le côté gauche, on voit qu'il est également atrophié. L'atrophie musculaire et la paralysie intéressent les mêmes muscles qu'à droite. La perte de sensibilité est aussi très-nette à la région postérieure de l'avant-bras gauche. Il y a donc là tous les signes de l'atrophie musculaire progressive, et c'est à la suite du coup de feu qu'elle s'est manifestée. M. Poncet pense qu'il y a eu une commotion sans lésion du plexus brachial; cette commotion a été suivie d'une dégénérescence des nerfs de ce plexus, dégénérescence qui s'est propagée à la moelle, puis au plexus brachial du côté opposé. La dégénérescence a dû aussi s'étendre à une assez grande étendue de la moelle, puisque, depuis quelque temps, on constate un commencement d'atrophie des muscles fessiers.

M. Ollivier a communiqué, il y a deux ans, un fait qui se rapproche beaucoup du précédent. C'était un homme qui, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, avait eu une rétraction lente de l'aponévrose palmaire. Cette rétraction avait été suivie d'une rétraction analogue de l'autre main.

M. Davaine présente une hémorrhagie méningée survenue dans le cours d'une affection cardiaque complexe, rétrécissement mitral et insuffisance aortique.

M. Moreau fait une nouvelle communication fort curieuse sur quelques points de l'histoire de la *vessie natatoire* des poissons. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juin. — Présidence de M. Gosselin.

M. Tardieu, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Fauvel et Charcot, lit un rapport *sur la pneumoconiose anthracosique des mouleurs en cuivre*. Ce travail fut communiqué à l'Académie par l'auteur, M. Proust, le 7 juillet 874. (Voir le compte-rendu de la séance dans le numéro 28 de 1874.) L'Académie adopte à l'unanimité les deux conclusions suivantes: 1° Renvoyer le mémoire au comité de publication; 2° mettre M. Proust au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et médecine légale. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les *Causes et l'origine du scorbut*.

M. Le Roy de Méricourt termine la réfutation de la théorie contagieuse et miasmatique soutenue par M. Villemin. Le scorbut est une maladie de nutrition qu'on peut mettre à côté de la chlorose. Partout où la nutrition se fait mal, on peut voir naître et se développer l'affection. Elle diminue et disparaît lorsque les conditions d'hygiène et d'alimentation s'améliorent et deviennent normales.

Le scorbut se développe dans les places assiégées et n'atteint pas les assiégeants. Pourquoi? C'est que les derniers ont des viandes et des légumes frais. En Crimée, ce fut le contraire. La maladie sévit sur les troupes alliées, les assiégés furent indemnes. C'est vrai, mais Sébastopol communiquait toujours avec le reste du territoire par le côté nord, son approvisionnement était facile et sans cesse renouvelé, tandis que les Anglais et surtout les Français étaient fort mal nourris.

Le scorbut était endémique au bagne de Brest; on fait donner de la soupe de viande une fois par semaine, il disparaît. Mais, dit M. Villemin, la même précaution a été prise au bagne de Toulon, et le mal a subsisté. Pourquoi? Parce que le bagne de Toulon ne contenait que des forçats cachectiques, incurables, qu'à cause de cela on ne pouvait embarquer, tandis que ceux de Brest étaient relativement encore vigoureux. Il est encore à remarquer que les gardes-chiourme, qui vivaient au milieu des condamnés, n'ont jamais été atteints. Le scorbut n'est donc pas contagieux.

M. Villemin a dit que récemment, à Cherchell, 15 déportés avaient été scorbutiques, cependant chaque homme reçoit par jour une ration de vin et 300 grammes de viande? Cela est vrai, mais il a été établi que tous les individus atteints étaient déjà plus ou moins cachectiques, qu'en outre les conditions hygiéniques étaient déplorables.

Pour M. Villemin, le meilleur mode de traitement du scorbut est de donner des légumes frais, mais on n'obtiendra de bons résultats que si ces légumes sont cueillis puis mangés par les malades eux-mêmes sur le rivage. L'orateur ne peut admettre de spécifique, puisqu'il n'admet pas le miasme. 75 cas de scorbut se déclarent sur le transport *la Loire*, on relâche deux jours à Sainte-Hélène, personne ne va à terre, mais on peut embarquer une quantité suffisante de cresson, le mal disparaît. Ce fait n'est-il pas concluant?

Le navire Autrichien, *Tegheloff*, monté par 24 hommes, resta 109 jours dans les glaces des mers du Nord. Pendant ce temps il fallut boucher toutes les issues et vivre dans une atmosphère confinée et à l'abri de la lumière. On ne constata cependant que 4 cas de scorbut, mais l'équipage tuait des ours blancs et ne manqua jamais ainsi de viande fraîche, en outre il faisait usage du jus de citron.

Le carême Russe dure 45 à 50 jours. A cette époque il n'y a pas de légumes frais, la loi religieuse interdit la viande; les paysans fanatiques vivent alors exclusivement de conserves, aussi observe-t-on parmi eux de nombreux cas de scorbut, jamais on n'en constate à d'autres moments de l'année.

M. Villemin a dit que le scorbut s'était montré, sans cause

appréciable, en Limousin. Les renseignements ont prouvé que toutes les personnes atteintes avaient, non le scorbut, mais des stomatites fongueuses d'origine palustre. On leur donnait comme traitement de la soupe aux choux et du quinquina. M. Villemin a cherché à rendre des animaux scorbutiques ; il n'y a pas réussi.

M. Le Roy de Méricourt laisse à ses collègues, les médecins vétérinaires, le soin de faire des expériences : mais il affirme que le mal a été constaté chez des chèvres, et récemment M. Béranger-Féraud en a observé un cas sur un gorille qu'on avait embarqué. L'orateur a dans sa première réponse à M. Villemin indiqué le traitement ; il n'a pas à y revenir. Il maintient de nouveau que le scorbut est une maladie de nutrition et nie les caractères infectieux et contagieux.

M. Villemin trouve que son adversaire lui a déjà fait de grandes concessions. Dans sa 1re réfutation, en effet, il attribuait uniquement le scorbut à la seule privation de légumes frais, maintenant il en fait une maladie de nutrition, due à une alimentation incomplète et aux mauvaises conditions hygiéniques. L'orateur affirme de nouveau que pour lui le scorbut est une maladie miasmatique et contagieuse. L'avenir et l'expérience prouveront de quel côté est la vérité.

M. le Président prononce la clôture de la discussion et lève la séance à 5 heures et quart. G. du B.

Rectification. — Le cas de *tumeur policystique congénitale,* rapporté par M. Verneuil dans la dernière séance, s'est présenté dans la clientèle de M. le Dr A. Lafond, de Paris, et non dans celle de M. Lafont, de Bayonne, ainsi que nous l'avions écrit par erreur.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 *février*. — Présidence de M. Charcot.

17. Enchondro-sarcome de la tête du péroné ; par M. Campenon, interne des hôpitaux.

Le 3 janvier, entrait à la salle Saint-Jean n° 16, dans le service de M. Trélat, à l'hôpital de la Charité, le nommé Ouf Pierre, âgé de 54 ans.

Cet homme fort, grand, robuste, légèrement chargé d'embonpoint, fournit les renseignements suivants : il a toujours joui d'une bonne santé, n'accuse aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique. Rien de suspect non plus, en tant que cancer, du côté de ses parents. Il y a 20 ans il s'aperçut, il ne sait trop à propos de quoi, d'une petite tumeur au niveau de la partie postéro-externe de la tête du péroné droit. Cette tumeur n'était d'ailleurs, affirme-t-il, ni mobile, ni douloureuse, ni adhérente aux téguments. Plusieurs années se passèrent sans qu'il s'en inquiétât. Cependant comme elle grossissait, il entra dans le service de Velpeau en 1861 ou 1862. Il se rappelle qu'à cette époque sa tumeur « craquait » parfois quand on la pressait. On lui parla d'opération, ce qui le décida à quitter l'hôpital. Plus tard, vers 1869 ou 1870, un médecin qu'il consulta lui conseilla l'amputation, à laquelle il se refusa, n'éprouvant ni douleur, ni gêne véritable de son affection.

Mais depuis six mois environ, il n'en est plus de même. Des douleurs d'abord sourdes, puis de plus en plus vives, apparurent non pas seulement au niveau de la tumeur, mais s'irradiant tout le long de la partie externe de la jambe. Enfin, il y a deux mois, la peau après avoir été rouge, luisante, vascularisée, s'ulcéra, et des saillies bourgeonnantes commencèrent à se montrer.

Le 3 *janvier*, l'état général est bon, aucun trouble soit digestif, soit respiratoire. Seule la figure exprime la fatigue justifiée par l'insomnie des dernières nuits, insomnie due aux douleurs de la jambe. Lorsqu'on examine la partie malade, on constate *à la vue* une tumeur du volume d'une tête de fœtus, siégeant au niveau de la tête du péroné et se continuant vers le creux poplité qu'elle efface en partie. Cette tumeur est, dans sa plus grande étendue, recouverte par une peau variqueuse, violacée, luisante. Son centre est occupé par deux gros bourgeons du volume d'une noix, d'une teinte rouge livide ; ils saignent facilement. mais ne fournissent aucun ichor plus ou moins fétide. Les veines de la jambe sont dilatées ; il y a de l'œdème assez marqué.

Au *palper*, tumeur immobile sur les parties profondes, englobant toute la tête du péroné, s'avançant en avant jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia (sans qu'on puisse savoir si elle adhère ou non à cet os), dépassant en arrière la ligne médiane de la jambe, envoyant enfin un prolongement considérable en haut et en dedans dans la partie inférieure du creux poplité. Cette tumeur, sous-cutanée en avant et en dedans, est sous-musculaire en arrière ; elle est de consistance très-ferme, sans être absolument dure, comme le serait de l'os ; elle ne crépite en aucun point. Le doigt promené à sa surface ne rencontre aucun point de ramollissement, mais çà et là quelques rainures plus ou moins profondes ; toutefois pas de bosselures proprement dites.

Rien d'anormal du côté de l'articulation du genou. Dans le pli de l'aine, on trouve un petit ganglion assez dur, mais non bosselé, mobile et ne datant que d'un mois environ, d'après le malade. — Aucun trouble viscéral appréciable.

Le *diagnostic* porté par M. Trélat fut : Enchondrome probable de la tête du péroné, avec compression du nerf sapbène externe et de la veine poplitée, sans généralisation appréciable.

L'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur fut décidée et pratiquée par la méthode à lambeau antérieur, le 13 *janvier.* On fut frappé pendant l'opération du peu de consistance des muscles, qui étaient pâles, friables, et se déchiraient très-facilement. Bandage ouaté.

14 *janvier*. Le malade est dans un état de collapsus et d'affaissement.

Le 15 *janvier*, on s'aperçoit que toute la région trochantérienne est sonore à la percussion. Le bandage ouaté est enlevé : les lambeaux ont un aspect grisâtre, sanieux ; il s'échappe du moignon un liquide séro-sanguinolent, d'odeur fétide. Les parties sont touchées au perchlorure de fer ; pansement à l'alcool phéniqué.

Le 16 *janvier*, prostration, diarrhée, pouls petit et fréquent. Emphysème de toute la cuisse surtout en dehors, même état de la plaie. Une incision faite au niveau du grand trochanter donne issue à des gaz et à de la sérosité fétide.

Le 18 *janvier*, mort dans le collapsus.

Examen de la pièce. — Le siége de la tumeur est bien celui assigné pendant la vie. Elle occupe toute la tête du péroné, empiète sur le tibia en avant et en arrière, sans y adhérer. Elle donne insertion aux muscles biceps, soléaire, long péronier ; en haut elle se continue par un prolongement profond qui remonte le long et en dedans du muscle biceps. Sa forme générale est celle d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure. Ajoutons que le sciatique poplité externe est tiraillé, aplati et adhère au périoste. La coupe faite selon le grand axe permet d'y distinguer nettement une partie centrale et une sorte d'enveloppe. La masse de la tumeur est formée par un tissu résistant à la coupe, d'aspect blanc-bleuâtre par places, blanc-grisâtre dans d'autres, plus sur certains points qu'en d'autres, mais sans aucun foyer de ramollissement. L'examen histologique que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Coyne prouva qu'il s'agissait d'un enchondro-sarcome avec prédominance ici de l'élément cartilagineux, là du tissu sarcomateux. Quant à la coque périphérique, elle est représentée par une couche discontinue, il est vrai, mais facile à reconnaître cependant du tissu osseux, présentant une épaisseur moyenne de 4 à 5 millimètres. Si on l'examine du côté du péroné, on constate que le canal médullaire, que les aréoles sont dans une étendue de 2 centimètres environ, effacés par un tissu osseux dense et presque éburné, tissu qui isole l'os sain de la tumeur. Ce premier fait est important, car en prouvant que l'enchondrome éveille un travail d'ossification indubitable du côté de l'os, il conduit à considérer la coque périphérique non pas comme un fait de distension de l'os primitif, mais bien comme la conséquence d'un travail de périostite.

L'*autopsie* du malade ne put être faite.

M. Coyne. Il est fort important dans les cas de ce genre de suivre les opérés. Je rappellerai à ce propos le fait présenté par M. Martinet l'année dernière : M. Guyon avait pratiqué la désarticulation de la cuisse pour une tumeur du fémur ; le

malade guérit parfaitement de l'opération, mais plus tard il succomba par la généralisation du produit morbide.

M. Cadiat. J'ai vu trois opérations de ce genre, et dans les trois cas, il y avait généralisation de la tumeur; le poumon présentait des noyaux, sans que rien indiquât cette complication. Aussi je crois qu'on ne peut jamais affirmer qu'elle n'existe pas, et dans le fait actuel, il est fâcheux que l'autopsie n'ait pas été faite.

M. Rendu. Dans le fait de M. Martinet, il y avait eu des hémoptysies, et l'on avait constaté des râles aux deux sommets, de sorte qu'on aurait pu croire à une tuberculose, si l'on n'avait pas tenu compte de la nature de la tumeur enlevée précédemment.

M. Cadiat. Dans l'un des cas que j'ai observés, j'ai, à plusieurs reprises et très-soigneusement, examiné la poitrine, sans jamais trouver aucun symptôme physique ou fonctionnel indiquant l'envahissement du poumon, qui cependant fut constaté à l'autopsie.

18. Note sur la structure des caillots intra-vasculaires; par M. A. Pitres, interne des hôpitaux.

Lorsqu'on vient à examiner un certain nombre de caillots, formés pendant la vie dans l'intérieur des vaisseaux sanguins, on est frappé des grandes différences de coloration qu'ils peuvent présenter. Les uns sont d'un rouge sombre, les autres d'un blanc mat, et entre ces deux couleurs extrêmes, on peut trouver une masse d'intermédiaires (rouge clair, rose, jaunâtre, gris, etc.). On n'est pas encore fixé sur la valeur de ces différences de coloration. Certains auteurs prétendent que les caillots blancs sont le résultat de transformations des caillots rouges, qui, en vieillissant, perdent leur matière colorante et deviennent successivement jaunâtres, gris et blancs, à mesure qu'on les examine à une époque plus éloignée du moment de leur formation. Pour eux, en d'autres termes, les caillots blancs sont des caillots rouges décolorés. D'autres auteurs affirment au contraire que la coloration des caillots n'indique pas du tout leur âge, que les caillots blancs sont primitivement blancs, et qu'ils sont exclusivement composés de fibrine; aussi leur donnent-ils le nom de caillots fibrineux.

Mais bien des raisons tendent à jeter des doutes sur l'exactitude de ces deux théories.

Quand on suit l'évolution des caillots rouges foncés, en examinant, par exemple, des coagulations veineuses d'âge différent, chez les femmes qui ont un cancer de l'utérus, on peut constater qu'au bout de peu de jours, la matière colorante des globules rouges s'exosmose. Mais elle ne disparaît pas totalement : elle se dépose sous forme de cristaux ou de granulations au centre du caillot et persiste même dans le néotissu qui se substitue au sang coagulé, de telle sorte que ce néotissu conserve pendant des années, une coloration briquetée ou ocreuse, bien différente de la coloration grise des caillots dits décolorés. Il se passe là quelque chose de tout-à-fait analogue à ce que l'on voit se produire dans les vieux foyers d'hémorrhagie cérébrale, dont la cicatrice renferme des cristaux ou des granulations de pigment hématique, et conserve aussi pendant fort longtemps une couleur briquetée ou ocreuse. La théorie des caillots *décolorés* est encore contredite par ce fait, que l'on trouve des caillots gris dans des cas de thrombose datant à peine de quelques jours. Tout récemment dans un cas d'œdème cachectique développé quatre jours seulement avant la mort, j'ai trouvé dans les veines thrombosées des caillots blanchâtres, disséminés au milieu de caillots rouges sombres. Dira-t-on que dans ce cas une partie des caillots était déjà décolorée, tandis que les points voisins avaient conservé toute la vivacité de leur teinte rouge? Cela ne paraît pas admissible, et il faut certainement chercher ailleurs la cause de la coloration blanche des caillots.

Doivent-ils alors être considérés comme des caillots fibrineux? Cela ne paraît pas probable (1) et voici pourquoi : Lorsque la fibrine se coagule, elle prend une forme facilement reconnaissable et tout-à-fait caractéristique, c'est la forme fibrillaire sous laquelle on la rencontre dans les exsudats inflammatoires, dans la couenne de la saignée (1). Or, en dissociant des caillots blancs à l'état frais, ou en pratiquant des coupes après durcissement, on n'y trouve pas de fibrine fibrillaire. Quand on dissocie à l'état frais des fragments de caillots blancs, on les trouve tantôt composés uniquement de leucocytes, plus ou moins altérés, tantôt constitués par une matière granuleuse, amorphe, dans laquelle on ne reconnaît pas de contours globulaires. Dans le premier cas, leur structure n'est pas douteuse : ils sont formés par une accumulation de leucocytes. Dans le second, on pourrait supposer qu'ils sont constitués par de la fibrine granuleuse. Mais c'est là une hypothèse qui est même en opposition avec les observations suivantes. On sait que le centre des caillots gris ou jaunâtres se ramollit fréquemment, et prend les apparences d'un liquide puriforme, qui contient un grand nombre de leucocytes granuleux et des masses de granulations moléculaires. Or, d'où proviennent ces leucocytes si ce n'est de la substance même du caillot? De plus, quand on examine l'extrémité la plus jeune d'un caillot ainsi granuleux, on la trouve formée assez souvent par des leucocytes parfaitement reconnaissables, et jamais par de la fibrine à l'état fibrillaire. Il est donc infiniment plus probable que la matière granuleuse des caillots blancs est le résultat d'une altération des leucocytes persistants, et non pas une transformation de la fibrine dont on ne trouve pas de traces dans les parties les plus récentes des caillots.

Il résulte de tout ceci, que les différences de coloration des caillots correspondent à des différences dans leur structure. Les caillots rouges sont formés par des globules rouges du sang et par un très-petit nombre de leucocytes : on pourrait les appeler caillots hématiques. — Les caillots gris sont formés par des leucocytes agglomérés, tantôt parfaitement reconnaissables, tantôt formant une masse granuleuse dans laquelle on ne distingue plus le contour des globules; ils mériteraient le nom de caillots leucocytiques. — Enfin, dans un certain nombre de cas, des globules rouges se mêlant en plus ou moins grand nombre aux éléments d'un caillot leucocytique, il en résulte des nuances intermédiaires, ou des apparences granitées très-variables et le nom de caillots mixtes pourrait servir à désigner les caillots ayant une telle composition.

Cette interprétation des différentes colorations des caillots, basée sur l'examen direct, peut aussi prendre un appui solide sur les résultats fournis par l'expérimentation. Les expériences auxquelles je fais actuellement allusion, sont dues à M. Zahn (2), et je les ai répétées plusieurs fois avec succès dans le laboratoire de M. le professeur Charcot. Voici en quoi elles consistent : Si l'on étale sous le microscope, le mésentère d'une grenouille curarisée, et si l'on produit avec la pointe d'une aiguille à dissociation, une irritation légère de la paroi d'une des veines de ce mésentère, on voit aussitôt les globules blancs qui roulent le long de la paroi du vaisseau, s'arrêter au niveau du point irrité et former par leur accumulation progressive un thrombus d'abord pariétal, puis tout-à-fait oblitérant. Ce thrombus est formé uniquement par des leucocytes et l'on n'y découvre pas la moindre trace de fibrine. Dans ces conditions expérimentales, le thrombus leucocytique n'est pas de longue durée, il est, le plus souvent, fragmenté par le courant sanguin et entraîné dans la circulation. Mais si l'on fait à la paroi veineuse une lésion plus grave, si, par exemple, on la met en contact pendant quelques instants avec du chlorure de sodium, il se forme, par le même mécanisme que dans l'expérience précédente, un thrombus leucocytique oblitérant qui persiste pendant les deux ou trois jours que la grenouille peut être maintenue en observation.

Ces expériences nous montrent donc, d'une façon évidente,

(1) Je parle ici seulement des caillots que l'on observe dans les thromboses cachectiques, ou dans celles qui sont la conséquence des lésions inflammatoires ou athéromateuses des parois vasculaires. J'ai eu trop rarement l'occasion d'étudier des caillots d'anévrysmes, dans des conditions favorables à l'examen, pour ne pas faire des réserves à leur sujet.

(1) Les caillots grisâtres, que l'on trouve si souvent dans le cœur et dans les gros vaisseaux des cadavres, et qui sont vraisemblablement formés pendant les derniers moments de la vie, sont aussi constitués en grande partie par de la fibrine fibrillaire.

(2) Zahn. Untersuchungen über Thrombose. Bildung der Thromben. *Virchow's Archiv*, 1874.

que des thrombus peuvent être produits par l'accumulation des leucocytes du sang. Elles nous apprennent aussi comment se forment les caillots rouges. En effet, en arrière de l'oblitération leucocytique et jusqu'à la collatérale la plus voisine, le sang ne trouvant pas d'issue se coagule, et forme un caillot hématique, qui occupe le tronçon de veine compris entre le thrombus blanc et la première collatérale.

Les *conclusions* que l'on peut tirer de ces recherches s'imposent à l'esprit. On peut les résumer dans les formules suivantes:

1° On peut produire expérimentalement des caillots blancs formés uniquement par une accumulation de leucocytes, et des caillots rouges formés presque exclusivement par des globules rouges du sang.

2° Les caillots leucocytiques sont véritablement actifs : ils se forment quand la circulation persiste, sous une influence vitale.

3° Les caillots hématiques sont passifs ; ils se forment quand la circulation est arrêtée, par une coagulation du sang probablement très-analogue à celle qui se produit dans un vase inerte.

L'application de ces données à l'histoire, encore obscure, de la formation des thromboses, pourrait peut-être faciliter l'explication d'un certain nombre de faits, qu'il est aujourd'hui très-difficile de comprendre.

M. Cadiat. Sur les dessins de M. Pitres, je vois en effet un grand nombre de leucocytes, mais ils sont séparés par des granulations, et rien ne prouve que cette substance intermédiaire ne soit pas de la fibrine à l'état granuleux. J'ai examiné une artère sylvienne oblitérée dans un cas de leucocythémie : c'était le cas ou jamais de penser qu'il y avait eu une embolie de leucocytes. Eh bien! la partie extérieure du caillot, complétement blanche, était entièrement formée par de la fibrine; plus en dedans on trouvait des leucocytes, puis au centre tous les éléments du sang; ainsi il y avait eu primitivement un dépôt de fibrine sur les parois du vaisseau, puis consécutivement une coagulation sanguine, mais, je le répète, la partie blanche était presque complètement constituée par de la fibrine. Dans les cas qu'a observés M. Pitres, je crois qu'il en est à peu près de même et qu'il s'agit de leucocytes englobés dans de la fibrine granuleuse.

M. Pitres. Lorsqu'on examine par dissociation dans le sérum iodé des caillots récemment formés, on voit que les parties blanches sont presque exclusivement constituées par des leucocytes, et c'est à peine si l'on trouve çà et là quelques filaments de fibrine ; aussi je crois que l'on est parfaitement en droit de considérer comme résultant de la destruction des globules blancs, les granulations que l'on trouve à une période plus avancée. Cette opinion trouve sa confirmation dans les expériences que j'ai citées.

M. Charcot. La constitution des caillots blancs, telle que l'admet, avec beaucoup d'autres anatomistes, M. Cadiat, supposerait la fixation d'une quantité considérable de fibrine ; or, l'on sait que la proportion contenue dans le sang est très-minime. D'un autre côté, j'ai démontré en 1851, dans un mémoire présenté à la *Société de biologie*, que les granulations que l'on trouve dans les végétations globuleuses du cœur proviennent en grande partie de la désagrégation des globules blancs. Je ne crois pas que la fibrine soit nécessaire pour la formation des caillots, et je ne vois pas pourquoi les leucocytes ne pourraient pas s'agglomérer et adhérer l'un à l'autre sans l'intermédiaire de fibrine.

M. Cadiat. Dans le cas de leucocythémie que je citais tout à l'heure, il y avait dans le sang un grand nombre de leucocytes, et pourtant le caillot blanc était presque entièrement constitué par de la fibrine. On trouvait de la fibrine fibrillaire, de la fibrine granuleuse, et tous les intermédiaires entre ces deux états.

M. Parrot. J'ai étudié la coagulation du sang chez les nouveau-nés dans les cas d'athrepsie. Les caillots formés dans les sinus de la dure-mère ou dans l'artère pulmonaire présentaient de grandes variétés de coloration ; mais pour ne parler que des parties blanches, je les ai toujours vues constituées à peu près uniquement par des globules blancs avec une très-petite quantité de granulations. Dans les premiers jours, ces granulations sont très-peu abondantes, et présentent les réactions des matières protéiques; mais plus tard on trouve mêlées à ces granulations protéiques des granulations graisseuses ; or, celles-ci ne proviennent pas d'une altération de la fibrine, mais bien d'une dégénération des leucocytes ; elles sont d'autant plus abondantes que le caillot est plus ancien, et la proportion dans laquelle on les constate est en rapport direct avec la quantité de leucocytes détruits. L'existence de ces granulations graisseuses qui constituent pour la plus grande part les caillots anciens, est, je crois, un des meilleurs arguments contre l'hypothèse qui considère ces caillots comme formés surtout par de la fibrine.

M. A. Robin. On pourrait peut-être utiliser, pour décider cette question de la nature des caillots, les réactions indiquées par Denis (de Commercy), pour distinguer la fibrine des autres matières albuminoïdes : on sait, par exemple, qu'elle est soluble dans le chlorure de sodium, le sulfate de soude, etc.

M. Pitres. Le chlorure de sodium dissout, en effet, la fibrine du sang artériel, mais il est sans action sur la fibrine du sang veineux. Quant à des réactions histologiques pour la fibrine, je n'en connais pas.

M. Coyne. Le bleu d'aniline pourrait peut-être être employé dans ce but avec avantage. Ainsi, dans la pneumonie, le réticulum fibrineux se colore très-nettement sous l'influence de ce réactif.

28. Hernie ombilicale ancienne; hernie de la ligne blanche étranglée; débridement; mort; autopsie; par M. Kirmisson, interne des hôpitaux. — (Voir page 321). — Discussion.

M. J. Lucas-Championnière. Ce fait présente à étudier plusieurs points d'un grand intérêt : il faut noter tout d'abord le volume considérable d'une tumeur unique comprenant plusieurs hernies différentes. Arrivé auprès de la malade, j'ai constaté que dans toute sa partie inférieure et dans sa plus grande étendue, cette tumeur, quoique irréductible, était molle, sans distension. On ne pouvait supposer un étranglement commun à tous les viscères herniés.

Notant, à la partie supérieure, de la douleur spontanée et provoquée, une certaine tension, un peu d'empâtement, j'ai pensé qu'il existait un étranglement interne dans une grosse hernie, ou une seconde hernie, tout au voisinage de la principale. L'opération faite en ce point, m'a permis de constater deux tumeurs supérieures à la hernie principale, dures et tendues ; la plus élevée cependant était plus dure que la moyenne, et en introduisant mes doigts profondément dans la plaie, je suis arrivé sur un point d'étranglement très-serré.

Le sac était à peine représenté par une pellicule mince, et l'anse intestinale serrée était recouverte par une masse de graisse considérable. Après le débridement multiple de l'anneau, la réduction de l'anse a été faite et j'en ai maintenu au dehors la masse graisseuse contuse.

En somme, je n'avais pas à faire à une hernie ombilicale, mais, chez une femme atteinte de hernie ombilicale, j'ai opéré une hernie étranglée de la ligne blanche, confondue en apparence avec la hernie ombilicale. L'opération était absolument indiquée; on ne pouvait, vu la situation de l'anse, pratiquer un anus contre nature à ce niveau, et, un coup de bistouri donné dans la masse commune n'aurait remédié en rien aux accidents et aurait fait inutilement une plaie des intestins herniés. On est en droit de supposer que, si l'opération avait été faite plus tôt, elle eut pu être suivie de guérison. Cette malade vomissait depuis quatre jours; elle ne se releva pas et mourut deux heures après l'opération.

L'autopsie apprend que l'étranglement était bien levé, que la masse graisseuse restant dans l'orifice appartient au ligament suspenseur du foie, fait noté dans des cas analogues.

Elle montre entre cette hernie et la principale une grosse hernie graisseuse de la ligne blanche. La considération de ces deux points permet de penser que la hernie graisseuse est le premier stade de formation des hernies et non une hernie en régression. L'anse serrée était cachée à la base d'une véritable hernie graisseuse. Ce fait confirme la théorie de l'évolution des hernies graisseuses, souvent contestée et défendue par M. Duplay dans sa thèse de concours.

En dehors de ces faits on peut encore regarder comme très-remarquable les dispositions des parois du grand sac, divisées en véritables vacuoles ; l'extension des tissus fibreux ; l'importance des masses de graisse constituant les hernies graisseuses et l'épaisseur du pannicule graisseux qui montre combien la manœuvre opératoire dut être délicate, surtout par ce fait que la paroi du sac était presqu'imperceptible.

M. Després. Dans un fait analogue, et dont le diagnostic précis était aussi très-difficile, je suis arrivé à reconnaître la hernie qui était étranglée en me fondant également sur le siége de la douleur.

M. Lucas-Championnière. Ici, je le répète, la difficulté était d'autant plus grande qu'il y avait une seule tumeur présentant seulement quelques bosselures.

M. Houel. L'opération des hernies ombilicales est très-grave, et Nélaton était d'avis qu'il valait mieux ne pas opérer ; aussi j'engagerai beaucoup M. Després à publier le fait qu'il a observé.

M. Després. L'histoire de la hernie ombilicale contient encore beaucoup de points obscurs, et l'on n'a pas encore établi quelles étaient celles de ces hernies qu'il faut opérer, et celles pour lesquelles on doit laisser se faire un anus contre nature.

Je connais quatre faits de guérison : l'un de ces cas avait été opéré par mon père, un autre fut traité par Velpeau ; dans un troisième fait, relatif à une hernie enflammée, j'ai pu réduire et le malade a guéri ; enfin le quatrième concerne une femme de l'Hospice Larochefoucault qui présentait une hernie du volume du poing ; la peau était violacée : j'ai opéré et malgré ses 79 ans, la malade a guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 3 mai 1875. — Présidence de M. du Vivier.

Note sur le role physiologique de la membrane connue sous le nom de peigne chez les oiseaux, ou moyen à l'aide duquel les animaux qui en sont pourvus peuvent fixer le soleil, par M. le docteur Fieuzal.

Notre secrétaire général a bien voulu porter à l'ordre du jour de notre réunion un sujet qui sort un peu du cadre habituel des communications que nos collègues ont coutume de faire. L'accueil favorable plusieurs fois déjà fait par la Société à des sujets qui n'étaient pas exclusivement du ressort de la pratique médicale, la compétence incontestée des membres qui la composent jointe à leur bienveillance éprouvée nous ont déterminé, Messieurs, à soumettre à votre appréciation une découverte qui nous semble pleine d'intérêt en ce sens qu'elle établit d'une manière péremptoire le rôle physiologique d'une membrane sur l'existence de laquelle tous les anatomistes et ornithologistes sont d'accord mais dont aucun encore, à notre connaissance du moins, n'a connu la fonction. Si, en effet, nous consultons le dictionnaire de Littré et Robin, nous trouvons à l'article *peigne :* « écran oculaire des oiseaux ; le nerf optique de ces animaux après avoir traversé la choroïde, se prolonge un peu en haut et en dehors sous forme de pointe. Sur ce prolongement s'insère une membrane rhomboïdale, plissée, tendue verticalement à travers le corps vitré jusqu'au bord externe ou postérieur de la circonférence du cristallin auquel elle adhère. Chez les aigles et les oiseaux de nuit cet organe qui joue le rôle physique d'écran n'atteint pas la capsule du cristallin. » Les savants auteurs du *Dictionnaire* ont parfaitement décrit la disposition anatomique de cette membrane et le nom d'écran oculaire qu'ils lui attribuent semble en préjuger le rôle physiologique. Dans tous les cas on doit dire qu'ils se sont plus approchés de la vérité que Dorbigny dont les travaux font cependant autorité dans la matière.

Voici, du reste, comment sur le même sujet, s'explique cet auteur que nous allons citer textuellement. « Un organe qui semblerait n'appartenir qu'aux oiseaux et qui a donné lieu » à bien des conjectures sur la nature des fonctions qu'il est » destiné à remplir, est celui auquel on a donné le nom de » *peigne* ou de bourse noire.

» M. Giraldès a considéré le *peigne* dont la structure est cel- » lulo-vasculaire comme un grand procès ciliaire. La forme » de cet organe est généralement carrée et lamelleuse, cependant chez le casoard et l'autruche elle prend l'apparence » d'une bourse conique. Comme le peigne prend naissance à » la face interne du nerf optique pour se porter de là jus- » qu'au cristallin, à la partie postérieure duquel elle semble » s'attacher, quelques anatomistes ont cru voir en lui un or- » gane créé pour un but physique. Ils ont cru qu'il était pour » l'oiseau un agent qui lui donnait la faculté d'avancer ou de » reculer le cristallin et d'habituer par conséquent son œil » aux distances. Cette faculté semble en effet chez les oiseaux » très-développée, mais est-elle due à la particularité d'orga- » nisation que nous venons de signaler ? Nous n'oserions l'af- » firmer.

» Un seul fait essentiel à signaler est celui de l'existence » d'un troisième voile palpétral. Tous les oiseaux indépen- » damment des deux paupières horizontales l'une supérieure » l'autre inférieure ont encore une troisième membrane pal- » pébrale clignotante placée verticalement sous celle-ci.

» Cette troisième paupière consiste en un repli fort étendu » de la conjonctive, transparent situé obliquement à l'angle » nasal de l'œil, de forme triangulaire et dont le bord libre » est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, du » moins quand elle est étendue, car dans l'état de repos » cette membrane se plisse verticalement dans l'angle de » l'œil. Par l'action d'un muscle spécial (le pyramidal), la » membrane clignotante ou nyctitante comme on l'a encore » appelée peut être déroulée et tirée comme un rideau au-de- » vant de l'œil, et servir par conséquent soit à nettoyer cet » organe et à le débarrasser des corpuscules qui seraient » venus s'y fixer, soit à le protéger contre l'action trop vio- » lente de la lumière, en diminuant par sa présence l'inten- » sité des rayons lumineux. On ne saurait se refuser à recon- » naître *que ce ne soit aussi à l'existence de cette troisième pau-* » *pière que les oiseaux de proie doivent la faculté de pouvoir* » *regarder fixement le soleil*. »

Par ces citations qui résument l'état de la science et que nous ne multiplierons pas parce que nous avons pris à dessein ce que nous avons trouvé de plus précis et de plus net sur la matière, il est aisé de voir, Messieurs, que le rôle physiologique du peigne était encore tout à fait inconnu lorsque nous eûmes le premier, il y a environ une année, la curiosité de regarder le fond de l'œil d'un poulet à l'aide de l'ophthalmoscope. A notre grand étonnement, cet animal se laissa très-facilement examiner et ce phénomène cessa de nous surprendre lorsque nous l'eûmes soigneusement analysé et que nous en eûmes, à plusieurs reprises et à notre volonté, provoqué la réapparition.

Que se passe-t-il en effet lorsqu'on projette ainsi une lumière vive dans le fond de l'œil des oiseaux. Ceux-ci contractent violemment et par saccades brusquement répétées, la membrane clignotante que l'on voit passer convulsivement au-devant de la cornée lucide comme pour la lubréfier, en même temps ils impriment à leur peigne un mouvement saccadé qui a pour résultat de développer cette membrane tantôt en avant, tantôt en arrière autour de son insertion fixe, comme par un mouvement de charnière qui lui permet d'abriter la partie de la rétine située au voisinage du pôle postérieur de l'œil et jouissant de la plus exquise sensibilité. De telle sorte que, grâce à cet écran, celle-ci n'est pas plus vivement impressionnée par une lumière éclatante que notre œil lorsque nous regardons le soleil à travers un verre noirci.

Le peigne est réduit à l'état de membrane flottante comme une cloison verticale lorsque la lumière projetée dans l'œil n'est pas excessive ou bien lorsque l'on a affaire à un oiseau moins excitable ainsi que nous avons pu nous en convaincre chez une poule atteinte de choroïdite atrophique et chez laquelle il a fallu une lumière très-intense et longtemps dirigée vers la macula pour faire naître chez elle les mouvements réflexes saccadés dont nous avons parlé. Le peigne, disons-nous, sous l'excitation que fait naître la lumière se boursoufle et se frange sur les bords de manière à simuler assez exactement une feuille de fougère à pointe en haut que l'on voit très-nettement se porter à la manière d'un écran d'un noir très-foncé tantôt en avant, tantôt en arrière pour protéger les parties que la lumière viendrait impressionner trop vivement.

Après avoir vu se produire ce phénomène et l'avoir provoqué avec succès à plusieurs reprises tant par l'éclairage direct que par l'éclairage oblique, il est devenu manifeste pour nous que cette membrane, loin de jouer un rôle actif dans l'accommodation, ainsi que le pense Dorbigny, ne peut avoir d'autre but que de protéger les parties impressionnables et d'atténuer ou même d'éteindre les rayons lumineux qui seraient trop ardents pour être transmis au cerveau par le nerf optique, dont les fibres, à leur entrée dans l'œil, se trouvent enveloppées dans les plis de cette membrane.

Nous avons sacrifié plusieurs animaux qui avaient servi à l'expérience, et après avoir énucléé l'œil, nous avons vérifié l'existence et les rapports de cette membrane. Elle prend naissance au niveau du nerf optique, dans le trou sclérotical, se rattache intimement à la choroïde et à la rétine qu'on peut décoller facilement jusqu'à cette insertion, mais dont on ne peut la séparer sans déchirure ; elle représente assez bien, comme structure anatomique, les procès ciliaires auxquels elle nous a paru se rattacher par un prolongement excentrique. Chez les poulets que nous avons sacrifiés, nous lui avons toujours trouvé la forme d'un triangle rectangle dont un sommet correspond à la papille, tandis que la base sillonnée de stries parallèles qui lui ont valu le nom de peigne est adhérente, dans une étendue de 8 millimètre, à la choroïde.

La partie flottante est triangulaire et c'est elle dont on voit les bords frangés dans les mouvements que l'animal lui imprime pour la porter tantôt en avant, tantôt en arrière autour de son insertion fixe. La position latérale de l'œil, son immobilité dans l'orbite d'une part, la fixité de l'insertion du peigne au fond de l'œil d'autre part, telles sont les conditions qui nous paraissent expliquer la variété des mouvements de tête que sont obligés de faire les oiseaux, soit pour chercher leur nourriture, soit pour éviter l'accès dans le fond de l'œil de rayons lumineux trop ardents.

Quant à la membrane clignotante, son rôle exclusif consiste à lubréfier la cornée, et tandis que le peigne masque complétement les parties au devant desquelles il se place, au point de rendre noir et impénétrable le fond orangé de l'œil, les passages saccadés de la troisième paupière au devant de la cornée, ne gênent nullement l'examen du fond de l'œil. Les contractions de cette membrane nyctitante et les mouvements du peigne, se font d'une manière synergique.

Nous avions fait, depuis longtemps déjà, la découverte du rôle physiologique dévolu à la membrane qui permet aux oiseaux de ne pas détourner leur regard du soleil quand il darde sur eux ses rayons les plus ardents, lorsqu'il nous vint à l'esprit d'en entretenir les lecteurs de la *Tribune Médicale* dans un feuilleton en date du 6 décembre 1874 : Un journal politique nous fit l'honneur, à la fin de décembre, de reproduire la partie de notre causerie, intitulée : *D'un subterfuge employé par les aigles pour fixer le soleil,* et à quelque temps de là nous apprimes, non sans surprise, en lisant le compte-rendu des séances de la Société de Biologie que M. Bert avait fait dans la séance du 13 février, c'est-à-dire deux mois et demi après notre publication, une communication au nom de M. Boucheron et au sien propre, sur *le rôle physiologique du peigne.* Les expériences de ces observateurs avaient porté sur l'oie et ils avaient constaté le même phénomène que nous avions déjà décrit nous-même sur le poulet ; de telle sorte, disait M. Bert, employant des expressions à peu près identiques aux nôtres, que l'on savait désormais pourquoi, depuis l'oie jusqu'à l'aigle, les oiseaux pouvaient fixer le soleil. Nous avions nous-mêmes cru pouvoir conclure du poulet à l'aigle, ces Messieurs ayant probablement à cœur de rabaisser encore le prestige de l'aigle, ont expérimenté sur l'oie, nous nous empressons de reconnaître qu'ils ont ainsi donné une plus grande base à l'induction que nous nous étions déjà permis de tirer. Il en résulte, Messieurs, que le phénomène dont nous avons pris la liberté de vous entretenir, ne saurait laisser subsister dans votre esprit l'ombre d'un doute. Ce sera là notre excuse de vous avoir un instant distraits de vos travaux habituels. Nous nous estimerons heureux si notre communication a pu vous intéresser, et nous vous exprimons nos regrets de ne pas l'avoir faite plus tôt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juin. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

Discussion sur la communication de M. Noltta relative à la contusion du périnée. — Lecture par M. Rigaud (de Nancy) d'un mémoire sur la cure des *hernies étranglées.*

Séance du 9 juin — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

M. GUÉNIOT lit un travail sur l'*Emploi de la force mécanique dans les accouchements.* Dès l'antiquité, les chirurgiens ont employé des machines ; au dix-huitième siècle leur usage tomba en désuétude à la suite de la déclaration de l'Académie royale de chirurgie qui les réputa dangereuses. Actuellement tous les chirurgiens s'en servent quand il s'agit de produire une force considérable et continue. Mais est-on en droit d'introduire les moyens mécaniques en obstétrique ? C'est ce que M. Guéniot examine, au point de vue théorique seulement, se réservant de discuter ultérieurement les indications de leur emploi. Dans le cas particulier de l'accouchement, il n'y a pas comme dans la chirurgie ordinaire des ligaments à rompre ou des os à briser à l'aide de machines ; de plus, la blessure des organes et des tissus sur lesquels portent ces manipulations violentes, est autrement grave que celle des muscles et des os soumis aux tractions mécaniques par le chirurgien. On ne saurait donc, *à priori,* conclure à l'introduction en obstétrique des procédés mécaniques en usage en chirurgie. Mais il est vrai aussi que des tractions prolongées et vigoureuses dans les cas de dystocie, ont réussi et à la mère et à l'enfant. Or, lorsque l'effort musculaire de l'accoucheur s'est prolongé un certain temps, la lassitude surtout, la traction n'est plus régulière et la manœuvre en souffre. Une machine bien réglée permettrait dans ce cas de produire une force régulière continue et dont l'intensité pourrait varier au gré de l'opérateur. L'emploi des moyens mécaniques aurait donc ici sa raison d'être. Mais la difficulté est de savoir quand ils doivent être mis en usage.

M. Guéniot ne les croit indiqués que dans les cas de malformation du bassin ou de grosseur démesurée de la tête du fœtus ; il les rejette toutes les fois que l'obstacle réside dans les parties molles. Dans une séance prochaine, il continuera l'étude de cette question, étude à laquelle il a été conduit par les présentations si nombreuses d'appareils d'obstétrique présentés dans ces derniers temps.

M. BLOT est fortement opposé à l'usage des machines en obstétrique ; elles produisent une force aveugle qui peut donner lieu aux accidents les plus graves. Le plus souvent, la main d'un accoucheur exercé peut, sans de grands efforts, terminer l'accouchement ; il s'agit seulement de reconnaître exactement la position du fœtus et, cela fait, d'opérer les versions nécessaires. Si cela n'est pas possible, on doit recourir au céphalotribe ; le fœtus, dans ces cas-là, est mort neuf fois sur dix, et il faut sauver la mère.

L'orateur reproche à M. Guéniot de s'être arrêté à des généralités et de ne pas avoir assez précisé la question. Il ne faut pas habituer les jeunes médecins à recourir aussi facilement à ces moyens artificiels ; la main de l'opérateur est bien autrement sûre, tant pour les accouchements que pour les opérations chirurgicales.

M. GUÉNIOT persiste à croire que, dans une manœuvre violente et prolongée, les forces s'épuisent et l'effort perd toute régularité, ce à quoi une machine bien réglée remédie. Le dynamomètre indique, d'ailleurs, le degré de traction auquel on est arrivé. Il est vrai qu'il est resté dans des généralités, mais il discutera les cas particuliers où cette manœuvre est indiquée, dans une séance ultérieure. Il produira en même temps les faits qui s'y rapportent, autant du moins qu'il pourra en rencontrer. — Une discussion s'engage entre MM. BLOT, GUÉNIOT et LE FORT sur les avantages de l'emploi des forces mécaniques en chirurgie et en obstétrique.

M. DESPRÉS présente un œil qu'il a enlevé à une femme 13 mois après une iridectomie pratiquée par M. Panas. Les douleurs intolérables dont souffrait cette malheureuse, ont contraint M. Després à l'opérer. I. B.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

VI. Nouvelle méthode de traitement de la blennorrhagie par les bains de vapeur térébenthinés, par le docteur Brémond fils. Paris, G. Masson, 1874.

VII. De l'emploi du sulfate de cadmium dans la blennorrhagie uréthrale aiguë, par Charles Gazeau. Paris, Delahaye, 1874.

VIII. Précis histologique de la blennorrhagie virulente, par Arsène Bonnière. Paris, Ad. Delahaye.

IX. Du traitement de la balano-posthite et du phimosis symptomatique des chancres simples, par Charles Mauriac. Paris, Octave Doin, 1874.

X. De l'uréthrotomie interne employée comme moyen de faciliter la sortie d'un fragment de sonde contenu dans la vessie d'un malade atteint de rétrécissement, par le docteur A. Dubuc. Paris A. Delahaye.

XI. De la ponction capillaire de la vessie et spécialement des indications nouvelles qu'elle fait surgir et qu'elle remplit, par le docteur A. Fochier. Paris, Ad. Delahaye.

XII. Des pertes séminales, par G. Le Foll. Paris, Ad Delahaye, 1874.

XIII. Essai de diagnostic de l'hématurie vésicale causée par la tuberculisation, par Horace Stapfer. Paris, Leclerc, 1874.

XIV. La pierre dans la vessie avec indications speciales sur les moyens de la prévenir, ses premiers symptômes et son traitement par la lithotritie, par Walter J. Coulson, traduct. H. Picard. Paris, Ad. Delahaye.

XV. Essai sur les albumines pathologiques, par Joseph Birot. Paris, A. Delahaye.

XVI. Du calcul vésical et de la lithothritie chez les enfants, par le docteur Gaëtan Fournier. Paris, Ad. Delahaye.

XVII. Considérations générales sur la pathogénie des maladies de la prostate, par le docteur P. Bouloumié. Paris, Ad. Delahaye.

XVIII. Modification des urines sous l'influence de l'eau chargée de protoxyde d'azote, par E. Ritter.

Depuis notre dernière revue, un grand nombre d'ouvrages, thèses et brochures nous ont été adressés. Aux moins importants de ces ouvrages nous ne donnerons qu'une simple mention ; nous nous étendrons un peu plus sur les autres.

VI. D'après l'auteur, ces bains guériraient non-seulement l'écoulement blennorrhagique, mais aussi certaines complications telles que l'arthrite, par exemple.

VII. D'après Gazeau le sulfate de cadmium en injections dont la force varie de un millième à un quinze-centième guérirait très-rapidement la blennorrhagie; l'auteur ne cite aucune observation. L'action physiologique du médicament est étudiée avec soin.

VIII. Bonnière dit que toutes les muqueuses à épithélium pavimenteux sont susceptibles de blennorrhagie virulente ; les autres y seraient réfractaires. L'auteur admet l'existence d'une blennorrhagie buccale; cette localisation est très-contestée par divers auteurs et selon nous très-contestable.

IX. Cette brochure contient une leçon faite par Mauriac à l'hôpital du Midi. La conclusion est que dans tous les cas où le chancre simple est compliqué de balano-posthite avec phimosis, on doit débrider. Dans les cas où le chancre peut être atteint, on doit le détruire avant l'opération par une cautérisation profonde au chlorure de zinc.

X. L'opération fut suivie de l'expulsion spontanée du corps étranger, fait rare, puisque l'expulsion spontanée des fragments de sonde n'avait été signalée que deux fois dans le mémoire de Denucé sur les corps étrangers de la vessie.

XI. Cette brochure très-intéressante peut se résumer en deux propositions : 1° la ponction capillaire de la vessie est une opération complétement innocente; 2° on doit vider la vessie par la ponction capillaire toutes les fois que le cathétérisme est impossible ou dangereux. Ces deux idées sont développées et appliquées aux diverses affections des voies urinaires.

A propos de l'innocuité de la ponction de la vessie, qu'on me permette de signaler ici un accident sérieux qui m'est arrivé en pratiquant cette opération et qui mérite d'être connu. En 1872, à l'hôpital Necker, je dus pratiquer dans le service de M. Guyon la ponction capillaire à un malade atteint d'hypertrophie prostatique, les parois abdominales étaient extrêmement épaisses et je dus enfoncer le trocart et la canule d'un aspirateur Potain fabriqué par Mathieu, jusqu'à la monture de l'instrument. Vers le milieu de l'évacuation la canule se rompit au ras de la peau, quand j'eus débridé le derme pour la retirer, il s'enfonça au milieu des parties molles; il s'en suivit une légère infiltration d'urine que M. Guyon arrêta en incisant largement des tissus infiltrés.

Le lendemain un autre chirurgien qui remplaçait M. Guyon fit, en vain, la taille médiane pour essayer d'extraire le corps étranger. Le malade succomba rapidement. On trouva la canule dans la vessie. J'ai cru devoir relater ce fait qui montre la nécessité de veiller à la qualité de l'instrument qu'on emploie; de plus, en présence d'un pareil accident, je crois qu'on ne devrait pas débrider directement sur l'extrémité de la canule mais bien à une certaine distance d'elle, puis la saisir avec des pinces en pénétrant obliquement sous la peau. Si j'avais procédé ainsi, la canule n'aurait pas été dégagée de l'épaisseur du derme, et ne serait probablement pas tombée dans la vessie comme cela est arrivé.

XII. Après une assez bonne symptomatologie, une étude trop écourtée de la marche et du pronostic, l'auteur repousse comme moyen de traitement la cautérisation de la portion prostatique de l'urèthre, et conseille principalement l'hydrothérapie et les moyens hygiéniques.

XIII. De cette étude consciencieuse il résulte que la tuberculisation de la prostate et du col de la vessie se manifestent souvent par des hématuries ; malheureusement, ce n'est guère que par exclusion ou par la coexistence d'une lésion tuberculeuse dans l'épididyme ou ailleurs, coexistence qui est loin d'être constante, que l'on peut diagnostiquer la liaison entre l'hématurie et le tubercule dans un cas donné.

XIV. Ce volume renferme une série de leçons professées par M. Walter J. Coulson à Saint-Peter's Hospital. L'auteur s'est placé surtout au point de vue pratique. Il insiste sur les symptômes de la pierre au début, la valeur très-grande par rapport au diagnostic de l'hématurie consécutive aux secousses, aux mouvements, à l'exercice; il indique l'application du microscope à la recherche de l'hématurie légère, etc.

La lithotritie est bien étudiée; la partie assez considérable consacrée à l'étude du traitement préventif est intéressante; l'auteur conseille surtout les sels de potasse contre les dépôts uriques; les acides minéraux contre les dépôts oxaliques; l'évacuation et les lavages vésicaux contre les dépôts phosphatiques. Nous avons vu avec surprise que dans cette partie de son travail l'auteur ne mentionne même pas les eaux minérales naturelles, c'est là une lacune importante.

XV. Ce travail considérable et consciencieux a été fait sous l'inspiration de M. Béchamp, de Montpellier. M. Birot a essayé de faire pour les albumines pathologiques ce que son maître a fait pour les albumines physiologiques. Il reconnait pour les albumines plusieurs types fondés sur leurs différentes réactions et sur leur pouvoir rotatoire différent. Il distingue sous le nom de zymases certaines albumines ayant la propriété de saccharifier l'amidon. Les recherches contenues dans cette brochure n'ayant pas encore d'applications cliniques et ne se rapportant que de loin aux maladies des voies urinaires proprement dites, nous nous bornerons à la signaler à nos lecteurs.

XVI. Cette thèse est un résumé de la pathologie et de la clinique des calculs vésicaux. Elle comprend: 1° une étude sur les calculs et sur leur composition ; 2° un exposé des symptômes de la pierre, notamment chez les enfants; enfin un résumé de la taille et de la lithotritie. S'appuyant sur quelques observations l'auteur recommande de tenter la lithotritie chez les jeunes sujets.

XVII. M. Bouloumié a surtout en vue dans cette brochure la prostatite subaiguë qui suit plus souvent la blennorrhagie, surtout la blennorrhagie mal soignée. Il n'insiste pas assez, selon nous, sur la valeur de l'âge comme cause d'hypertrophie prostatique simple. La brochure se termine par un exposé assez complet des moyens thérapeutiques employés jusqu'ici pour combattre l'hypertrophie prostatique et la prostatite; mais la discussion de la valeur de ces divers moyens est un peu insuffisante.

XVIII. M. Ritter a étudié sur lui-même les effets physiologiques

de l'eau oxyazotique. Il a constaté l'augmentation très-notable de la sécrétion urinaire, la décroissance progressive de l'acide urique et l'augmentation de l'urée. La dose d'eau oxyazotique était d'une bouteille par jour; nous ne possédons que très-peu d'observations de l'emploi de l'eau oxyazotique chez les malades. Dans trois cas de rhumatisme sur quatre, elle a paru produire des effets satisfaisants; on doit ajouter du reste que sitôt que le malade cesse son emploi, la proportion entre l'urée et l'acide urique redevient ce qu'elle était auparavant.

Dr. A. Malherbe.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation

XII. Des localisations dans les maladies cérébrales, Thèse d'agrégation, par R. Lépine. In-8. Paris, J.-B. Baillière.

La question de la localisation dans les maladies cérébrales compte évidemment parmi les sujets les plus intéressants donnés au dernier concours d'agrégation. Ce chapitre de notre science est enfin expurgé des hypothèses métaphysiques et des expérimentations sans méthode; d'importants résultats nous sont déjà acquis et il est certain maintenant que la vérité pleine et entière se fera, si compliqué que soit encore le problème. Mais les remarquables travaux qui légitiment cette assurance sont éparpillés dans différents recueils, soit français, soit étrangers; ils n'occupent pas encore leur place dans les traités classiques; ils ne peuvent jouir de suite de la popularité que leur conféreront les leçons de M. le professeur Charcot, le patron en France des idées nouvelles. L'heure était donc propice pour une synthèse précise et rapide des expériences délicates, des investigations anatomiques et cliniques très-sévères, premiers jalons de la route qui doit conduire au but. Le hasard a bien fait les choses en imposant cette besogne à la plume de M. Lépine. Tous connaissent l'étendue et la netteté de son érudition; la finesse de son esprit critique. Elève de M. Charcot, ami de MM. Carville et Duret, qui ont même pu lui communiquer avant sa publication un très-important mémoire sur la matière. M. Lépine avait eu sans doute plus d'une fois l'occasion de méditer sur ces sujets difficiles.

Un écueil se présentait tout d'abord; il fallait sacrifier, dût le travail sembler peu pittoresque, tous les romans confectionnés sous prétexte de localisations cérébrales, et gagner résolûment, par le chemin le plus direct, le côté réel, positif, j'allais dire utilitaire, de la question. C'est ce qu'a fait M. Lépine. *In medias res*...

Le premier chapitre commence par une *Idée générale du cerveau* avec un exposé succinct de la topographie des circonvolutions et des découvertes les plus récentes sur la texture de l'encéphale. Vient ensuite l'examen des notions qu'on possède aujourd'hui sur les localisations fonctionnelles. Ces localisations sont d'abord étudiées dans certaines portions de l'écorce. Ici sont analysés les travaux de Broca, Moxon, Meynert, Vulpian, Jackson, à propos du centre de la faculté du langage; les expériences de Fritsh, Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, Dupuy. Les observations de Charcot, Jackson, à propos des centres moteurs de la face et des membres dans l'écorce grise; les vues de Bastian, Meynert, Charcot, etc. sur les centres sensitifs et sensoriels. Les localisations fonctionnelles sont ensuite et successivement étudiées dans la couche optique, dans le corps strié, dans les tubercules quadrijumeaux. On trouve là un résumé des recherches correspondantes de Nothnagel, Meynert, Ferrier, Vulpian, Veyssière, etc.

Le chapitre II est intitulé « *Source du diagnostic du siége d'une lésion cérébrale* ». Le diagnostic s'établit par des signes physiques, par des signes fonctionnels, par des signes tirés de la nature de la lésion, par les signes fournis par la fréquence relative des lésions. Après le chapitre de la théorie, c'est le chapitre de la pratique. C'est la mise en relief des principaux indices offerts par les troubles de l'appareil oculaire, de l'oreille, par l'hémiplégie de la sensibilité, par l'hémichorée, les convulsions épileptiformes, les contractures, l'aphasie, par les altérations de l'intelligence. Il y a aussi dans ce chapitre une topographie du ramollissement et de l'hémorrhagie tirée de l'excellent mémoire de M. Duret, et une topographie des tumeurs, d'après les meilleures statistiques. Ce chapitre se termine par une vue d'ensemble du diagnostic des affections cérébrales localisées. « En résumé, dit M. Lépine, nous diagnostiquons avec certaines probabilités des lésions circonscrites et localisées : A la surface convexe : dans la région sylvienne et dans une partie de la temporale. A la base : au niveau des bulbes olfactifs et au niveau des bandelettes optiques. Dans la profondeur : au niveau de la partie postérieure de la couche optique et de la couronne de Reil. » N'est-ce pas déjà beaucoup ?

Dans un appendice, M. Lépine indique quelques faits de localisation dans les affections diffuses (méningite, paralysie générale) et les tentatives de localisation dans les affections sans lésion connue (intoxications, épilepsie, hystérie, chorée, migraine, vésanies). A la fin du travail, se trouvent des indications et documents bibliographiques (anatomie, physiologie, clinique, indications historiques). Tel est le plan suivi dans cette solide étude qui justifie grandement pour sa part la haute distinction que la Faculté vient d'accorder à M. Lépine.

XIII. Des paralysies périphériques, par le docteur H. Desplats. Thèse d'agrégation en médecine. Ad. Delahaye, éditeur.

Les paralysies périphériques ne sont point rares. On les reproduit facilement dans les laboratoires de physiologie, on les diagnostique dans les salles d'hôpital. Leur étude s'est enrichie depuis quelques années de documents précieux. Les travaux de MM. Vulpian, Philippeaux, Bastien, Duchenne, (de Boulogne), Erb, Weir Mitchel, etc., etc., ont éclairci d'un jour tout nouveau un grand nombre de points obcurs. Il semble qu'il soit aujourd'hui facile d'écrire leur histoire : à une condition toutefois c'est que, profitant des faits connus, on ne veuille pas forcer les analogies et grouper dans une même description toutes les paralysies périphériques.

La compression d'un nerf ne produit pas des effets analogues à sa section ou à sa contusion, et si ces différentes lésions peuvent avoir pour résultat final commun une paralysie, il y a encore dans la marche de cette paralysie, dans les phénomènes qui l'ont précédée et dans ceux qui l'accompagnent des caractères spéciaux qui permettent d'en reconnaître la cause et d'en prévoir les conséquences. M. Desplats ne semble pas avoir compris la question. Dans la première partie de sa thèse, il étudie d'une façon générale les paralysies périphériques, et décrit en bloc leur symptomatologie. Au chapitre de l'anatomie pathologique, il ne s'occupe pas des lésions des nerfs eux-mêmes et se borne à résumer rapidement les lésions des muscles. Enfin, et c'est là, à notre avis, une omission regrettable, il néglige absolument de mettre à profit les données de la physiologie expérimentale.

Dans la seconde partie de sa thèse, M. Desplats étudie quelques paralysies périphériques en particulier. Ici encore il nous semble que l'auteur a sacrifié bien des détails importants à la simplicité de la description. Pour n'en citer qu'un exemple, il admet sans hésitation, la théorie de M. Panas sur la pathogénie de la paralysie du nerf radial, et repousse la paralysie *à frigore*. Certes, cette théorie est ingénieuse et elle s'applique sans doute à un bon nombre de cas, mais elle ne les comprend pas tous. Il aurait peut-être été utile de discuter un peu plus longuement les observations nombreuses sur lesquelles s'appuie aujourd'hui la doctrine de la paralysie *à frigore*.

PHARMACOLOGIE

Alimentation des enfants nouveau-nés.

Tout récemment, l'Académie de médecine décernait les éloges les plus justes et les plus mérités à l'un de ses membres, pour les services qu'il avait rendus au pays, en faisant créer, par l'Assemblée nationale, la Commission d'hygiène de l'enfance. Peu d'années avant, en effet, un autre académicien, M. Boudet, avait prouvé, pièces en main, que plus de cent mille enfants, à peine âgés de quelques mois, mouraient en France tous les ans. Chiffre effrayant, mais malheureusement trop exact! Que si une grande partie de ces décès doit être attribuée à la négligence des parents, et surtout des nour-

rices mercenaires, combien aussi, et ceux-là sont les plus regrettables parce qu'ils pourraient être évités, sont dus à une alimentation insuffisante ou mal entendue !

Quelle n'est pas la douleur des mères qui, désireuses de nourrir leurs enfants, voient le lait leur manquer! Il faut lors avoir recours aux moyens artificiels ou confier le nouveau-né aux soins d'une nourrice connue ou inconnue, et qui, souvent, emportera au loin son nourrisson.

Autre cas : La mère peut allaiter, mais pas suffisamment, ou chargée de famille et peu fortunée, elle doit, pour subvenir aux besoins du ménage, travailler et abandonner son enfant pendant le jour. Dans l'un et l'autre cas, il faudra encore avoir partiellement recours aux moyens artificiels. Nous n'avons pas à redire ici leurs inconvénients. Que faire ?

Récemment, une Commission de médecins des hôpitaux a établi qu'un enfant privé du sein devait prendre chaque jour : lait, 700 grammes ; pain, 100 grammes ; sucre, 70 grammes. Or, un chimiste distingué, M. Nestlé, compose depuis plusieurs années déjà, un aliment excellent pour les nouveau-nés, et qui a été l'objet de plusieurs rapports favorables et dont la formule n'est autre que celle indiquée par la commission des hôpitaux.

Vingt grammes de *farine lactée* Formule et préparation de M. Nestlé) dans 100 grammes d'eau donnent un lait d'une composition et d'un goût parfaits. On le met dans une bouteille et on le fait prendre fraîchement préparé à une température ni froide ni chaude. A partir de 3 ou 4 mois, on mettra grammes de farine dans 100 d'eau, et on variera le nombre des repas selon la constitution et l'âge de l'enfant, on évitera de laisser la faim devenir trop grande et aussi de charger l'estomac. L'expérience a prouvé qu'ainsi préparée et donnée, la *farine lactée* était un aliment excellent et bien supporté. Des enfants en ont été exclusivement nourris dès le jour de leur naissance et ont toujours eu une santé parfaite. Est-ce à dire qu'il faille renoncer à l'allaitement maternel? Non, disons-le bien haut, rien ne saurait le remplacer. Mais quand, pour une raison ou pour une autre, il sera impossible, les mères trouveront dans la farine lactée un aliment sain, rationnel, facile à donner, qui leur permettra de garder près d'elles leurs enfants.

D'un perfectionnement important dans la fabrication des granules et pilules.

Depuis fort longtemps les pharmaciens s'ingénient à rendre l'administration des médicaments plus facile. Ils ont obtenu d'excellents résultats, et nous avons vu le granule, la pilule, la capsule rendre de véritables services et permettre l'ingestion de produits d'un goût détestable.

Cependant il y a un écueil qu'on n'a pas toujours su éviter: dans le but de dissimuler plus complétement la saveur du médicament, on l'a parfois si bien enrobé qu'il traversait les voies digestives sans s'y dissoudre, et par conséquent sans que la moindre parcelle en pénétrât dans l'économie. De plus, le dosage du médicament était souvent inexact, parce que l'accessoire l'emportait sur le principal dans ces préparations laborieuses, qui rappelaient le travail du confiseur plutôt que celui du pharmacien.

M. Coirre vient d'imaginer une fabrication qui remédie complètement à ces deux inconvénients: il se préoccupe avant tout de l'exactitude du dosage et, pour l'obtenir, il confectionne d'abord des pilules au moyen de petites masses, qu'il réunit ensuite en une seule, et qu'il divise mécaniquement avec la plus grande précision. Grâce à ce mode de préparation, le principe actif du médicament est réparti dans chaque pilule d'une manière aussi égale que possible. Alors il passe à l'enrobage, qu'il fait suivant les prescriptions du Codex, mais en additionnant au mélange une certaine quantité de glycérine. Le but de cette addition est facile à saisir pour tous ceux qui connaissent la propriété de la glycérine ; en effet, elle prévient le desséchement et conserve la mollesse de la pilule, tout en la rendant inaltérable. Son action ne saurait, du reste, avoir aucun inconvénient, car la glycérine est très-soluble et d'une innocuité parfaite. La pilule reçoit ensuite la dragéification ordinaire sans perdre son élasticité et, par suite, sa facilité de se dissoudre aisément dans l'estomac.

Il est évident que ce mode de fabrication peut s'appliquer à toute espèce de pilule, qu'elle vienne de la droguerie ou soit confectionnée à l'officine, et il est hors de doute que la pilule, ainsi traitée ne soit d'un emploi beaucoup plus sûr.

---

129. Traitement de la colique saturnine par le chloroforme.

Dans ces derniers temps on a usé avec avantage, dans la colique saturnine, du chloroforme soit en inhalation, soit à l'intérieur. Le Dr Barduzzi l'a employé dans un cas ou plusieurs remèdes avaient échoué. Voici sa formule :

Chloroforme	4 gr.
Sirop de gomme	90 —
Eau distillée	100 —

Cette potion est administrée en deux fois à un quart d'heure d'intervalle. Le chloroforme étant éliminé très-promptement, il convient de l'administrer à des doses élevées et répétées pour obtenir un effet. La potion fut donnée trois fois en trente-six heures, au grand soulagement du malade. En outre, des embrocations sur l'abdomen furent faites avec du chloroforme. (*Il Raccoglitore medico*, n° 7, 1875).

130. Pilules anti-catarrhales.

Gomme ammoniaque	2 grammes.
Carbon. d'ammoniaque	1 —
Epica pulv	25 centigr.
Chlorhydrate de morphine	10
Mucilage de gomme	Q. S.

P. S. A. 10 pilules qu'on induira d'un vernis composé de baume de tolu dissous dans du chloroforme. Une pilule matin et soir dans la bronchite chronique. (*La Pharmacie de Lyon*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Matice, suppléé par M. MARTINEAU. Salle Beaujon : 2, pleurésie avec épanchement; 3, rétrécissement, insuffisance aortique; 6, érysipèle de la face; 7, rougeole; 5 bis, paralysie générale progressive; 9, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Monique : 2, carcinome de l'estomac; 4, scarlatine; 5, pleurésie aiguë; 7, hystérie; 8, ataxie locomotrice; 10, pelvi-péritonite; 12, érysipèle de la face; 15, phlegmatia alba dolens.

Service de M. AXENFELD, suppléé par M. DUGUET. Salle Saint-Jean : 4, pleurésie aiguë; 8, paralysie saturnine; 25, anévrysme de la crosse de l'aorte; 29, angine diphthéritique; 32, pneumonie avec rétrécissement aortique.—Salle Sainte-Paule : cancer de l'estomac; 5, fièvre typhoïde; 12, paralysie bilatérale du facial; 16, paralysie générale; 17, sciatique; 19, hématémèse supplémentaire.

Service de M. MOUTARD-MARTIN. Salle Saint-François : 2, mal de Bright; 3, pneumonie traumatique: 13, intoxication saturnine; 19, fièvre typhoïde; 28, pleurésie aiguë. — Salle Sainte-Claire : 1, hystérie; 3, ataxie locomotrice; 7, fièvre intermittente; 18, tumeur cérébrale; 27, pleurésie; 30, érysipèle de la face; 31, cirrhose; 33, chlorose; 35, phlegmon péri-utérin.

Hôtel-Dieu. — M BÉHIER. Clinique le lundi et le vendredi à 9 h. — M. RICHET. Clinique le mardi et le samedi à 9 h. — M. GUÉRIN. Maladies des femmes, leçon le lundi à 9 h. — M. CUSCO, suppléant M. Delens. Maladies des yeux le jeudi à 10 h.

Service de M. BÉHIER. Salle Sainte-Anne (H.) : 34, péritonite tuberculeuse; 37, sclérose en plaques; 38, pneumothorax, pleurésie; 15, insuffisance aortique et mitrale; 15, paralysie saturnine. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, métrite; 3, insuffisance mitrale; 7, rhumatisme; 20, paralysie consécutive à une fièvre typhoïde; 2, maladie de Bright.

Service de M. RICHET. (H.) : 1, gangrène du scrotum; 6, étranglement interne opéré (anus artificiel); 19, fracture du péroné; 24, lipome; 26, carie du 1er métatarsien; 31, cancer du maxillaire; 11, hydrocèle suspecte. (F.) : 5, fistule vésico-vaginale; 9, brûlure étendue de la fesse; 10, conjonctive purulente; 15, exostose de croissance (cas rare); 19, arthrite; 20, tumeur fongueuse du genou; 21, croup opéré.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. ARCHAMBAULT. Salle Saint-Louis : 5, rougeole, diphthérie, croup; 14, angine simple; 18, érythème estival. — Salle Sainte-Geneviève : 5, coqueluche grave; 8, chorée; 22, angine couenneuse commune; 4, pleurésie double.

Service de M. LABRIC. Salle Saint-Jean : 2, fièvre herpétique; 9, fièvre intermittente; 10, atrophie musculaire progressive; 12, pleurésie chronique; 15, rougeole anormale; 34, dilatation des bronches; 35, tumeur cérébrale; 37, pleurésie purulente; 38, rhumatisme, arthrite, endocardite, pleurésie double.

Service de M. BOUCHUT. — Salle Sainte-Catherine : 7, chorée, endocardite mitrale et aortique; 10, pneumonie du sommet, herpès sur la joue gauche; 13, hystérie, hémianesthésie sensorielle et générale gauche; 47, hémiplégie alterne. Angines diphthéritiques graves traitées et guéries par douches de coaltar.

Service de M. de SAINT-GERMAIN. Salle Saint-Côme : 2, ostéo-périostite du tibia; 6, pied-bot équin, ténotomie; 8, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; 9, cancer de l'œil; 11, non consolidation d'une fracture du fé-

mur, rachitisme; 14, fracture articulaire du coude; 16, périostite phlegmoneuse diffuse. — Salle Sainte-Pauline : 3, scrofulide ulcéro-crustacée; 6, double pied-bot varus équin opéré; 7, nécrose du tibia; 30, fracture de la cavité glénoïde de l'omoplate.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Verneuil. Salle Saint-Augustin (F.) : 3, gomme musculaire du triceps avec hydarthrose concomitante; 5, chancre infectant de la surface cutanée de la lèvre inférieure; 12, énorme tumeur vasculaire du crâne, goître vasculaire; 16, fracture de la rotule; 20, 22, 24, fistule vésico-vaginales; 8, tumeur de la fosse pharyngo-maxillaire, ablation partielle du maxillaire inférieur. — Salle Saint-Louis (H.) : 12, luxatiou de la cuisse chez un ataxique; 14, contracture réflexe ascendante des muscles du bassin, suite d'arthrite tarsienne; 13, fracture du coude avec plaie articulaire; 32, rétrécissement, infiltration d'urine; 3, 5, lymphangite du membre inférieur, rappel d'accidents rhumatismaux; 37, arthrite spécifique; 39, brûlure étendue, hémiplégie et hémi-anesthésie totale; 42, chancre de la lévre supérieure; 52, fracture du col du fémur; 54, vaginalite symptomatique; 56, orchite traumatique.

Hôpital Necker. — Service de M. Delpech. Consultation le lundi. Salle Saint-Ferdinand : 1, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite; 2, insuffisance mitrale, albuminurie; 5, pleurésie droite; 7, insuffisance mitralc, albuminurie, scorbut; 10, paraplégie; 16, ataxie, insuffisance aortique; 29, carcinome de l'estomac. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 1, chorée hystérique; 7, sciatique; 12, érysipèle phlegmoneux; 16, paraplégie hystérique; 20, diabète; 32, carcinome du foie.

Service de M. Laboulbène. Consultation le mardi. Salle Sainte-Thérèse: 1, rétrécissement et insuffisance mitrale; 4, phlegmon iliaque; 6, tumeur du ligament large, dilatation de la crosse de l'aorte; 16, ulcère rond de l'estomac. — Salle Saint-Eulalie (F.) : 5, tumeur fibreuse de l'utérus; 12, insuffisance mitrale; 19, tumeur fibro-cystique de l'utérus; 16, ictère catarrhal. — Salle Saint-André (H.): 8, hémophilie ; 8, paralysie générale au début, forme paralytique, phénomènes ataxiques; 19, pleurésie aiguë; 23, dilatation de la crosse de l'aorte.

Service de M. Potain. Consultation le jeudi. Salle Saint-Louis (H.) : 4, hypertrophie cardiaque, albuminurie; 6, insuffisance mitrale; 11, pleurésie purulente enkystée, fistule bronchique, vomique; 12, pleurésie purulente chez un tuberculeux, pneumo-thorax ancien, guérison de la fistule broncho-pluerale; 17, hémiplégie droite, aphasie; 21, colique saturnine, paralysie des extenseurs, arthralgie; 27, péricardite avec épanchement; 29, polyurie simple. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, rhumatisme articulaire aigu; 4, maladie de Ménière; 5; carcinome du foie; 19, parésie généralisée chez une hystérique; 21, insuffisance mitrale et tricuspidienne par dilatation cardiaque; 26, coliques saturnines, arthralgie; 30, pneumo-thorax latent (depuis 4 mois), tuberculose pulmonaire.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Cruveilhier. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis, jeudis et samedis. Opérations le vendredi. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 11, résection de la tête du cubitus; 12, 29, épithéliome du rectum; 13, rhumatisme blennorrhagique du poignet; 17, phlébite de la verge; 18, plaie du pharynx; 32, tentative de suicide, coup de révolver dans la bouche.

Maladies de la peau. — Service de M. Guibout. Visite à 8 h. 1/2. Clinique les lundis et mardis. Consultation le vendredi. Salle Henri IV (F.) : 49, impétigo érysipélateux; 51, herpétide exfoliatrice maligne; 62, purpura syphilitique. — Salle Saint-Charles (H.) : 4, gommes scrofuleuses; 23, prurigo, lichen, eczéma chez un herpétique; 41, 38, psoriasis de formes variées; 68, syphilide acnéiforme. — *Bibliothèque* pour MM. les externes de l'hôpital. — *Musée pathologique* ouvert tous les jours à 8 h.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissaut le 4 juin 1875, on a constaté 925 décès, savoir : variole, 14; — rougeole, 33; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 12; — bronchite aiguë, 33;— pneumonie, 76; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 9; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 12; — croup, 8; — affections puerpérales, 13; — autres affections aiguës, 272; — affections chroniques, 372, dont 156 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 18.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 23 au 29 mai 1,294, savoir : variole, 2; — rougeole, 32; — scarlatine, 42; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 6; — bronchite, 118; — pneumonie, 73 ; — dyssenterie, 4; — diarrhée, 23; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 7; — croup, 12, — coqueluche, 75.

Décroissance de la variole a Bordeaux. — Nous sommes heureux d'annoncer, lisons-nous dans le *Bordeaux médical* du 22 mai, que la variole, qui avait inspiré d'assez vives inquiétudes, est en pleine décroissance. A l'heure où nous écrivons ces lignes, il n'y a plus à l'hospice de Pelegrin que 16 sujets atteints de cette maladie, dont 11 militaires. Depuis plusieurs jours aucun fait nouveau ne s'est déclaré.

Service de santé de la marine. — D'après les *Tablettes de Rochefort*, le Ministre de la Marine vient de décider que le diplôme de docteur en médecine ne sera plus exigé des aides-médecins candidats au grade de médecin de 2e classe, non plus que le titre de pharmacien universitaire de 1re classe, des aides-pharmaciens candidats au grade de pharmaciens de 2e classe (*Union méd.*) Si cette mesure est exacte, elle indique que le recrutement du corps médical de la marine est actuellement insuffisant. Aurait-on pu prendre une mesure meilleure? Nous le croyons. Car l'une des causes principales de la pénurie de médecins dans la marine est assurément l'insuffisance du traitement qui leur est alloué.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté en date du - mai 1875, M. le Ministre de l'Instruction publique a déclaré vacaute la chaire de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier.

Association française pour l'avancement des sciences. (*Quatrième session, du 19 au 26 août 1875, à Nantes*). L'assemblée générale tenue à Lille le 27 août 1875 a été saisie d'invitations émanant des municipalités de Nantes, la Rochelle et Clermont-Ferrand, et après délibérations, la ville de Nantes a été désignée par le vote. La date d'ouverture du Congrès a été fixée au 19 août. Le bureau s'est mis en relations directes avec les membres que l'association comptait déjà à Nantes. et sur leur proposition, a présenté au conseil d'administration la liste des personnes devant constituer le comité local.

Ce comité comprend les membres du bureau, 8 membres honoraires et 67 membres. Le hureau est composé de MM. Ch. Lechat, maire de Nantes, *président*; Lambert, président de chambre honoraire de la Cour d'appel de Rennes, président de la Société académique, Robierre, directeur de l'Ecole des sciences, *vice-présidents*; Colombel, avocat, le Dr Laennec, professeur à l'Ecole de médecine, et le Dr Malherbe fils, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine, *secrétaires*. Le conseil d'administration de l'association s'est réuni le 5 novembre 1874, 1er février et 3 avril 1875. La dernière séance, qui a eu lieu pendant les vacances de Pâques, a coïncidé avec la présence à Paris d'un certain nombre de délégués venus pour assister à la *réunion des Sociétés savantes*, à la Sorbonne. Dans la séance du 5 novembre. le conseil a procédé à la nomination de commissions permanentes ; en conformité des articles 11, 12, 13, 14 et 15 du règlement. Ces commissions sont composées aiusi qu'il suit :

Commission de publication : MM. de Quatrefages, de Saporta, Hureau de Villeneuve et Arson. — *Commission des finances* : MM. Ménier, Perrier et L. Vaillant. — *Commission d'organisation de la session* : MM. Broca, Grimaux, L. Vaillant et Wurtz. — *Commission des récompenses et encouragements* : MM. Bourdelles, Masquelez, d'Almeida, Violette, Lartet, Baillon, Lafont, Broca, Corenwinder, Demarsy. — Dans ses séances des 1er février et 3 avril 1875, le conseil d'administration, sur la proposition de la commission des subventions, a voté les subventions suivantes pour l'année 1874.

MM. Girard, professeur suppléant à la faculté des sciences de Lille : installation et fonctionnement du laboratoire zoologique de minéraux, 2,000 fr. — Gosselet, professeur à la faculté des sciences de Lille : recherches géologiques sur les terrains du nord de la France, 500 francs; — Donadieu, professeur au lycée de Lyon : recherches anatomiques et zoologiques sur les acariens du midi de la France, 500 fr.; — Leveau, de l'observatoire de Paris : calculs sur la marche des comètes, 400 fr.; — Trannin, licencié ès-sciences physiques : recherches sur un phatomètre interférentiel, 250 fr.; — Société de navigation aérienne ; contributions aux frais nécessités par des ascensions scientifiques, 200 fr. — Total, 3,850 fr.

En joignant à ce total la somme de 1,500 fr. qui a été votée à M. Velain aide naturaliste au muséum d'histoire naturelle de Paris, pour contribution aux frais occasionnés par son adjonction à la mission désignée pour aller observer le passage de Vénus à l'île Saint-Paul, on arrive, pour le chiffre des subventions distribuées par l'association sur l'exercice 1874 à une somme totale de 5,350 fr.

Dans les mêmes séances, le conseil a été informé que l'association pouvait contribuer pour une somme de 5,000 fr. sur l'exercice 1875 aux dépenses occasionnées par l'observation de l'éclipse totale de soleil, dans le royaume de Siam, par M. Janssen. Cette somme provient de dons faits à l'association avec cette affectation spéciale, par MM. d'Eichthal, président de l'association 2 000 fr., Bischoffsheim 2,000 fr., et Siéber 1,000 fr. Des remerciements ont été votés à ces membres donateurs par le conseil à l'unanimité.

(*Gaz. hebd.*)

La vaccination et les catholiques... a Montréal. — Le docteur Hingston, à l'occasion de son installation comme maire de Montréal, a appelé l'attention de ses concitoyens sur la condition sanitaire de la ville. Si la science, dit-il, a décidé quelque chose en médecine, elle s'est certainement prononcée d'une manière définitive en faveur de la vaccination. Mais « les docteurs diffèreut » est le vieil aphorisme, et une partie des citoyens de Montréal ont été élevés dans l'incrédulité des bons effets de la vaccine, dans la croyance en ses mauvais effets. Pendant l'année dernière il y a eu à Montréal 981 décès par la variole, soit un cinquième de la mortalité générale. Sur ce nombre, on en compte 953 parmi la population catholique et parmi les canadiens-français. Cela est dû au fait que les canadiens-français suivent en grand nombre la doctrine de leurs compatriotes qui écrivent contre la vaccin. et ne permettent pas de vacciner leurs enfants, tandis qne les Anglais les font tous vacciner et souvent même, précisément pour prévenir les ravages de l'épidémie.

Pour mieux faire connaître la proportion des varioleux chez les catholiques et les protestants de Montréal, ajoutons que cette ville comptait, vers le milieu de l'année 1874, 101,391 catholiques et 38,383 protestants. D'après le docteur Hingston, il y a eu 953 décès par variole chez les premiers et 28 seulement chez les seconds. En d'autres termes, la mortalité par variole a été en chiffre rond, chez les catholiques, de 1 sur 100 habitants et chez les protestants de moins de 1 sur 1000 (*Lyon médical*).

Protection de l'enfance. — Par décret en date du 26 mai 1875 ont été désignés pour le conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge, institué par l'article 3 de la loi du 23 décembre 1874 : MM. Desjardin, sous-secrétaire d'état au Ministère de l'Intérieur, le comte de Melun, Mettetal, Th. Roussel, députés à l'Assemblée nationale; de Ségur, Durangel, conseillers d'Etat ; Bucquet, inspecteur général des établissements de bienfaisance ; le professeur Béclart (désigné par l'Académie de médecine) ; Thélier, délégué de la société de charité maternelle, le présideut de la société des crèches et le président de la société protectrice de l'enfance de Paris.

Société de Prévoyance des Pharmaciens de 1re classe du département de la Seine. — Cette Société a tenu son assemblée générale annuelle le vendredi 16 avril 1874, à l'école de pharmacie, sous la présidence de M. A. Fumouze. Après une allocution de M. le président, MM. les sociétaires ont enteudu la lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale, faite par M. Fontoynont, secrétaire-adjoint. Puis M. Champiguy, scrétaire-général, a présenté l'exposé des nombreux travaux du conseil d'administration, pendant l'exercice 1874-1875.

La séance s'est terminée par le renouvellement d'une partie des membres du conseil. Ont été élus, à l'unanimité : MM. Durozier, vice-président; Bornet, Capgrand, A. Fumouze, conseillers. En conséqueuce, le conseil d'administratiou de la Société est ainsi composé pour l'année 1875-1876 : président, M. Crinon; vice-président, M. Durozier; secrétaire-général, M. Champigny; secrétaire-adjoint, M. Fontoynont, trésorier, M. Labélonye; conseillers, MM. Allié, Bain, Barbarin, Bornet, Capgraud, Cocquelet, Ferrand, A. Fumouze, Limousin, Millot.

Les Sociétés de secours mutuels et les médecins. — Nous recevons d'un de nos honorables confrères, le Dr Francisque Garnier, copie de la lettre par laquelle il envoie sa démission au président du syndicat des Sociétés de secours mutuels. M. Garnier base sa détermination sur deux motifs : 1° Le prix dérisoire de la visite ou consultation, prix qui est parfois ridicule et déshonorant pour le médecin ; 2° Sur ce fait que le médecin ne connaît ni les sociétaires ni les nos d'ordre des Sociétés qu'il est appelé à desservir, non plus que les femmes et les enfants auxquels il doit ses soins. Nous ne pouvons que louer notre confrère de sa détermination ; il est bien temps que le médecin cesse de se laisser exploiter comme on le fait depuis trop longtemps, et si tous suivaient l'exemple que leur donne M. Garnier; les Sociétés de secours mutuels seraient bien obligés d'être plus raisonnables envers le corps médical. (*Lyon médical*).

A céder pour cause de santé : Un journal de médecine rapportant 2,000 fr. net, susceptible d'une grande augmentation. Prix : 10,000 fr. avec les collections, moitié comptant, le reste à des échéances variées. On donne gratuitement au preneur une clientèle qui a rapporté en 1874, 10,000 fr. et le droit au bail qui est de 1,600 fr. S'adresser à M. Debonnaire, pharmacien, 20, rue du Faubourg-St.-Honoré, à Paris.

Nécrologie. — La ville de Caen vient encore de perdre un de ses médecins les plus estimés et les plus bieufaisants, M. le docteur A. Liégard, Il avait eu la douleur de voir son fils, professeur à l'école de médecine de Caen le précéder dans la tombe il y a trois ans. M. Liégard était connu dans le monde médical et scientifique par plusieurs publications très-remarquables : un mémoire sur la *kélotomie* couronné par l'académie de Bruges, dont il était deveuu membre correspondant ; des mémoires sur l'emploi du chloroforme, sur l'érésypèle, sur l'anthrax diabétique, etc. Mais le plus beau titre de M. Liégard, à la reconnaissance et aux regrets de ses concitoyens était son dévouement bien connu à l'égard des pauvres. Jusqu'à l'âge de 60 aus où la mort est venue le saisir, il est resté le serviteur infatigable des malheureux qui venaient en grand nombre demander ses soins.

Il y a quelques semaines, M. Roulland, directeur de l'école de médecine de Caen et maire de la ville, ancien interne des hôpitaux de Paris, médaille d'or de la faculté de Paris, était emporté brusquement et sa mort privait ses compatriotes d'un homme émineut et d'un médecin très-instruit.

— M. le Dr Lauth (Frédéric) vient de mourir à l'âge de 83 ans. (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

Librairie E. DENTU, 17 et 19, galerie d'Orléans, Palais-Royal.

Richelot (E.) La femme médecin, in-18 de 154 pages.

Librarie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

Pathault (L.) Du bromure de camphre, in-8° de 46 p. avec six fig. dans le texte 1 fr. 25.

Lbrairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de physiologie normale et pathologique, publiées par MM. Brown-Séquard, Charcot, Vulpian. Le n° 2 (mars-avril) contient les articles suivants : Application de la méthode graphique à la détermination du mécanisme de la réjection dans la rumination, par Toussaint; — Note sur la distribution des nerfs collatéraux des doigts et sur les sections nerveuses du membre supérieur, par G. Richelot; — Etudes sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale, par Mierzejewski ; — Note sur deux cas d'atrophie musculaire progressive, par Pierret et Troisier; — Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas de pied bot équin, par J. Déjerine ; — Polygraphe pouvant être appliqué sur les animaux, par Meurisse et Mathieu. Un an : Paris, 20 fr.; départements, 22 fr.

Limousin, Delpech et Lebaigue. Du sucre tisane. In-8 de 8 pages.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**.

Bourneville et L. Guérard. — De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8, de 240 pages avec 10 figures et une planche. 4 fr. — Pour nos Abonnés : 3 fr. (*franco*).

Budin (P.) De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrosatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. In-32. 50 c.

Charcot (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière* ; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr.; pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25 ; pour nos abonnés, 4 fr. 75 (*franco*).

Cornil (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. Budin. In-8° de 92 p. Prix 2 fr. 50. Pour uos abonués : 1 fr. 50, *franco*.

Ferrier. — Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur par H-

D... In-8° de 80 pages. 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25, *franco*.

DRANSART (H. N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8° de 32 pages avec 1 fig. 60 cent.

KELSCH (A.). Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. In-8° de 16 pages. 50 cent.

LANDOUZY (L.). Trois observations de rage humaine; réflexions. In-8° de 16 pages. 50 cent.

ONIMUS. — Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8° de 16 p. avec 4 fig. 60 cent.

PELTIER (G.) De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages 60 centimes.

THAON (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose; in-8° de 104 pages avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50. Pour nos abonnés : **2 fr. 50**, *franco*.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

ANNÉE. — N° 25 BUREAUX : RUE DES ECOLES, 6. 19 JUIN 1875.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) [1].

III. *Du Jaborandi* (23 mars 1875).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Messieurs,

Revenons à l'influence du jaborandi et de l'atropine sur la sécrétion sudorale. Nous savons que le jaborandi provoque chez l'homme une diaphorèse considérable. Le travail sécrétoire des glandes sudoripares s'exagère donc pendant un temps variable, et l'on peut l'empêcher ou l'arrêter complétement en faisant absorber préalablement, ou au milieu même de l'hypercrinie sudorale, une faible dose de sulfate d'atropine. Les données physiologiques ne nous fournissent qu'une interprétation admissible pour les effets de ces substances sur la sécrétion de la sueur. Nous sommes forcément conduits à admettre que le jaborandi agit sur cette sécrétion en paralysant les extrémités périphériques des fibres nerveuses sympathiques qui se rendent aux glandes sudoripares, et que l'atropine, au contraire, excite ces fibres.

Je dis que nous ne pouvons pas admettre une autre explication, parce que, nous fondant sur ce que nous avons vu à propos des glandes salivaires, nous ne pouvons pas supposer que le jaborandi et l'atropine agissent sur les cellules propres des glandes sudoripares.

Malgré tout, nous n'en sommes pas moins arrivés à deux théories différentes pour l'explication des effets du jaborandi sur les glandes sudoripares et sur les glandes salivaires ; car, vous ne l'avez pas oublié, nous avions accepté l'idée que l'hypersécrétion de la glande sous-maxillaire, provoquée par le jaborandi, est un effet de l'excitation produite par cette substance sur la corde du tympan, c'est-à-dire sur le nerf excito-sécrétoire de la glande et nous avions laissé de côté l'hypothèse d'une paralysie des nerfs sympathiques de cette glande.

Un tel résultat est peu satisfaisant : il nous répugne d'admettre, si nous n'y sommes pas absolument forcés, qu'une substance agit sur un système de glandes en influençant les fibres sympathiques qui innervent ces organes et que cette même substance agit de la même façon sur un autre système des glandes par l'intermédiaire d'autres fibres nerveuses que les fibres sympathiques que reçoivent aussi ces organes sécréteurs.

Voyons donc s'il n'y a pas moyen de résoudre cette difficulté, et pour cela, revenons au mode de fonctionnement des glandes sudoripares et à leurs relations physiologiques avec le système nerveux.

On doit se représenter les glandes sudoripares comme ayant une tendance à sécréter d'une façon continue, dans l'état normal. Le système nerveux sympathique n'intervient que comme frein, mais il agit d'une façon persistante aussi à des degrés variables, pour restreindre, modérer ou enchaîner le travail sécrétoire de ces glandes. Il est dans un état d'activité constante, que l'on peut comparer à l'état d'activité constante des fibres nerveuses qui entretiennent le *tonus* vasculaire. Les variations de cette action modératrice tonique des fibres sympathiques destinées aux glandes sudoripares ont pour effets des variations correspondantes de l'activité du travail sécrétoire de ces glandes, travail qui s'exagère lorsque l'action tonique des fibres sympathiques se relâche. Serrons le frein, c'est-à-dire excitons le grand sympathique, la sécrétion s'arrête. Relâchons ou supprimons le frein, en coupant, par exemple, le grand sympathique, la sécrétion sudorale s'exagère. L'action du jaborandi et celle de l'atropine sont des actions de cette nature : le jaborandi agit en paralysant les fibres sympathiques qui innervent les glandes sudoripares ; le sulfate d'atropine arrête la sueur en excitant ces fibres.

Nous ne faisons pas intervenir ici les modifications vasculaires cutanées auxquelles peuvent donner naissance la section et l'excitation du sympathique ou l'action des deux substances dont nous cherchons à expliquer les effets, car vraisemblablement ces modifications ne jouent ici aucun rôle essentiel. D'abord, on observe bien souvent des congestions de la peau, sans sueurs concomitantes.

Il me suffira de citer la congestion de la face et celle qu'offre la peau de toutes les régions du corps dans certains cas d'affections fébriles, telles que les phlegmasies pulmonaires, la fièvre typhoïde, la période d'invasion des pyrexies exanthématiques, etc. On sait que, dans ces cas, la peau des régions congestionnées est tout-à-fait sèche. Il en est de même dans le stade de chaleur des fièvres intermittentes. Comparez cette période de chaleur au troisième stade d'un accès de fièvre palustre, vous verrez que, dans ce dernier stade, la peau est, en général, moins congestionnée que dans la période de chaleur ; et cependant, les glandes sudoripares sont alors en pleine activité sécrétoire. Ajoutons enfin que, chez l'homme soumis à l'action de l'atropine, les téguments sont plutôt congestionnés qu'anémiques, bien que cet agent tonique empêche pendant un certain temps toute sécrétion sudorale.

Voilà des arguments suffisants pour prouver que l'hyperhidrose produite par le jaborandi n'est pas due à l'action de cette substance sur les vaisseaux cutanés. Il est vrai que l'on pourrait supposer que la congestion n'a pas lieu dans toute l'épaisseur et toute l'étendue du tégument cutané, et qu'il y a seulement, réplétion exagérée des vaisseaux des glomérules des glandes sudoripares. Mais c'est là une supposition que rien ne justifie ; et, quand même elle serait fondée, on ne serait pas, suivant moi, autorisé à attribuer à cette congestion des vaisseaux des glomérules sudoripares la sécrétion exagérée de sueur, provoquée par l'absorption des principes actifs du jaborandi, car les études que l'on a faites sur le fonctionnement des autres glandes ont prouvé de la façon la plus nette que l'afflux sanguin, qui a lieu dans ces organes au moment de l'éréthisme fonctionnel, n'est qu'une condition adjuvante. Le rôle principal, essentiel, appartient aux modifications du travail physiologique des éléments sécréteurs eux-mêmes, et ces modifications le plus souvent, s'effectuent sous l'influence d'un changement survenu dans l'activité des fibres nerveuses qui sont en relation plus ou moins directe avec les éléments sécréteurs.

Les choses sont moins simples pour les glandes salivaires. La glande sous-maxillaire que nous prenons comme type reçoit bien de nombreux filets provenant du grand sympathique ; mais elle est innervée, en outre, par les fibres émanées de la corde du tympan. Les glandes sudoripares ne possèdent point de fibres analogues à celles-ci : du moins, jusqu'à présent, on n'a rien constaté de pareil. On peut pourtant se représenter les glandes salivaires comme offrant un état physiologique semblable, jusqu'à un certain point, à celui que nous avons reconnu pour les glandes sudoripares. La glande sous-maxillaire peut être considérée comme tendant à sécréter d'une façon ininterrompue. Les fibres des filets sympathiques qui se rendent à cette glande agissent sur elle comme des freins physiologiques. Ces fibres sont

[1] Voir les nos 14, 15, 16, 18, 19, 23 et 24 du *Progrès médical.*

dans un état d'activité continue et enchaînent d'une façon persistante le travail sécrétoire des cellules des culs de sac glandulaires.

Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que la destruction aussi complète que possible de tous les éléments nerveux qui sont en relation avec cette glande, a pour conséquence un écoulement incessant de salive.

Si on coupe les filets sympathiques qui vont à la glande, on détermine une légère augmentation de la sécrétion salivaire, mais, cette augmentation est très-faible, parce que ces filets, avant de pénétrer dans la glande, et dans la glande elle-même, se mettent en rapport avec de nombreuses cellules ganglionnaires qui peuvent encore entretenir leur état d'activité tonique, et, par conséquent, leur action frénatrice.

Cette activité tonique ne peut-être paralysée que par l'intermédiaire de la corde du tympan. Le filet que la corde du tympan fournit à la glande sous-maxillaire, est, pour ainsi dire, un nerf de perfectionnement. Il est destiné à agir sur les cellules nerveuses situées sur le parcours des fibres sympathiques qui se distribuent à la glande ; et, lorsqu'il est excité, il paralyse l'action frénatrice de ces cellules. Tout aussitôt, la glande, rendue à son indépendance fonctionnelle, entre en travail et une sécrétion salivaire continue se produit.

L'effet déterminé sur les fibres sympathiques par l'excitation de la corde du tympan, peut se manifester encore si une substance, introduite dans la circulation, vient paralyser, soit les cellules nerveuses dont nous venons de parler, soit les extrémités périphériques elles-mêmes des fibres sympathiques qui innervent la glande. Or, c'est précisément de cette manière que l'on peut se représenter le mode d'action du jaborandi.

Le jaborandi, d'après cette manière de voir, paralyserait les extrémités périphériques des fibres fournies à la glande sous-maxillaire par le grand sympathique ; l'action frénatrice de ces fibres, cesse sous son influence et la glande rendue à son indépendance, fonctionne, c'est-à-dire sécrète d'une façon continue. L'atropine agit en sens contraire, serre le frein et excite les extrémités périphériques de ces fibres sympathiques et exagère leur action frénatrice : le frein est ainsi serré avec force et l'activité sécrétoire de la glande est enchaînée.

Nous arrivons donc à une conclusion commune, pour la manière dont sont influencées les glandes salivaires et sudoripares par le jaborandi. Toutefois, il ne faut pas attacher à ces vues plus d'importance qu'elles n'en ont en réalité. Ce sont des hypothèses qui ne me paraissent pas invraisemblables, mais auxquelles il manque le contrôle de l'expérimentation directe. *(A suivre.)*

MALADIES DU LARYNX

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. ISAMBERT.

VIe ET VIIe LEÇON. — Syphilis pharyngo-laryngée (1).

Leçons recueillies par AFFRE et MOIZARD

SOMMAIRE. — Les idées théoriques ont présidé plus que l'observation directe aux descriptions des auteurs. — Les accidents primaires ne vont pas jusqu'au larynx. — Syphilis secondaire et tertiaire. — Chez les nouveau-nés. — Chez l'adulte. — Elle procède par poussées successives, sans ordre chronologique déterminé, sans coïncidence fixe avec les manifestations cutanées. — Accidents de généralisation précoce ou tardive. — Erythème ou roséole de Cusco. — Plaques muqueuses. — Autres éruptions. — Symptômes divers, diagnostic. — Ulcérations syphilitiques, superficielles ou graves. — Hypertrophie, gommes ? — Rétrécissements du larynx. — Symptômes généraux. — Marche, durée, terminaison, traitement.

Messieurs,

L'étude de la syphilis pharyngo-laryngienne est encore assez incomplète ; on a décrit avec soin les éruptions syphilitiques du pharynx, c'est-à-dire les régions qui peuvent être observées sans le secours du laryngoscope ; mais la syphilis du larynx a été jusqu'à présent décrite d'une façon incomplète, ou peu conforme à la réalité des faits. Cela tient tout d'abord au petit nombre des renseignements fournis par l'anatomie pathologique. En effet, d'une part, les malades atteints de cette affection meurent assez rarement, ou s'ils meurent aux dernières périodes de la cachexie, les lésions laryngées ont perdu à ce moment les caractères typiques qu'elles devraient présenter dans les premières périodes. Si l'on a quelquefois l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet atteint de syphilis récente, qui a succombé à quelque accident étranger à cette maladie, il faut reconnaître que ces éruptions spécifiques, si nettement caractérisées pendant la vie, sont à peine reconnaissables *post mortem*. Par la cessation de la circulation, et par la stase cadavérique, les diverses colorations de la muqueuse s'éteignent, les parties tuméfiées s'affaissent, les ulcérations superficielles s'égalisent. Il en résulte que l'anatomie pathologique ne peut nous fournir de renseignements utiles que pour les périodes tertiaire et viscérale de la syphilis.

On était fondé à croire que le laryngoscope donnerait des résultats plus satisfaisants, et cependant la question n'a pas fait autant de progrès qu'on était en droit de l'espérer. C'est que la plupart des auteurs qui ont décrit la syphilis laryngée se sont laissé entraîner tout d'abord par des idées théoriques et systématiques, qui paraissent avoir obscurci quelquefois chez eux la netteté de l'observation ; un certain nombre même parlent même encore comme s'ils n'avaient pas eu recours au seul moyen d'observation possible en pareil cas, c'est-à-dire au laryngoscope. C'est ainsi que l'on décrit encore les ulcérations siégeant dans le larynx avec tous les caractères habituels des syphilides cutanées, ou des ulcérations spécifiques des orifices naturels : on parle de leurs bords taillés à pic, de leur couleur cuivrée ou chair de jambon, sans songer combien ces lésions doivent être modifiées par la différence des tissus anatomiques et par les conditions d'humidité et de température constantes des milieux où elles se développent.

L'idée théorique qui a dominé toutes ces études a été le désir de retrouver sur les muqueuses internes des lésions identiques et parallèles à celles que l'on observait sur la peau et sur les muqueuses externes. Cette préoccupation de rechercher partout ces analogies semble avoir absorbé entièrement l'attention des auteurs les plus recommandables, tels que MM. Gerhardt et Roth, M. Rollet, M. Cusco et M. Dance, qui ont cherché à retrouver dans le larynx toutes les variétés des syphilides cutanées. Nous allons voir qu'il y a une bonne part d'illusions dans les distinctions qu'ils ont prétendu établir.

Une autre cause d'erreur résulte de la confusion possible entre les lésions d'origine syphilitique et celles qui dépendent de la scrofule et de la tuberculose. Cela est vrai, surtout pour les dernières périodes de ces affections ; car à ce degré très-avancé, les désordres produits dans le larynx par ces trois maladies présentent entre eux les plus grandes analogies. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir Trousseau et Belloc confondre sous la dénomination commune de phthisie laryngée des lésions fort différentes à leur origine, mais à peu près identiques en elles-mêmes si l'on ne considère que les accidents de la fin, et les reliquats laissés sur le cadavre. La distinction en est encore bien plus difficile lorsque les diathèses se combinent entre elles, ce qui est en réalité assez fréquent, car un tuberculeux ou un scrofuleux ne sont nullement indemnes vis-à-vis de la syphilis. Il est alors presque impossible de faire la part de ce qui appartient en propre à la syphilis et celle des diathèses qui l'accompagnent.

Pour nous, sans nous arrêter à critiquer toutes les opinions émises, nous dirons simplement ce que nous avons vu. Notre description sera, comme dit Montaigne, une œuvre de bonne foi. Ce sont sans doute mes opinions, et le résultat de ma pratique que vous venez ici me demander, plutôt que les notions extraites de livres où vous pourriez les trouver aussi bien que moi. Je compte donc vous les livrer en toute sincérité, prêt à retirer aussi franchement à

(1) Voir les nos 3, 4, 5, 9, 12, 14, 20 et 21.

l'avenir celles que des travaux ultérieurs démontreraient erronées. Les idées que je vais exprimer ne sont pas d'ailleurs exclusivement les miennes. Elles sont partagées par des observateurs très-compétents, par mes collègues, les docteurs Alfred Fournier et Duplay. Elles ont été aussi exposées il y a quelques années dans la thèse inaugurale de l'un de mes anciens internes, M. le docteur Ferras.

On distingue ordinairement les manifestations de la syphilis en accidents primaires, secondaires, tertiaires et viscéraux. Nous nous conformerons d'une manière générale à ces divisions usuelles, tout en rappelant que pour les dernières périodes au moins, elles servent à marquer l'invasion des différents systèmes d'organes au point de vue anatomique plutôt qu'une succession chronologique régulière dans l'ordre d'apparition des accidents.

Accidents primaires. — L'accident primaire de la syphilis, le chancre induré se rencontre assez souvent dans la bouche, quelquefois dans le pharynx : mais il ne va pas plus loin et on ne l'a jamais observé dans le larynx. Quant au chancre mou, on l'observe rarement dans la bouche ; on en a même nié l'existence dans cette région : mais elle est aujourd'hui incontestable. L'inoculation directe du chancre syphilitique à la bouche se produit dans des conditions diverses : soit par des baisers, soit par le contact de doigts contaminés que l'on a porté directement aux lèvres, soit par l'usage commun de vases de ménage ; les ouvriers verriers, en se passant rapidement l'un à l'autre les tubes qui leur servent à souffler le verre, se transmettent assez souvent des accidents syphilitiques ; enfin les rapports de nourrices à nourrissons sont une cause d'inoculation pour les uns comme pour les autres.

Mais l'inoculation par la bouche a le plus souvent sa source dans les accidents secondaires. On a longtemps nié la transmissibilité des accidents secondaires ; le doute n'est plus aujourd'hui possible, et M. Ricord lui-même qui avait longtemps refusé d'en admettre la réalité, s'est entièrement rattaché à cette opinion. M. Rollet pense que le résultat de l'inoculation des accidents secondaires est toujours un chancre et s'appuie notamment sur les faits de transmission de syphilis congénitale du nourrisson à la nourrice. L'école de l'hôpital Saint-Louis, croit au contraire que le premier accident ainsi transmis peut n'être qu'une érosion peu apparente, assez semblable à la plaque muqueuse et très-difficile à reconnaître. On en a cité des exemples bien authentiques, et nous en avons vu nous-mêmes un cas bien manifeste. Cela explique comment la syphilis passe si souvent inaperçue à son origine, comment des sujets qui n'ont aucune trace de chancre ni sur la bouche ni sur les organes génitaux, sont néanmoins atteints de syphilis constitutionnelle. C'est là sans doute la cause de tant de syphilis dont l'existence ou l'origine est absolument ignorée de ceux qui en sont porteurs. Contester d'une manière absolue la bonne foi des témoignages, invoquer toujours le chancre uréthral, ou le chancre rectal sont des arguments qui ne sont plus de notre époque.

Ces premiers accidents de la syphilis sont souvent assez difficiles à différencier des ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses du psoriasis, de la bouche, ou même des *plaques laiteuses* des fumeurs. Nous n'insisterons pas sur ce point de diagnostic très-bien étudié, notamment dans ces derniers temps par M. Fournier, par M. Mauriac, et par M. Debove. Dans le pharynx, les accidents primaires sont déjà assez rares. On les rencontre encore sur les amygdales et sur les piliers ou à la base de la langue. M. Krishaber m'a dit avoir observé un chancre jusqu'à la face supérieure de l'épiglotte. J'attache la plus grande valeur aux affirmations de M. Krishaber dont la compétence en matière de pathologie laryngée est bien connue, et cependant j'ai de la peine à ne pas croire qu'il ait été victime d'une illusion. Quoiqu'il en soit on n'a jamais observé, que nous sachions, d'accident primitif dans l'infundibulum laryngien lui-même.

La syphilis a été inoculée d'une façon incontestable à la Trompe d'Eustache dans l'opération du cathétérisme, par un spécialiste mort depuis plusieurs années, que les avis réitérés de plusieurs de nos confrères les plus éminents, n'avaient pu décider à renoncer à des habitudes de négligence et de malpropreté ; que cet exemple néfaste et les accidents qui en ont été les conséquences pour les familles les plus honorables, nous servent à jamais d'enseignement ! N'oublions jamais de laver scrupuleusement nos instruments après chaque examen, en les plongeant soit dans l'eau bouillante, soit dans une solution de permanganate de potasse. Autrement nous nous exposerions à porter le virus syphilitique directement sur le larynx, et à y produire ces accidents primitifs qui n'y ont pas encore été observés. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

C. Nous devons étudier ces deux systèmes dans chacun des grands territoires vasculaires. Dès notre entrée dans cette étude, nous aurons à relever des traits communs et quelques traits particuliers. Tout d'abord, nous nous occuperons de l'artère sylvienne, la plus importante et la plus compliquée des trois artères cérébrales. L'histoire des deux autres s'en trouvera ensuite aisément simplifiée.

I. L'artère sylvienne pénètre dans la scissure de Sylvius dont il faut écarter les lèvres pour bien mettre à nu le vaisseau artériel. Mais, auparavant, elle a déjà fourni, par son bord supérieur, dans une région qu'on appelle l'*espace perforé antérieur*, une série d'artères qui s'insinuent parallèlement les unes aux autres dans chacun des trous de cet espace perforé lequel est formé par de la substance blanche. Ce sont là les *artères des noyaux gris centraux* ou, d'une façon plus spéciale, les *artères du corps strié*. Nous laisserons de côté, pour l'instant, le système des noyaux gris pour ne nous attacher qu'au système cortical.

Dans le fond de la scissure de Sylvius, se voit l'insula de Reil au niveau duquel l'artère sylvienne se divise en quatre branches qui méritent chacune un nom particulier. Ces branches suivent les sillons qui séparent les circonvolutions de l'insula auquelles elles fournissent des vaisseaux. Elles se recourbent ensuite, de dedans en dehors, pour remonter à la surface de l'hémisphère, où elles se distribuent, ainsi que nous le disions tout à l'heure, sur un certain nombre de circonvolutions fondamentales, formant-là autant de petits territoires secondaires qui correspondent à chacune de ces circonvolutions (*Fig. 24*).

Nous n'insisterons pas davantage quant à présent sur cette description, et nous allons examiner plus à fond le mode suivant lequel les artères corticales se divisent et se ramifient dans l'épaisseur de la pie-mère avant de pénétrer dans la pulpe cérébrale.

Immédiatement, je dois vous faire remarquer que les branches, issues de la sylvienne, se partagent en rameaux de troisième ordre, au nombre de deux ou trois pour chaque tronc secondaire. Ces rameaux *tertiaires* constituent ainsi une sorte de squelette vasculaire sur lequel est greffé tout un système d'*arborisations*. C'est un système particulier très-original de petits vaisseaux qui partent non-seulement des extrémités des rameaux, mais encore de leurs troncs eux-mêmes. Contrairement aux assertions de la plupart des auteurs, M. Duret affirme que ces *arborisations* ne s'anastomosent pas entre elles, tandis que les *rameaux* communiquent quelquefois avec ceux des territoires voisins (*Fig. 25*).

Les *ramifications* et les *arborisations* sont situées dans le plan de la pie-mère. Du côté de la face interne de cette membrane, elles donnent naissance aux *artères nourricières* de la pulpe encéphalique, lesquelles pénètrent celle-ci perpendiculairement. Tous ces vaisseaux nourriciers

(1) Voir les n[os] 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

sont déjà des capillaires, suivant la nomenclature de M. Ch. Robin. Ce caractère les distingue des vaisseaux des ganglions centraux qui s'enfoncent dans la substance blanche de la base du cerveau (espace perforé antérieur) alors qu'ils ont encore les dimensions et la structure des artères.

Le moment est venu d'observer de plus près, sur des cou-

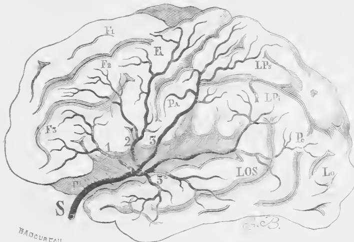


Fig. 24. — Distribution de l'artère sylvienne. (Figure demi-schématique). — S, tronc de l'artère sylvienne qui pénètre dans la scissure de Sylvius et dont les branches divergent entre les circonvolutions de l'insula. — P, branches perforantes destinées aux noyaux gris centraux. — **1**, artère de la circonvolution de Broca, ou frontale externe et inférieure. — **2**, artère frontale ascendante. — **3**, artère pariétale ascendante. — 4 et 5, artères pariéto-sphénoïdale et sphénoïdale.

F1, F2, F3, 1re, 2e et 3e circonvolutions frontales. — Fa, circonvolution frontale ascendante. — Pa, circonvolution pariétale ascendante. — LPs, lobule pariétal supérieur. — LPi, lobule pariétal inférieur. — Pc, pli courbe. — Lo, lobe occipital.

pes susceptibles d'être examinées au microscope, les particularités relatives à ces *artères nourricières*.

Sur des coupes d'ensemble d'une circonvolution faite per-

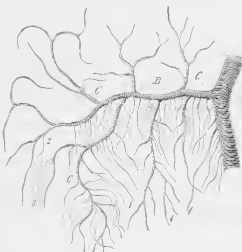


Fig. 25. — **A**, artère principale. — B, arborisation primitive. — CC, arborisations secondaires. — 1, 1, 1, artères médullaires. — 2, 2, artères corticales. — 3, réseau des artères corticales dans la pulpe cérébrale (1).

pendiculairement à la surface, on distingue d'abord à la périphérie la substance grise qui se montre sous la forme d'un feston ayant une épaisseur de 2 à 3 millimètres ; puis en dedans la substance médullaire composée de fibres rayonnantes et de fibres commissurales reliant une circonvolution à sa voisine. Comment, sur de pareilles coupes, se comportent les artères ? On y distingue aisément deux sortes d'artères nourricières, ainsi que l'ont reconnu, du reste, depuis longtemps plusieurs auteurs et en particulier Todd et Bowmann. De ces artères, les unes sont *longues*, les autres sont *courtes*.

1° Les *artères longues* ou autrement dit *médullaires* se détachent des *ramifications* ou bien sont la terminaison des *arborisations*. On en voit douze ou quinze sur une coupe de circonvolution : trois ou quatre à la surface libre ; les autres se distribuent sur les deux versants ou dans le sillon de séparation. Les artères du sommet sont verticales ; l'une d'elles occupe en général la partie médiane de la circonvolution ; les artères du versant sont obliques ; celles qui occupent le fond des sillons se montrent de nouveau verticales. Ces artères pénètrent dans le centre ovale jusqu'à une profondeur de trois à quatre centimètres ; elles progressent sans communiquer entre elles autrement que par de fins capillaires, et constituent de cette façon autant de petits systèmes indépendants. Disons enfin qu'elles s'approchent, par leur terminaison, de l'extrémité du système des artères centrales, mais qu'il ne s'établit *aucune communication entre les deux systèmes*. Il résulte de cette disposition qu'il y a là, sur les confins des deux domaines, une espèce de terrain neutre où la nutrition s'opère moins énergiquement. Ce terrain neutre est plus spécialement le siége de certains *ramollissements lacunaires* séniles centraux.

2° Les *artères nourricières courtes* ou *corticales* ont la même origine que les longues ; elles sont seulement plus grêles, plus courtes et s'arrêtent pour ainsi dire en chemin. Les unes vont jusqu'à la limite de la couche grise, du côté du centre médullaire ; les autres s'étendent moins loin et se terminent dans l'épaisseur de la couche grise. Ces artères courtes donnent naissance à des vaisseaux capillaires qui, conjointement à ceux qui émanent des artères longues, forment les mailles d'un réseau.

Dans les circonvolutions, le réseau possède les caractères suivants : 1° La première couche a une épaisseur d'un demi-millimètre ; elle est peu vascularisée ; 2° La seconde couche correspond aux deux zones de cellules nerveuses ; là, le réseau vasculaire est très-serré, à mailles polygonales très-fines ; 3° sur la limite de cette couche, les mailles deviennent plus larges ; 4° Enfin, dans la substance médullaire, les mailles sont plus larges encore et allongées verticalement.

Des renseignements qui précèdent, il résulte que, au point de vue de la distribution artérielle, l'écorce grise et l'écorce blanche sous-jacente sont solidaires puisque les vaisseaux qu'elles reçoivent dérivent également des artères qui rampent dans la pie-mère. Ceux-ci sont-ils oblitérés sur un point ? La substance grise et la substance blanche souffriront simultanément dans les parties correspondantes, et pourront subir cette sorte de mortification qu'on nomme le ramollissement cérébral ischémique. La disposition réciproque des parties permet de vous donner un schéma du ramollissement superficiel.

Vous vous rappelez la distribution générale des vaisseaux nourriciers. Ils se dirigent parallèlement les uns aux autres vers les parties centrales comme autant de rayons. La région blanche et la région grise de l'écorce peuvent donc, en tant que départements vasculaires, être divisées en un certain nombre de *coins* dont la base est vers l'encéphale et le sommet tronqué dirigé vers les parties centrales. C'est, en effet, la forme qu'affectent la plupart des *ramollissements* dits *superficiels*. Cela remet immédiatement en mémoire l'aspect des infarctus de la rate et du rein. Si le ramollissement est ancien, c'est-à-dire s'il date déjà de quelques semaines, la substance grise paraît déprimée, en raison de la destruction que ses éléments ont subi et de l'effondrement concomitant de la substance blanche sous-jacente.

La partie superficielle du foyer forme ce qu'on appelle une *plaque jaune*. La coloration jaune appartient exclusivement à la substance grise, la substance blanche, ramollie, étant seulement blanchâtre ou quelquefois légèrement teintée de jaune.

A. Nous avons supposé, dans ce cas, qu'il s'agisssait de l'oblitération d'une branche de deuxième ou de troisième

(1) Cette figure est empruntée au travail de M. Duret inséré dans les *Archives de physiologie*, 1874, p. 312.

ordre. L'oblitération du tronc de la sylvienne elle-même pourrait avoir pour effet d'amener la nécrose de toute l'écorce grise et de l'écorce blanche sous-jacente.

Les parties centrales seraient totalement épargnées si l'oblitération siégeait au-dessus de l'origine des artères du corps strié.

B. Il ne faudrait pas croire, Messieurs, que toutes les oblitérations de ce genre produiront nécessairement, toujours, à coup sûr, des effets aussi désastreux. Il est des cas, rares à la vérité, où une telle oblitération portant soit une branche de l'*artère sylvienne*, soit sur le tronc de cette artère, — je prends ici la sylvienne pour exemple, mais ce que je vais en dire pourrait s'appliquer tout aussi bien à la *cérébrale antérieure* ou à la *cérébrale postérieure* — il est des cas, dis-je, dans lesquels l'oblitération en question ou bien reste sans résultat appréciable, ou bien ne détermine que des effets passagers.

S'il en est ainsi, Messieurs, cela tient à ce que les trois grands territoires vasculaires qui se partagent l'écorce du cerveau et les départements en lesquels ils se divisent, ne sont pas, rigoureusement parlant, des territoires isolés, autonomes. Ils peuvent communiquer et communiquent en effet, dans la règle ordinaire. Mais, ces communications sont-elles faciles, constantes, ou, au contraire, sont-elles des voies accidentelles, indirectes, souvent impraticables? C'est là un problème sur la solution duquel nos auteurs ne sont pas d'accord.

M. Heubner prétend que les communications en question sont très-faciles, qu'elles se font par l'intermédiaire de vaisseaux qui n'auraient pas moins d'un millimètre de diamètre. Il fonde cette assertion sur des résultats d'injections qui lui auraient montré constamment que la matière poussée dans l'un quelconque des départements, soit par le tronc principal, soit par les rameaux, pénètre toujours avec rapidité dans les autres territoires.

Il fait appel aussi à des cas pathologiques qui indiquent que l'oblitération d'un des vaisseaux du système cortical ou de ses branches ne s'est révélée pendant la vie par aucun symptôme évident, cas dans lesquels, la mort étant survenue, la pulpe cerébrale, dans les parties correspondantes à l'oblitération, n'a présenté, à l'autopsie, aucune trace de ramollissement.

En premier lieu, pour ce qui concerne les faits pathologiques invoqués par M. Heubner, nous devons reconnaître qu'ils existent en réalité, cela est incontestable. Toutefois, si j'en juge d'après les observations très-nombreuses que j'ai été à même de recueillir, ils sont véritablement très-rares.

Il est certain, d'un autre côté, que, dans le domaine de l'anatomie normale, les choses sont loin d'être toujours, tant s'en faut, telles que M. Heubner les a vues. Les observations de M. Duret, à cet égard, ont été multipliées et à peu près toujours concordantes.

Voici, brièvement, ce qu'elles nous apprennent:

On place une ligature sur les trois artères principales de la base de l'encéphale, des deux côtés, immédiatement au-delà de l'origine dans le cercle de Willis. On pousse alors dans la sylvienne une injection. Celle-ci remplit d'abord le territoire de la sylvienne et, dans la majorité des cas, elle en dépasse les limites. La matière à injection envahit les territoires voisins en y pénétrant peu à peu. Cette invasion se fait de la périphérie vers le centre du territoire envahi. Elle s'opère par l'intermédiaire de vaisseaux de petit calibre appartenant au système des *ramifications*, n'ayant par conséquent qu'un quart ou un cinquième de millimètre de diamètre, contrairement à l'opinion de M. Heubner qui prétend qu'il s'agit, en pareille circonstance, de vaisseaux artériels d'un millimètre de diamètre.

Le nombre des anastomoses de territoire à territoire est d'ailleurs très-variable. Il est des cas où l'on peut injecter isolément un seul des trois grands territoires, les anastomoses ne suffisant pas pour permettre à l'injection d'entrer dans les territoires voisins. La communication qui se fait dans la zone périphérique d'un territoire vasculaire explique pourquoi l'oblitération d'un tronc principal a souvent pour conséquence le ramollissement isolé des parties centrales du territoire, les parties périphériques demeurant indemnes.

Telles sont les conclusions de M. Duret. Elles sont, à mon sens, plus conformes aux faits pathologiques que celles de M. Heubner. J'ajouterai que M. Cohnheim qui, de son côté, s'était livré à un certain nombre d'injections partielles des artères encéphaliques, avait conclu dans le même sens que M. Duret. Si les artères de l'encéphale, a-t-il dit, ne sont pas absolument des artères *finales* ou *terminales*, — nous allons dire ce que M. Cohnheim entend par ce mot — elles se rapprochent considérablement de ce type.

Sous le nom d'*artères terminales* ou *finales* (*Endarterien*) M. Cohnheim catégorise ingénieusement les artères ou les artérioles qui, dans leur trajet, depuis leur origine jusqu'aux capillaires, ne fournissent ou ne reçoivent aucun rameau anastomotique. Un exemple d'artères terminales, commode pour l'étude, est fourni par la langue de la grenouille qui est transparente et sur laquelle il est aisé de suivre, *de visu*, tous les effets d'une oblitération sous le microscope. Vous voyez sur ces dessins schématiques les conséquences diverses d'une oblitération d'une artère terminale. Ils se produisent d'une manière fatale. Si nous considérons, par opposition, une artère à anastomoses, le cours du sang se rétablit en général avec facilité, au-dessous du point lésé, par les anastomoses. Or, celles-ci peuvent être oblitérées à leur tour, et il s'ensuit qu'une artère qui, dans les conditions normales, n'est point une artère *terminale*, le devient accidentellement.

La circulation de l'encéphale fournit un grand nombre d'exemples d'artères terminales. Ainsi, sans compter les ramifications qui existent dans la pie-mère, nous pouvons signaler les artères nourricières. Nous verrons encore que le système des artères des ganglions centraux est construit tout entier et rigoureusement sur ce modèle. Le même type se retrouve dans tous les autres systèmes circulatoires où se produisent soit pathologiquement, soit expérimentalement, ces lésions par oblitération vasculaire que l'on a coutume de désigner sous le nom d'*infarctus*. Tels sont la rate, le rein, le poumon et la rétine. Tous les viscères, et cette remarque appartient à M. Cohnheim, où les infarctus ne se produisent pas dans la règle, ne sont pas soumis à ce mode de distribution artérielle. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique. — Stations maritimes.

Nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs et des administrateurs sur une discussion intéressante qui vient d'avoir lieu à la *Société de chirurgie*, à propos d'une communication faite par M. Verneuil, au nom de M. le professeur Saxtorf (de Copenhague) sur le pansement des plaies par la méthode de Lister.

M. Verneuil s'est trouvé conduit à rappeler les conditions qui trop souvent rendent inutiles les efforts et le talent des chirurgiens des hôpitaux. Il a insisté plus particulièrement sur l'influence déplorable qu'exerce le milieu nosocomial et rappelé que malgré l'opposition courageuse des membres de la *Société de chirurgie*, l'administration impériale n'en a pas moins persisté à entreprendre la construction du nouvel Hôtel-Dieu.

Ayant parlé incidemment de la marche des plaies consécutives aux opérations chez les scrofuleux, M. Verneuil a ainsi amené plusieurs de ses collègues à signaler quelques lacunes regrettables qui existent dans notre organisation hospitalière. Les hôpitaux consacrés aux enfants sont insuffisants. Beaucoup, atteints d'affections chroniques et qui pourraient guérir ne peuvent être reçus dans les hôpitaux encombrés, et meurent faute de soins. Pour porter remède

à une situation aussi déplorable, il serait nécessaire, comme le propose M. Marjolin, de multiplier les établissements analogues à celui de Berck-sur-Mer. Lors de l'inauguration de cet établissement, vers 1865, les journaux ne tarirent pas d'éloges sur la bienfaisance d'un Gouvernement qui faisait de si grandes choses pour les malheureux. Or, il n'y avait pas tant à se féliciter; car, déjà, on comptait en Italie une quinzaine d'établissements maritimes destinés à recueillir les enfants scrofuleux ou convalescents. Il serait donc d'une bonne administration que le Conseil municipal de Paris s'occupât de créer de nouveaux asiles pour les convalescents et pour les enfants affectés de maladies chroniques.

Il serait aussi très-avantageux, ainsi que l'a fait remarquer M. Larrey, d'instituer pour les convalescents des hôpitaux civils, des stations thermales ou maritimes sur le modèle de celles qui sont annexées aux hôpitaux militaires. Peut-être y aurait-il lieu aussi d'organiser, soit sur le littoral de la Méditerranée, soit en Algérie, un établissement où l'on pourrait envoyer les malades atteints de phthisie.

Ces propositions de réforme font le plus grand honneur à la *Société de Chirurgie* et l'on ne saurait trop l'en féliciter. Que l'administration de l'Assistance publique s'occupe de leur réalisation et personne ne lui marchandera les éloges. Cela vaudra certainement mieux que d'être à la recherche de mesures vexatoires, soit contre les indigentes des hospices, soit contre les employées laïques de ces mêmes établissements.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 juin 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. POUCHET communique au nom de M. Jobert et au sien quelques observations qu'il a faites sur certains organes des sens de divers animaux : Balanes, anatyphes. De ces animaux les uns sont immobiles, d'autres présentent une mobilité plus ou moins grande. Or, MM. Pouchet et Jobert ont reconnu que plus l'animal est fixe, plus les deux yeux sont éloignés l'un de l'autre. Chez la balane qui ne présente aucune mobilité, les deux yeux se confondent en un seul. Les larves de ces animaux, au contraire, sont libres et se meuvent avec facilité; leurs yeux sont complétement distincts.

M. BLOCH communique quelques expériences sur le degré variable de température à laquelle la main peut être brûlée suivant les différents liquides.

M. CUFFER communique l'observation d'un malade du service de M. le Dr Millard à l'hôpital Lariboisière. C'est un cas de paralysie bulbaire avec hémiatrophie de la langue survenue dans le cours d'une ataxie locomotrice. La sclérose des cordons postérieurs de la moelle paraît avoir débuté il y a 8 ans. Après une rémission de 4 années, les symptômes se sont accentués, la maladie s'est parfaitement caractérisée : incoordination des mouvements sans paralysie, ni contractures.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate tous les signes de l'ataxie locomotrice, et, de plus, un commencement d'atrophie des muscles de l'éminence de la main droite. Cette atrophie de la main a débuté, au dire du malade, il y a dix huit mois, en même temps que se sont montrés des troubles de la vision, de la perversion des fonctions génitales. Deux mois après, le malade a éprouvé de l'embarras de la parole. En examinant la langue, on voit qu'elle est manifestement atrophiée du côté droit. Ce côté atrophié présente la forme de circonvolutions bien décrite dans l'atrophie de la langue; on le voit aussi agité de contractions fibrillaires très accusées. Les mouvements de la langue auxquels préside le grand hypoglose sont abolis.

Enfin, les mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure sont impossibles, ce qui prouve que le noyau moteur du trijumeau est atteint également. Les mouvements de la face sont conservés.— Pas de troubles de la sensibilité de la langue, ni de la face. — Pas de troubles circulatoires, ni respiratoires.

On voit donc que, chez ce malade, il y a tous les signes de la sclérose des cordons postérieurs. L'irritation a dû gagner la corne antérieure droite de la moelle, d'où l'atrophie de la main droite, puis remonter vers le bulbe où elle a intéressé le noyau du grand hypoglosse droit, et le noyau moteur du trijumeau, d'où hémiatrophie droite de la langue avec pertes des mouvements, et abolition des mouvements de latéralité de la mâchoire. On ne trouve, dans les auteurs, aucun cas de ce genre dans le cours de l'ataxie locomotrice.

M. BOURNEVILLE fait une communication *sur quelques points de l'action physiologique du nitrite d'amyle et sur son emploi dans le traitement de l'épilepsie.* (Sera publiée prochainement).

M. JOBERT expose le résultat de ses recherches sur le sens de l'olfaction de certains crustacés. Chez ces animaux l'olfaction est d'une délicatesse extrême. L'opinion de M. Edwards qui place l'organe de l'olfaction à la base des antennes internes paraît fausse à M. Jobert. En faisant des coupes successives, M. Jobert est arrivé à cette conclusion qu'on ne pouvait encore affirmer quel était le siége du sens de l'olfaction chez les crustacés.

Appendice à la séance du 5 juin.

M. DE SINÉTY a étudié les ovaires à partir du troisième mois de la vie intra-utérine. A cette époque on trouve déjà deux espèces de cellules. Les unes petites, les autres beaucoup plus grandes, avec un gros noyau sont les ovules primordiaux. Ces cellules sont disposées sans ordre bien régulier et forment de petites masses, séparées par de fines travées de tissu conjonctif. A cet âge, comme au moment de la naissance, l'ovaire proprement dit n'est constitué que par ce qui sera plus tard la substance corticale.

Quant à la substance médullaire, elle n'est représentée que par un pédicule formé par du tissu conjonctif embryonnaire et des vaisseaux et qui supporte l'ovaire. A 5 mois, on trouve déjà des follicules primordiaux formés par une couche de tissu conjonctif et une couronne de petites cellules entourant l'ovule. A 7 mois, on observe un beaucoup plus grand nombre de follicules primordiaux. On commence à trouver en outre des productions, dites tubes de Pflüger, qui, par des étranglements successifs, contribueront à former des follicules.

Mais c'est vers le neuvième mois et dans les quelques semaines qui suivent la naissance, qu'on peut le mieux les étudier. A cet âge, ces tubes s'anastomosent entre eux, communiquent avec l'épithélium de la surface de l'ovaire et contiennent les mêmes cellules qui forment cet épithélium. Sur les ovaires des nouveau-nés, on trouve presque toujours des follicules de de Graaf visibles à l'œil nu, contrairement à ce qui a été dit par beaucoup d'observateurs.

Dans les quelques jours qui suivent la naissance on trouve souvent des follicules aussi développés que chez la femme adulte, et formant de véritables ovaires kystiques. Dans tous ces kystes, on observe des ovules, qui ne peuvent laisser aucun doute sur leur origine. Il est probable que cette poussée qui se fait du côté de l'ovaire est en rapport avec ce qui se passe du côté de la mamelle à cet âge. Le nombre des faits n'est pas encore assez considérable pour permettre d'affirmer ce rapport comme constant. Il serait intéressant de rechercher ce qui se passe à cet âge du côté du testicule. Ces faits peuvent être rapprochés de ce que l'on observe si souvent au moment de la puberté, chez les jeunes gens des deux sexes.

Dans ces ovaires kystiques des enfants, il y a souvent des cicatrices et des follicules à divers degrés d'atrophie. Ce qui prouve que ces follicules peuvent se résorber malgré le développement considérable qu'ils ont atteint. Ces cicatrices ont aussi une importance au point de vue du développement ultérieur de l'ovaire. En s'organisant, elles font pénétrer de plus en plus le tissu conjonctif et les vaisseaux dans l'ovaire. C'est ainsi que se forme peu à peu la substance médullaire, qui repousse de plus en plus à la périphérie la couche corticale contenant les ovules.

Vers l'âge de 5 ans les deux substances, médullaire et corticale, se partagent l'ovaire à peu près également.

Tandis qu'à l'état adulte la couche corticale n'occupe plus qu'à peine le quart de l'organe, à quelque époque de la vie qu'on étudie l'ovaire on voit que les follicules de Graaf les plus développés sont toujours les plus rapprochés de la partie vasculaire. On dirait que, recevant plus de nourriture, ils vivent d'une vie plus active.

MM. Nicati et Tarchanoff communiquent le résultat de leurs *Recherches sur les variations de nombre des globules blancs dans le sang veineux de l'oreille du lapin sous l'influence de la section du sympathique*, de la constriction totale de l'oreille, de la compression isolée des veines et des excitations inflammatoires. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président donne lecture d'un décret du Président de la République ratifiant le choix fait de M. Béclard, par l'Académie pour la représenter à la Commission d'hygiène de l'enfance.

M. Devilliers, au nom de Verrier, lit une note sur un *monstre anencéphale* et présente le squelette. Le fœtus fut expulsé un peu avant terme par une femme qui avait déjà eu plusieurs grossesses normales et avait donné le jour à des enfants bien conformés. Les organes thoraciques et pelviens du monstre sont normaux, cependant les poumons sont très-petits. Il n'y a pas de moelle épinière et on n'a pas pu rechercher l'origine des nerfs. Le système osseux est rachitique.

La tête est constituée par l'occipital et les pariétaux aplatis, une partie du frontal également aplatie qui porte les orbites regardant directement en haut. Il n'y a que 2 vertèbres cervicales, 5 vertèbres lombaires et le sacrum. Les côtes s'articulent avec les vertèbres lombo-sacrées. Les membres supérieurs et inférieurs sont normaux ainsi que le bassin.

M. Depaul fait remarquer que les vertèbres cervicales seules manquent. Les vertèbres dorsales existent, mais elles sont dissimulées par une cyphose. Le monstre rentre dans une catégorie étudiée et décrite par Geoffroy-Saint-Hilaire.

M. J. Guérin a vu un anencéphalien analogue à celui que M. Devilliers présente. Les vertèbres cervicales étaient aussi dissimulées par une cyphose.

M. Piorry communique une note *sur l'asphyxie produite par l'écume bronchique.* L'auteur, après des expériences et une pratique de 50 ans, est persuadé que les vésicules pulmonaires de l'homme sain, ne contiennent absolument que de l'air. Dans certains cas pathologiques il se produit une écume qui amène rapidement la mort par asphyxie.

M. Giraud-Teulon donne lecture d'un travail intitulé : *Des troubles fonctionnels de la vision et de leurs rapports avec le service militaire.* L'auteur divise son travail en deux parties. Dans la première, il étudie les troubles visuels au point de vue de l'armée active ou de combat, de l'armée territoriale et des services spéciaux et auxiliaires. Il indique les affections qui devraient exempter tout-à-fait et celles qui devraient mettre dans telle ou telle catégorie. Sur ce sujet, l'instruction ministérielle laisse beaucoup à désirer et prête à la critique. La seconde partie du mémoire indique les différents moyens à employer pour bien reconnaître les troubles visuels et empêcher la fraude.

M. le Président annonce que M. Tholozan, membre correspondant, assiste à la séance et que, la discussion sur l'*Etiologie du choléra* pourra être reprise à la prochaine séance. — A 5 heures moins un quart, comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hirtz sur les titres des candidats à la place vacante dans la première section des correspondants nationaux. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 février. — Présidence de M. Charcot.

21. Déviation spéciale du crâne (*Obliquité par propulsion unilatérale*); par M. Mocquot, externe des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique un crâne recueilli à l'hospice des Enfants Assistés. Il provient d'un petit malade âgé de cinq mois, qui a succombé à l'affection que M. Parrot désigne sous le nom d'athrepsie. Ce crâne offre un type caractéristique de la déformation que M. Guéniot a signalée pour la première fois, et qu'il a décrite sous la dénomination d'*obliquité par propulsion unilatérale.* Cette déformation est ici très-marquée et elle est manifeste quelle que soit la face du crâne que l'on examine.

Si nous considérons ce crâne extérieurement, et si nous comparons les parties homonymes, nous trouvons un aplatissement très-prononcé de la région occipito-pariétale droite, mais portant surtout sur la partie postérieure et inférieure du pariétal droit. La bosse pariétale est notablement plus saillante à droite qu'à gauche et sur un plan un peu supérieur. La moitié droite du frontal est plus proéminente en avant que la moitié gauche. La suture fronto-pariétale est un peu plus antérieure à droite qu'à gauche ; en outre on remarque à son niveau une bosse très-marquée du côté droit, tandis qu'à gauche il existe un méplat.

Sur la base, la déformation la plus saillante consiste dans a position asymétrique des trous auditifs externes ; le droit paraît notablement plus antérieur que le gauche. En effet, si l'on mesure la distance qui sépare l'épine nasale du maxillaire supérieur du trou auditif externe du côté droit, on trouve 60 millimètres, tandis qu'à gauche, la même distance est de 62 millimètres.

A l'intérieur du crâne et du côté de la voûte, nous remarquons des déformations correspondantes à celles que nous avons décrites sur la face : aplatissement de la fosse occipito-pariétale droite, et en revanche saillie légère de la fosse frontale du même côté ; mais le fait le plus remarquable est la profondeur considérable de la fosse pariétale droite à sa partie moyenne.

En dessinant exactement le contour du crâne et en mesurant les distances du centre à des points symétriques sur chaque côté de la courbe, nous trouvons successivement pour la partie antérieure, en partant de la suture frontale, les dimensions suivantes : A gauche, 64 millimètres, 63, 62, 60, 57, 56 ; à droite, 65 millimètres, 66, 65, 61, 57, 56 ; — pour la partie postérieure, en partant de la partie médiane de l'occipital : à gauche, 65 millimètres, 67, 67, 67, 65, 64, 61, 60, 57 ; à droite, 63 millimètres, 64, 64, 63, 63, 62, 61, 60, 57.

Sur la base du crâne la déformation existe également. Si l'on mesure les diamètres obliques, on trouve que celui qui s'étend de la bosse frontale droite à la partie moyenne de la fosse occipitale gauche a une étendue de 117 millimètres, tandis que le diamètre correspondant n'a que 112 millimètres.

On peut donc par conséquent considérer toute la moitié droite du crâne comme propulsée en avant, la moitié gauche restant en place ; d'où son nom : déviation par propulsion unilatérale.

Cette déformation dont nous venons d'esquisser rapidement les principaux traits est causée par une pression trop prolongée sur la région occipito-pariétale droite, et dont la cause est dans le décubitus ordinaire des enfants. Dans le cas actuel, l'enfant pendant son séjour à l'infirmerie, qui a été d'un mois, n'avait pas de nourrice, et par conséquent restait presque continuellement couché. Or, le décubitus ordinaire était latéral droit, comme cela a lieu presque toujours ; d'où le siége de la déformation à droite.

M. Giraldès. Il est fâcheux que l'on n'ait pas fait l'examen du cerveau ; car il existait peut-être une lésion qui a pu contribuer à la déformation du crâne. J'ai vu des enfants présentant une hypertrophie du cerveau avoir dans le point correspondant un amincissement des os, à tel point que le pariétal ressemblait à une écumoire ; par suite, on comprend qu'une lésion de ce genre puisse aussi déformer le crâne chez les nouveau-nés, et je crois que l'on doit tenir compte ici de l'influence du cerveau sur le crâne ; que cette influence ne soit pas très-grande, le fait est possible, mais on ne peut le nier d'une façon absolue.

M. Parrot. Il importe de faire ici une distinction entre deux groupes de faits. Dans ceux auxquels M. Giraldès vient de faire allusion, l'altération des os occupe toujours le même

siége ; on la constate au niveau de l'occipital et surtout à la partie postérieure des pariétaux ; cette altération des os est le fait de la compression exercée sur eux par une lésion localisée des circonvolutions ; il se produit une sorte d'usure, analogue à celle que déterminent les battements des artères contre les os. Au contraire, dans le fait de M. Mocquot et dans les cas semblables, on trouve une déformation en masse portant sur les deux côtés en sens inverse ; le crâne est aplati d'un côté et fait saillie de l'autre côté ; ici ce n'est plus une usure locale, c'est une déformation produite par la pression.

M. Giraldès. J'admets très-bien le rôle exercé par la pression sur la tête encore molle d'un nouveau-né, mais je ne crois pas qu'on puisse considérer comme nulle l'influence du cerveau ; le plus grand nombre des déformations du crâne, et en particulier beaucoup de celles qu'on a rattachées à l'influence des races sont au contraire le résultat de lésions cérébrales.

28. Syphilis viscérale; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

X..., âgée de 32 ans, entrée le 5 janvier 1875, à l'hôpital Lariboisière (service de M. Millard). Cette femme commença, il y a un an environ, à éprouver des troubles digestifs et des douleurs dans l'hypochondre droit. Jamais d'ictère, jamais de coliques hépatiques. Quelque temps après le début de sa maladie, elle fut prise de vomissements de sang qui durèrent quelque temps. Ces accidents se manifestèrent par intervalles pendant cinq mois, puis cessèrent tout à fait. Mais il y a quatre mois, les vomissements reparurent, et pendant un mois, la malade eut chaque jour du melæna. — Il y a deux mois le ventre commença à enfler. Ce gonflement alla constamment en augmentant, et le 5 *janvier* 1875, à l'entrée de la malade, on constata un épanchement ascitique assez considérable. La circulation collatérale était très-développée. Le *foie* assez volumineux, débordait les fausses-côtes.

L'aspect de la malade était celui qu'on observe dans la cirrhose hépatique. face et membres supérieurs amaigris, ainsi que les cuisses. Les jambes présentaient un volume considérable dû à la présence de nombreuses ulcérations. Ces ulcérations avaient l'aspect d'une syphilide tuberculeuse ulcérée ; mais les lésions étaient surtout caractéristiques au genou gauche, où l'on voyait deux ulcérations en forme de C.

On constatait aussi un hydrothorax double, et des signes d'œdème pulmonaire. Les bruits du cœur étaient normaux. Pas d'albuminurie.

A quelle cause fallait-il rattacher la lésion du foie ? On ne trouvait, dans les antécédents de la malade, ni habitudes alcooliques, ni affection cardiaque, ni fièvres intermittentes. Malgré les réponses négatives de la malade au sujet de la syphilis, M. Millard porta le *diagnostic* de syphilis viscérale, en se basant sur la présence des ulcérations des jambes et sur les douleurs nocturnes que ressentait la malade dans les membres inférieurs.

Pendant les vingt jours de séjour à l'hôpital, la maladie fit de grands progrès, la cachexie se prononça de plus en plus, et la malade mourut le 20 *janvier*.

L'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie. Voici en effet les lésions que nous avons trouvées :

Les *poumons* présentent quelques points de pneumonie caséeuse. Les deux lobes inférieurs sont le siége d'une pneumonie interstitielle très-manifeste ; en un point du lobe inférieur gauche, on trouve un épaississement considérable du tissu conjonctif avec dilatations bronchiques.

Le *cœur* est sain. La *rate* a son volume normal ; elle est assez résistante à la coupe, mais elle ne présente pas d'altération notable.

Le *foie*, volumineux, est complétement déformé par la rétraction du tissu conjonctif qui présente un développement considérable, c'est principalement à la face inférieure du foie que ces altérations sont marquées.

Le foie est labouré de sillons profonds, donnant lieu à de larges ilots qui rendent sa surface inégale et bosselée. De ces sillons, partent de larges bandes fibreuses qui se perdent dans l'épaisseur de l'organe, et circonscrivent des espaces plus ou moins considérables de substance hépatique. Cette altération est inégalement répartie dans le foie. Les lésions sont beaucoup plus accentuées dans le lobe gauche et sur la face inférieure du foie.

Sur une coupe faite au niveau du lobe gauche du foie, coupe intéressant la cicatrice que l'on remarque sur la face convexe de ce lobe, on voit une masse fibreuse, blanche, résistante, se continuant avec la cicatrice superficielle, pénétrant profondément dans le tissu du foie, présentant une épaisseur de deux centimètres. Au centre de cette masse fibreuse, on distingue de petites masses sphériques, jaunâtres, assez résistantes, d'apparence caséeuse, du volume d'un gros pois.

Les autres parties du tissu hépatique présentent une coloration jaunâtre ; elles sont moins résistantes que dans la cirrhose alcoolique ; leur coupe est assez nette, non granuleuse.

Les lésions que nous venons de décrire concordent parfaitement avec les descriptions qui ont été faites de la syphilis du foie. Nous allons voir que l'examen histologique a confirmé les données de l'examen à l'œil nu.

L'*examen microscopique*, dû à l'obligeance de M. Malassez, a montré ce qui suit :

A. Tissu hépatique : On voit partout du tissu conjonctif de nouvelle formation *qui, non-seulement entoure les lobules, mais encore pénètre leur intérieur*. Les cellules hépatiques ont, pour la plupart, subi la dégénérescence granulo-graisseuse. — On trouve encore dans les lobules des masses en dégénérescence amyloïde, de forme arrondie, provenant probablement des vaisseaux.

B. Cicatrice fibreuse. Elle est constituée par du tissu conjonctif à forme fibreuse. Sur le bord de la cicatrice, au voisinage du tissu hépatique, on trouve dans le tissu fibreux des masses amyloïdes et graisseuses, derniers débris des lobules hépatiques. Au voisinage des parties phymatoïdes, on trouve de petites masses de tissu embryonnaire formant autour de la masse phymatoïde un cercle embryonnaire. En dedans de cette zone embryonnaire, le tissu fibreux présente des masses de cellules embryonnaires subissant la dégénérescence graisseuse, et d'autant plus dégénérées que l'on se rapproche du centre. Enfin, tout-à-fait au niveau de la masse phymatoïde, les faisceaux conjonctifs deviennent granuleux.

C. Masse phymatoïde. Elle est formée de granulations résultant de la dégénérescence des cellules embryonnaires et du tissu conjonctif.

La nature de la lésion hépatique est donc parfaitement nette, c'est un foie syphilitique avec production de gommes. Nous en aurons fini avec le foie, lorsque nous aurons dit que la vésicule biliaire était étranglée à sa partie moyenne par une bride de tissu fibreux rétracté. Elle contenait peu de bile. Il nous reste à examiner les reins et les jambes.

Les *reins* sont congestionnés, de volume et de consistance normale. Le rein droit présente, sur sa face antérieure, une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur est implantée sur la surface du rein par un pédicule ; elle ne pénètre pas dans l'épaisseur du rein qui paraît sain au niveau du point d'implantation. A la coupe, cette tumeur est peu résistante, elle offre un aspect granité, elle se laisse facilement déchirer.

Les *jambes* présentent, outre les lésions décrites dans l'observation, une exostose du tibia gauche. Au niveau d'une des ulcérations dont nous avons parlé, le tissu osseux du tibia est nécrosé. On observe en outre de l'ostéo-périostite de la malléole interne.

En résumé, les diverses lésions que nous avons observées sont bien celles d'une *syphilis viscérale*, du moins pour ce qui regarde le *foie* et le *poumon*.

Les ulcérations des jambes sont également de nature syphilitique. La tumeur rénale seule reste indéterminée.

M. Després. Pour faire accepter l'opinion de M. Cuffer, il faudrait d'abord démontrer que la malade avait eu la syphilis. Or, les antécédents sont muets à cet égard, et il me paraît peu évident que l'ulcération de la jambe soit de nature syphilitique. En outre, je ne vois dans le foie rien qui ressemble à des gommes, et je ne trouve à l'œil nu que les caractères de la cirrhose.

———

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 *juin* 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. Marjolin présente au nom de M. Fleury (de Clermont-Ferrand) une observation de rétention d'urine survenue chez une femme à la suite de l'envahissement du canal de l'urèthre par un cancer de l'utérus. M. Fleury fit une ponction vésico-vaginale qui donna issue à l'urine et laissa la canule à demeure pour obtenir une fistule permanente.

M. Verneuil communique un travail de M. le professeur *Saxtorf* (de Copenhague) sur les résultats du pansement antiseptique phéniqué ou pansement de Lister. En prenant toutes les précautions indiquées par l'inventeur, le professeur danois a pu ouvrir huit fois le genou pour en extraire des arthrophytes et n'avoir qu'un seul insuccès; encore est-il une démonstration de l'efficacité du procédé, puisque les accidents sont survenus à la suite du déplacement du pansement. Plus de cent fois, il a ponctionné des hydarthroses de cette articulation, et l'opération a toujours réussi. Un jeune homme de 20 ans, atteint de pyohémie, est opéré d'une orchite purulente et pansé par le procédé antiseptique; il guérit. Ce pansement donne les meilleurs résultats à la suite des amputations des membres. M. Saxtorf a été moins heureux pour les désarticulations de la cuisse. Le travail de l'auteur se termine par la relation de huit cas de trachéotomie et par l'histoire intéressante d'un jeune scrofuleux auquel il dut successivement enlever le calcanéum, amputer le pied gauche, puis le pied droit et enfin la cuisse. Malgré ces graves opérations nécessitées par des lésions osseuses successives, ce jeune homme guérit.

M. Verneuil fait suivre de quelques remarques la lecture du travail de M. Saxtorf. La question du pansement des plaies, dit-il, est aussi vieille que la chirurgie; mais elle présente aujourd'hui un regain d'actualité qui provoque de tous côtés des recherches nombreuses; les uns essaient un topique, les autres s'appliquent à découvrir les causes des accidents qui suivent les opérations chirurgicales. Le temps est proche où l'accord se fera; ce sera lorsque les observateurs s'occuperont de la plaie seule. C'est la doctrine septicémique. Toutes les lésions traumatiques ont de la tendance à la guérison, laquelle peut être empêchée ou retardée: 1° par la constitution du blessé; 2° par le milieu dans lequel il est placé; 3° par la nature même de la plaie. Certes la première et la seconde de ces causes d'insuccès doivent être prises en considération, mais la blessure elle-même constitue le principal danger. C'est par là que le poison s'introduit; c'est là qu'il faut l'arrêter ou le détruire. En un mot, il faut empêcher le *blessé* de devenir un *malade*. C'est sur la blessure que nous avons le plus de prise; sur la constitution du sujet notre action est bien peu efficace, elle l'est encore bien peu sur le milieu lui-même. D'ailleurs, nos édiles semblent prendre à tâche de nous construire des hôpitaux insalubres: — voyez le nouvel Hôtel-Dieu! — On ne saurait donc prendre trop de précautions pour panser une blessure, ici l'excès ne nuit jamais. Combien la chirurgie serait simplifiée et combien son domaine pourrait s'étendre, si les accidents redoutables qui suivent son intervention venaient à être conjurés! Les succès de M. Saxtorf qui ouvre impunément sept articulations du genou; les résultats heureux du pansement ouaté dans le cas de fracture compliquée de la jambe et autres violents traumatismes sont faits pour nous encourager.

Enfin, au sujet du jeune scrofuleux qui a subi successivement quatre graves opérations, M. Verneuil s'élève contre cette croyance générale que les opérations réussissent fort bien chez ces diathésiques et que même l'état général en est amélioré. Il faut suivre ces malades et l'on verra comme ce premier résultat est trompeur. Ou bien de nouvelles manifestations osseuses (car ce sont sont les plus fréquentes), se produisent, ou bien le malade succombe à des accidents viscéraux: tuberculose, albuminurie, etc. Il y a 9 mois un homme tuberculeux est venu dans son service pour se faire opérer d'une tumeur blanche. L'opération réussit et les manifestations pulmonaires furent amendées; il est revenu il y a huit jours avec une arthrite du rachis. Et combien d'autres cas semblables il a observés!

M. Marjolin est de l'avis de M. Verneuil sur les suites des opérations chez les scrofuleux. Il a vu souvent des enfants opérés quelques mois avant, mourir d'affections médicales. Il faudrait donc avant tout modifier la constitution de ces enfants. Cela ne peut se faire qu'à la campagne ou dans des hospices comme celui de Berck. L'orateur se plaint amèrement du manque de places qui occasionne la mort prématurée d'une foule de ces malheureux enfants. — M. Larrey partage la manière de voir de ses deux collègues, il regrette que les hospices civils ne jouissent pas, comme les hôpitaux militaires, de l'avantage de pouvoir expédier les blessés convalescents soit à certaines stations thermales, soit aux bains de mer.

M. Després n'ose entreprendre la discussion sur les idées émises par M. Verneuil sur le pansement des plaies, ce serait trop long; il se borne à objecter qu'un seul pansement est loin de suffire, car chaque blessure offre un danger particulier. Il objecte à M. Marjolin que c'est presque un bienfait que les places manquent dans les hôpitaux d'enfants: certains parents sont trop heureux de pouvoir y faire admettre leurs jeunes malades pour s'en débarrasser. D'ailleurs, le séjour de ces établissements leur est pernicieux; il vaut mieux contraindre les familles à les garder et leur donner des secours à domicile.

M. Marjolin. — M. Després se trompe complétement dans ses appréciations sur les hôpitaux d'enfants. Certes, on voit tous les jours de petits malheureux pour ainsi dire revenir à la vie après les soins et le traitement qui leur sont prodigués dans les services. Que M. Després aille dans les galetas voir de près la misère et la saleté dans lesquelles croupissent ces infortunés, et il jugera par lui-même de l'efficacité des soins à domicile.

M. Verneuil répond à M. Després qu'il n'a pas proposé un seul mode de pansement, mais bien qu'il a indiqué la doctrine qui lui semblait la meilleure. — Il conclut à l'insertion du mémoire de M. Saxtorf dans les comptes-rendus.

M. Rigaud a extirpé quelquefois le calcanéum et n'a perdu qu'un malade. Il fera prochainement, et pièces en main, une communication à ce sujet.

M. Polaillon lit un rapport sur un *appareil obstétrical à tractions multiples*, présenté par M. Pros (de La Rochelle.) M. Blot fait quelques observations à ce sujet. I. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Das chinin nachden neuern pharmakologischen arbeiten dargestellt. — Etude de la quinine d'après les travaux pharmacologiques les plus récents, par le professeur Binz. (Broch. 72 p. Berlin 1875).

Comme l'indique le titre de cette brochure, il ne s'agit pas là de recherches originales. M. Binz a voulu exposer l'ensemble des données acquises dans ces dernières années sur le mode d'action et les propriétés de la quinine. Cent et quelques travaux parus sur ce sujet depuis 1867 forment la bibliographie de ce mémoire; c'est assez dire que ne pouvant suivre l'auteur pas à pas dans sa discussion, nous nous contenterons de relever quelques-uns des faits les plus importants sur l'action physiologique et les applications de ce médicament.

Depuis que M. Binz a mis en lumière en 1867 les propriétés anti-septiques de la quinine, bien des faits nouveaux appartenant à cet ordre d'action ont été constatés. Binz a montré que sous l'influence de la quinine les mouvements amyloïdes des leucocytes étaient paralysés en quelques heures. L'action sur les globules contenus encore en circulation est identique, car des expériences du même auteur lui ont montré qu'on pouvait, avec quelques précautions, arrêter la diapédèse des leucocytes et diminuer, dans une proportion considérable, leur proportion dans le sang des animaux vivants en leur administrant des doses qui ne produisaient pas d'effets toxiques. — Des expériences plus récentes encore, dues à Rossbach, ont jeté un jour nouveau sur le mécanisme intime de cette action de la quinine sur les produits protoplasmiques organisés, en montrant que l'alcaloïde forme avec le protoplasma une combinaison qui le rend plus rebelle à l'action de l'oxygène. D'autres expériences du même auteur ont montré que la quinine détermine entre l'hémoglobine des globules rouges et

l'oxygène une combinaison beaucoup plus intime que l'état normal et diminue également de cette manière les processus d'oxydation. De ces faits et des observations faites sur les produits de décomposition des végétaux soumis à l'influence de solutions très-faibles $\frac{1}{20000}$ de quinine, l'auteur conclut à la possibilité d'obtenir des résultats analogues par l'administration de la quinine à doses thérapeutiques, et explique ainsi la plupart des effets connus de ce médicament, et en particulier son action antiphlogistique. Cette dernière quoique beaucoup plus considérable chez les fébricitants n'est pas comme on l'a cru, nulle chez l'homme. Zürgensen qui a fait des expériences sur ce point conclut que : 1° Après absorption de fortes doses de quinine, la température de l'homme sain a de la tendance à prendre un type contenu ; 2° La température animale s'élève moins sous l'influence du travail musculaire et revient plus rapidement au point de départ. — D'autres observateurs ont vu la chaleur et la sueur produites par un exercice violent réduite au minimum par l'ingestion de sulfate de quinine ; enfin Binz a vu l'élévation *post-mortem* de la température animale réduite à trois ou quatre dixièmes de degré au lieu de un ou deux degrés par l'administration préalable de la quinine aux animaux soumis à ses expériences.

Quant aux applications pratiques nouvelles du médicament, citons seulement les guérisons rapides obtenues d'abord par Helmholtz, puis par d'autres médecins allemands dans des cas d'asthme d'été ou fièvre des foins ; puis les nombreux succès obtenus par M. Binz dans le traitement de la coqueluche qu'il a presque toujours vue améliorée rapidement par le sulfate de quinine. Il conseille de donner une fois par jour, en potion ou dans du pain azyme, autant de décigrammes de chlorhydrate de quinine que l'enfant a d'années ; il n'a jamais vu d'inconvénient résulter de la médication. E.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation.

XV. Des contractures, par Straus. In-8. Paris, J.-B. Baillière.

« La contracture, dit l'auteur, est une contraction tonique *persistante* et involontaire d'un ou de plusieurs muscles de la vie animale. » Cette définition est un cadre où M. Straus, désirant limiter son vaste sujet, ne veut faire rentrer que : 1° Les contractures liées aux maladies de l'axe cérébro-spinal; 2° Les contractures hystériques ; 3° Les contractures liées aux maladies des muscles et des nerfs avec les contractures partielles ; 4° Les contractures réflexes ; 5° Les contractures dans les maladies par intoxication ; 6° La tétanie.

1° Les maladies cérébrales donnant lieu aux contractures sont nombreuses, M. Straus n'étudiera que celles qui sont nettement circonscrites en foyer (hémorrhagies et ramollissement.) Or dans cet ordre de maladies deux sortes de contractures sont à analyser, les unes précoces, les autres tardives. La contracture précoce, plus fréquente dans l'hémorrhagie que dans le ramollissement, indique non une lésion de la substance blanche ou des corps striés, mais une lésion siégeant à la protubérance, au bulbe, aux pédoncules, dans les méninges et dans les ventricules ; elle peut survenir en même temps que l'ictus apoplectique et son pronostic est grave.

La contracture tardive survenant lentement, un ou deux mois après le début, d'une façon insidieuse, débutant par la main et de là s'étendant aux membres correspondants, auxquels elle imprime des déformations types (flexion ou extension) est une véritable contracture permanente indélébile. Il n'y a pas que les lésions circonscrites en foyer capables de produire ces contractures permanentes ; il existe des cas d'atrophie unilatérale du cerveau qui donnent lieu à ce symptôme ; toutefois, les déformations qui résultent de ces deux causes sont très-différentes : tandis que dans les unes on note des saillies au niveau des jointures déformées, dans les autres au contraire on voit une surface lisse ronde recouvrant les articulations déformées, tenant peut-être à l'atrophie des extrémités osseuses, atrophie à laquelle ne participe pas le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Bouchard en 1866, s'aidant des travaux de Türck, de MM. Charcot et Vulpian et de ses recherches, a décrit la cause anatomique de ces contractures, résultant d'une lésion consécutive de la moelle, lésion que l'on a pu suivre depuis l'hémisphère malade jusqu'à la moelle lombaire en passant à travers l'entrecroisement des pyramides atteintes, elles aussi, dans le faisceau correspondant. — Mais cette lésion, dégénérescence secondaire, ne naît pas indifféremment à l'occasion de toutes les lésions cérébrales primitives, elle survient surtout quand l'hémorrhagie siége dans les corps striés ou dans la capsule interne, fait capital pour l'étude des localisations dans les maladies cérébrales, puisque l'altération des couches optiques, ou du centre ovale, ou de la substance grise des circonvolutions ne donne pas lieu à ces myélites descendantes.

Les contractures permanentes se retrouvent dans les maladies de l'axe spinal et sont liées presque toujours à l'existence d'une sclérose symétrique occupant la partie postérieure des cordons latéraux.

Ces faits d'ailleurs se représentent dans toutes les altérations chroniques de la moelle ; aussi peut-on passer en revue avec le symptôme, contracture permanente, toutes les maladies de l'axe spinal : Myélite transverse primitive ou consécutive (mal de Pott), sclérose en plaques, atrophie musculaire progressive, pachyméningite cervicale hypertrophique (tant il est vrai que les lésions systématiques peuvent, comme l'a dit M. Charcot, s'étendre et dépasser le département spécial qu'elles envahissent primitivement), paralysie spinale infantile, etc., — peuvent secondairement se compliquer de contracture permanente. Quelquefois, ce symptôme fait toute la maladie, et la contracture est alors symptomatique, ou d'une sclérose latérale protopathique ou d'une sclérose latérale amyotrophique, la lésion bornée d'abord aux cordons latéraux, envahit secondairement les grandes cellules motrices de la substance grise des cornes antérieures.

2° Contractures hystériques. — Eliminant les contractures passagères, M. Straus, fidèle au programme qu'il s'est tracé, n'étudie que la contracture permanente hystérique survenant chez les hystériques graves, confirmées, à la suite d'une attaque, se portant sur les membres déjà paralysés ou anesthésiés et affectant différents types : contractures hémiplégiques, paraplégiques, hémi-paraplégiques, diplégiques et partielles (œil, doigts, mâchoires, pied bot, coxalgie, etc.) La marche, la durée, la terminaison de ces contractures sont étudiées, l'anatomie pathologique elle-même est riche d'un cas, relevé par M. Charcot, de contracture temporaire d'abord puis permanente des quatre membres, dans lequel ce professeur a noté la sclérose fasciculée symétrique de la partie postérieure des cordons latéraux et des racines antérieures des nerfs rachidiens. Il est donc possible de rattacher ce symptôme hystérique à une lésion. Serait-il de même permis de supposer que la lésion fonctionnelle qui détermine la contracture curable chez les hystériques siége au niveau des cordons antéro-latéraux de la moelle ? De passagère, la lésion pourrait devenir permanente, d'où contracture indélébile incurable chez les hystériques (1).

3° Quant aux contractures liées aux maladies des muscles et des nerfs, quant aux contractures partielles, nous ne ferons que citer sans plus approfondir l'analyse : les contractures liées aux inflammations des muscles, le psoïtis, par exemple, à l'ischémie du muscle (claudication intermittente) la contracture des muscles de la face consécutive aux paralysies *à frigore* (Théorie d'Hitzig), les contractures par traumatisme et plaies de nerfs, les contractures dans le zona.

4° Vient ensuite l'énumération des contractures d'ordre réflexe et qui sont trop nombreuses pour que nous les passions toutes en revue, mais dont le type est dans la contracture consécutive à une arthralgie de l'articulation coxo-fémorale et qui sollicite le réflexe musculaire ; au même rang nous pouvons citer la contracture des muscles de la nuque dans le mal sous-occipal, le blépharospasme dans les ulcéra-

(1) L'auteur s'est surtout appuyé, dans cette partie de sa thèse, sur les documents renfermés dans le mémoire de M. Bourneville : *De la contracture hystérique permanente.*

ration de l'angle externe des paupières, lors de conjonctivites, la contracture du sphincter lors de fissure à l'anus, les contractures professionnelles dans la crampe des écrivains, etc..., etc.... Les déformations du rhumatisme noueux seraient-elles mêmes un retentissement de l'arthralgie sur les muscles péri-articulaires?

5° Puis viennent les contractures dans les maladies par intoxication : l'ergotisme convulsif, l'acrodynie des casernes, le scorbut occupent ici le premier rang. — 6° Enfin la tétanie dont l'étude couronne l'œuvre et semble devoir être rattachée à un trouble passager de la circulation intra-médullaire.

Telle est la thèse de M. Straus; son plan, son limité, ne lui a pas permis de parler d'autres contractures également importantes, les contractures transitoires, les contractures des muscles viscéraux dans l'hystérie, celles qui président au début d'affections méningées par exemple, leur caractère passager les a exclues de ce travail si parfait à tant d'autres égards, et notamment au point de vue de la sémiologie des affections cérébrales et spinales où la contracture joue un rôle presque prépondérant comme élément de diagnostic et de pronostic. E. DECAUDIN.

VARIA

Prix et récompenses à l'Académie de Médecine.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1873 : 1° *Une médaille d'or à :* M. le Dr FOUQUET, médecin des épidémies à Vannes (Morbihan), pour ses nombreux et savants rapports sur les épidémies et son intéressant travail sur le recrutement dans le Morbihan.

2° *Des médailles d'argent à :* M. le Dr ALISON, de Baccarat, pour son mémoire sur l'épidémie de choléra de Mervillier (Meurthe-et-Moselle), en 1873. M. le Dr BARBRAU, médecin des épidémies à Rochefort (Charente-Inférieure), pour son rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement. M. le docteur BERTRAND, de Besançon (Doubs), pour ses excellents rapports sur les épidémies de choléra infantile et de fièvre typhoïde, qui ont régné à Besançon et dans le village de By. M. le Dr COSTE, médecin-major de 1re classe au 30e régiment d'artillerie, pour ses *Recherches statistiques sur la Sologne orléanaise*. M. le Dr DAUVERGNE père, de Manosque (Basses-Alpes), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Corbière. M. le Dr FOURRIER, médecin des épidémies à Compiègne (Oise), pour son rapport sur l'état sanitaire de cette ville, en 1873. M. le Dr LECART, médecin-major de 1re classe à l'hopital militaire de La Rochelle, pour sa relation d'une épidémie de dyssenterie observée dans cet hôpital. M. le Dr LE NOEL, médecin des épidémies à Amiens (Somme), pour ses rapports annuels sur les épidémies de son arrondissement, et pour son excellent travail sur l'épidémie de variole qu'il a observée en 1870-1871. M. le Dr REGNIER, médecin-major au 102e de ligne, pour sa relation de l'épidémie de fièvre typhoïde observée dans la caserne de Courbevoie (Seine), en 1873.

3° *Rappel de médailles d'argent à* : M. le Dr H. BENOIT, de Giromegny (Haut-Rhin). M. le Dr BOTREL, de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). M. le Dr BOUTEILLER, de Rouen (Seine-Inférieure). M. le Dr EVRARD, médecin des épidémies à Beauvais (Oise). M. le Dr GRANDMOTTET, médecin des épidémies à Saint-Claude (Jura). M. le Dr LE BÈLE, médecin des épidémies au Mans (Sarthe). M. le Dr LOYSEL, médecin des épidémies à Cherbourg (Manche). M. le Dr PRESTAT, médecin des épidémies à Pontoise (Seine-et-Oise). M. le Dr RÉMILLY, médecin des épidémies à Versailles (Seine-et-Oise.)

4° *Des médailles de bronze à :* M. le Dr COURCELLE, médecin des épidémies à Laval (Mayenne), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie qui a régné en cette ville en 1873. M. le Dr GEAY, médecin au Gua (Charente-Inférieure), pour son travail sur une épidémie de fièvre typhoïde. M. le Dr GLAESEL, médecin-major en retraite à Montlignon (Seine-et-Oise), pour sa relation d'une épidémie de rougeole dans cette localité. M. le Dr GUIDONI, médecin des épidémies à Calvi (Corse), pour son rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Galeria. M. le Dr MAHIER, médecin des épidémies de la Mayenne, pour son rapport sur les épidémies de Château-Gontier. M. le Dr MANTEL, médecin des épidémies à Saint-Omer (Pas-de-Calais), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement. M. le Dr MÉPLAIN, médecin des épidémies à Moulins (Allier), pour son rapport sur les épidémies de son arrondissement. M. le Dr PERROTTE, médecin des épidémies à Avranches (Manche), pour son rapport sur la situation sanitaire de l'arrondissement d'Avranches en 1873. M. le Dr RINALDI, médecin civil à Constantine (Algérie), pour son rapport sur l'épidémie du choléra qui a sévi dans la province de Constantine en 1873. M. le Dr VIVIEN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sancerre (Cher), pour son rapport sur l'épidémie de dyssenterie de Gravereau.

5° *Des mentions honorables à* : M. le Dr CARTRON, médecin au Gua (Charente-Inférieure), pour son travail sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Souhe. M. le Dr LÉGÉE, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville (Somme), pour son rapport sur les épidémies de cet arrondissement. M. le Dr OMOUTON, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot (Seine-Inférieure), pour son rapport sur l'épidémie de choléra qui a sévi dans cette ville. M. le Dr SAINTON, médecin des épidémies à Chinon (Indre-et-Loire), pour sa relation d'une épidémie de rougeole qu'il a observée dans cette localité.

Médecins militaires.

— Par décret en date du 25 mai 1875, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre ; *Au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Bintot (Auguste-Louis), médecin principal de 2e classe de l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Marmy, promu médecin inspecteur. — M. Hémard (Louis-Henri), médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Versailles, en remplacement de M. Baizeau, promu médecin inspecteur. — M. Levié (Etienne-Jean-Baptiste), médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Marseille, en remplacement de M. Gouget, retraité.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Armand (François-Victor-Adolphe), médecin major de 1re classe à l'ambulance du camp d'Avor, en remplacement de M. Bintot, promu. — M. Noguès (Jean-Baptiste-Barthélémy-Edmond), médecin major de 1re classe au 14e d'artillerie, en remplacement de M. Hémard, promu. — M. Bertrand (Marie-Joseph-Hector), médecin major de 1re classe à l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Levié, promu.

Au grade de médecin major de 1re classe : (Choix). M. Suquet (Numa-Alexandre), médecin major de 2e classe au 2e du génie, en remplacement de M. Thierry de Maugras, retraité. — (Ancienneté). M. Marteau (Ernest-Jules-Noël), médecin major de 2e classe au 9e dragons, en remplacement de M. Pillon, retraité. — (Choix). M. Armand (Bernard), médecin major de 2e classe à l'hôpital de Perpignan, en remplacement de M. Fauvel, retraité. — (Ancienneté). M. Josué Sainte Rose (Sextus-Euloge), médecin major de 2e classe au 63e de ligne, en remplacement de M. Armand, promu. — (Choix). M. Schaumont (Constant), médecin major de 2e Classe au 142e de ligne, en remplacement de M. Noguès, promu,—(Ancienneté). M. Sculfort (François-Pierre), médecin major de 2e classe à l'hôpital de Maubeuge, en remplacement de M. Bertrand, promu.

Au grade de pharmacien major de 1re classe : (Choix). M. Mullet (Jean-Baptiste), pharmacien major de 2e classe de l'hôpital de Lyon, en remplacement de M. Reignier, retraité.

Peste et choléra.

PESTE. — On lit dans le *Levant Hérald*, au sujet de la peste qui règne en ce moment en Mésopotamie : « Le directeur de la quarantaine de Bagdad écrit que, par décision du conseil supérieur de santé, une quarantaine de quinze jours est imposée à Bassorah et dans tous les ports ottomans de la mer Rouge ; que la même mesure est appliquée à Alep, Damas et Kifri pour les caravanes, aussi longtemps que durera l'épidémie qui règne maintenant dans les cercles de Divanie, Samovat et le long de la rivière El-Haï. Il résulte de nos propres informations qu'un télégramme a été reçu ces jours-ci de la commission sanitaire qui parcourt les districts de la Mésopotamie où sévit la peste bubonique. La dépêche a été expédiée de Bagdad le 23 mai, mais les nouvelles qu'elle coutient ont été apportées au chef-lieu du *villayet*, par courrier de Kut-el-Hamra, où se trouve actuellement la commission.

D'après la dépêche, la peste se serait étendue au-delà du pays des Mouutefiks, envahissant un territoire immense et détruisant presque complétement des populations entières. Dans trois localités mentionnées dans la dépêche, le chiffre des décès respectifs a été de 500, 800 et 1,000 individus.

Les malades succombaient ordinairement le deuxième ou le troisième jour après l'apparition des premiers symptômes. L'épidémie était en décroissance dans quelques localités, mais elle continuait à sévir dans plusieurs autres que la commission n'avait pas encore visitées. Un rapport télégraphique du 24 mai, du docteur Pertalozza, inspecteur sanitaire à Beyrouth, signale encore quelques cas isolés de *choléra* à Hama. Durant les deux mois qui se sont écoulés depuis l'apparition de cette maladie, il y a eu en tout, à Hama, soixante décès. On a constaté, toutefois, que la maladie qui y règne n'est pas le choléra indien, mais bien le choléra nostras, qui ne peut être transporté, comme on sait, d'une localité à une autre. » (*Le Temps.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Chirurgie.* Service de M. MARC SÉE. Salle Napoléon : 1, fracture de jambe; 7, fracture de cuisse; 30, abcès de la région frontale; 31, fistule à l'anus; 30, onyxis de l'annulaire droit. — Salle Sainte-Eugénie : 2, fracture de jambe compliquée; 4, fracture de cuisse; 5, bec de lièvre opéré; 16, résection du coude; 27, ostéite du métatarse gauche.

Médecine. Service de M. TRIBOULET. Salle Sainte-Marguerite : 5, pleurésie purulente, empyème; 17, hystérie, vomissements depuis 6 mois; 20, rhumatisme articulaire aigu. endocardite; 24, fièvre continue. — Salle Sainte-Rosalie : 1, 40, 47, variole.

Service de M. BERGERON. Salle Saint-Benjamin : 2, 5, fièvre typhoïde; 20, rougeole; 29, chorée. — Salle Sainte-Mathilde : 3, albuminurie; 4, chorée; 8, insuffisance mitrale; 17, méningite tuberculeuse; 18, angine diphthéritique grave; 29, kyste hydatique.

Hôpital de la Charité. — Service de M. BOURDON, suppléé par M. Gérin-Roze. Salle Saint-Louis : 8, laryngo-trachéite; 11, hypertrophie du foie,

péritonite chronique; 17, méningo-encéphalite diffuse, 18, cancer de l'estomac; 20, 21, fièvre typhoïde; 25, insuffisance aortique.

Service de M. Gosselin. Salle Sainte-Vierge : 1, nécrose du fémur, ostéite hypertrophique raréfiante du radius; 3, fracture du rachis ancienne, mal plantaire secondaire à une paraplégie; 5, thrombose de la veine axillaire, diathèse cancéreuse (?); 22, ulcères variqueux, opération de dénudation et d'isolement de la veine, procédé de Rigand; 18, hydarthrose chronique, perte du voile du palais. — Salle Sainte-Catherine : 18, rétrécissement du rectum; 23, manmite chronique; 24, kyste de l'ovaire, 1, fistule à l'anus.

Service de M. Trélat. Salle Saint-Jean (H.) : 1, cataracte capsulaire postérieure; 5, pseudarthrose du fémur, en voie de consolidation; 7, plaie de l'œil, cataracte traumatique, 9, tumeur blanche radio-carpienne; 11, gangrène scrotale, fracture du rocher (?). — Salle Sainte-Rose (F.) : 1, carie costale; 2, hygroma-prérotulien, 3, lymphadénome axillaire, 7, abcès volumineux du sein; 8, adénite cervicale aiguë; 9, fistule vésico-vaginale; 12, hydarthrose traumatique; 14, abcès de la fosse iliaque; 15, synovite tendineuse syphilitique; 17, carcinome rectal, ablation du rectum.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Millard. Salle Sainte-Joséphine: 1, périmétrite; 2, fibrome de l'utérus; 3, rhumatisme, endocardite; 5, rhumatisme noueux; 6, tumeur abdominale, ascite; 9, albuminurie; 11, pelvi-péritonite; 12, affection mitrale; 13, érysipèle de la face, 14, ulcère simple de l'estomac; 15 bis, péritonite chronique; 21, 27, tumeur cérébrale d'origine syphilitique; 24, sciatique symptomatique, 26, hystérie. — Salle Saint-Vincent : 1, pleurésie droite; 2, dyspepsie; 3, 7, rhumatisme articulaire aigu; 5, tubercule pulmonaire, pneumonie gauche; 14, érysipèle de la face, alcoolisme; 15, tumeur cérébrale; 17, névralgie faciale; 19 bis, diabète sucrée; 20, pyopneumo-thorax; 21, rhumatisme, insuffisance mitrale; 22, diarrhée chronique; 23, rétrécissement et insuffisance aortique, insuffisance mitrale, hémiplégie gauche (embolie ?); 26, affection mitrale; 30, fièvre typhoïde.

Service de M. Siredey. Salle Sainte-Geneviève : 3, albuminurie; 4, pneumonie; 6, affection mitrale, péricardite, pleuro-pneumonie; 7, syphilis grave; 10, 28, pelvi-péritonite; 13, calculs biliaires; 16, anévrysme de l'aorte. — Salle Saint-Augustin, bis : 15, rhumatisme, endocardite; 19, sciatique; 22, pleurésie gauche, thoracentèse; 23, maladie de Bright, thrombose de l'artère humérale; 25, insuffisance mitrale; 26, rhumatisme, endo-péricardite, 27, lymphangite: 28, ataxie locomotrice; 39, cancer de l'estomac.

Service de M. Raynaud. Salle Sainte-Mathilde : 3, hémichorée; 4, parotidite; 7, goître exophthalmique: 21, colique hépatique. — Salle Saint-Landry : 3, néphrite calculeuse et néphrite interstitielle; 4, rhumatisme articulaire aigu; 14, grippe, 16, palpitations, foie cardiaque; 21, rhumatisme mono-articulaire; 19, cancer de l'estomac et de l'épiploon, 22, insuffisance et rétrécissement aortique. 23 dyspepsie flatulente; 25, pleurésie. 31, pneumonie caséeuse; 32, urémie lente; 34, fièvre typhoïde.

Enseignement médical libre.

Troisième examen. — Le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, recommencera un cours préparatoire au 3e examen de doctorat et au 1er de fin d'année le 24 juin 1875, à 1 heure, à son domicile, 9. rue Bertin-Poirée. Récapitulation complète et substantielle des matières des examens, interrogations fréquentes. Deux leçons par jour chacune de 1 h. 1/2. Histoire naturelle à 1 h. Physique et chimie à 2 h. 1/2. Plantes fraîches et herbiers. Droguier identique à celui de la Faculté. Herborisations 2 fois la semaine étude pratique des *familles végétales* aux produits de botanique. Leçons particulières. — S'inscrire 9, rue Bertin-Poirée, de 4 à 5 h. — De nouveaux cours recommenceront le 1er octobre.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 11 juin 1875, on a constaté 914 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 31; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 26; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 31; — pneumonie, 66; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 16; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 12; — croup, 9; — affections puerpérales, 17; — autres affections aiguës, 275; — affections chroniques, 354, dont 136 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 29; — causes accidentelles, 28.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Cl. Bernard ouvrira son cours de physiologie générale, le lundi 21 juin 1875 à onze heures moins un quart, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera des phénomènes de la vie en général. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Des leçons pratiques auront lieu au laboratoire dans la seconde partie du cours.

Herborisation. — M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 juin à Montfort-l'Amaury. Rendez-vous à 6 h. 30 à la gare Montparnasse (ligne de Granville).

Concours. *Bureau central.* Le concours pour deux places de médecins du bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Grancher et Liouville. — Le concours pour une place de chirurgien vient d'aboutir à la nomination de M. Gillette.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.

3e ANNÉE. — N° 26 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 26 JUIN 1875.

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — **M. ISAMBERT.**

VIe ET VIIe LEÇON. — **Syphilis pharyngo-laryngée** (1).

Leçons recueillies par AFFRE et MOIZARD.

SOMMAIRE. — Les idées théoriques ont présidé plus que l'observation directe aux descriptions des auteurs. — Les accidents primaires ne vont pas jusqu'au larynx. — Syphilis secondaire et tertiaire. — Chez les nouveau-nés. — Chez l'adulte. — Elle procède par poussées successives, sans ordre chronologique déterminé, sans coïncidence fixe avec les manifestations cutanées. — Accidents de généralisation précoce ou tardive. — Erythème ou roséole de Cusco. — Plaques muqueuses. — Autres éruptions. — Symptômes divers, diagnostic. — Ulcérations syphilitiques, superficielles ou graves. — Hypertrophie, gommes ? — Rétrécissements du larynx. — Symptômes généraux. — Marche, durée, terminaison, traitement.

2° *Syphilis secondaire.* — Les accidents secondaires et tertiaires se rencontrent souvent chez les enfants atteints de syphilis congénitale. Celle-ci parcourt rapidement toutes ses phases et les petites malades succombent dans une très-grande proportion, après avoir présenté dans les premières voies des accidents variés : plaques muqueuses, coryzas couenneux, érosions diverses, et nécroses plus ou moins étendues.

Chez l'adulte, il est impossible d'admettre dans les accidents syphilitiques du larynx des périodes bien déterminées se succédant régulièrement. Il est également impossible d'établir un rapport précis entre la date ou l'ordre d'apparition des accidents laryngés et des manifestations cutanées. On observe du reste fréquemment le retour des mêmes accidents à plusieurs reprises, séparés par des intervalles de guérison ou de santé apparente. Ce fait est conforme à ce que nous savons de la marche générale de la syphilis dont le propre est de procéder par poussées successives. Après l'invasion générale de la syphilis, on peut trouver des manifestations précoces vers le larynx, mais celles-ci manquent dans un grand nombre de cas à toutes les périodes de la syphilis, et nous avons souvent l'occasion de vous montrer les ravages de la syphilis tertiaire à la bouche, et à la voûte palatine, alors que le larynx présente une intégrité parfaite, sans aucune trace de lésions antérieures.

M. Ferras dans sa thèse a fait justice des idées théoriques sur le développement parallèle des lésions de la peau et du larynx, et sur la similitude de ces lésions. Sans doute, elles peuvent coïncider dans un grand nombre de cas, mais rien n'est moins régulier, que l'apparition des manifestations laryngées.

M. Ferras a bien montré combien ces manifestations internes sont inconstantes, et surtout combien elles sont indépendantes des dermatoses syphilitiques. La division en accidents secondaires et tertiaires cesse d'être applicable aux altérations du larynx ; elle n'est plus juste ni au point de vue chronologique, ni au point de vue anatomique. M. Ferras y a substitué la distinction en *lésions non ulcéreuses* et *lésions ulcéreuses*. En cela même, il a peut-être été, selon nous, encore trop précis. Lorsqu'on observe les faits sans idées préconçues, la seule distinction chronologique que l'on puisse conserver est celle-ci : *accidents de généralisation récente ou accidents de généralisation tardive* (syphilis invétérée).

Plus nous nous éloignons du point de départ, et plus les dates des poussées successives deviennent incertaines, de sorte que pour les décrire, il faut renoncer à indiquer leur ancienneté relative, et se borner à en tracer le tableau d'après leur nature et d'après leur aspect.

(1) Voir les nos 3, 4, [illegible], 12, 14 [illegible] et [illegible].

Roséole. — M. Cusco, dont les idées ont été reproduites dans la thèse du Dr Dance (Thèse de Paris, 1864), a décrit une roséole laryngée, appartenant aux premières périodes de la syphilis, et coïncidant assez ordinairement avec la roséole cutanée. Elle apparaîtrait sur divers points du larynx et sur les cordes vocales sous forme d'une coloration rose pâle, ou rose jaunâtre, disposée tantôt sous forme d'arborisations plus ou moins fines, tantôt sous forme de plaques disséminées.

M. Alf. Fournier conteste la dénomination de *roséole* donnée à ce qui n'est en réalité qu'un érythème de l'infundendum laryngien : la roséole cutanée est une éruption formée de plaques plus ou moins confluentes, mais formant des îlots épars sur des zônes de couleur normale, comme l'est aussi l'éruption de la rougeole. On ne trouve rien de semblable dans le larynx. Selon M. Fournier, à l'opinion duquel nous nous rangeons volontiers, on ne trouve qu'une rougeur continue, à peu près uniforme, avec quelques arborisations vasculaires, comme dans les catarrhes simples.

Pourquoi donc appliquer le nom de roséole à ce qui n'est qu'un simple érythème ? Si c'est pour marquer une période hâtive de la syphilis, une coïncidence avec la roséole cutanée, il faut reconnaître que cette coïncidence manque dans un grand nombre de cas, et que l'analogie des dates nous fait aussi bien défaut que celle de la forme morbide. Pour le pharynx, l'éruption est moins uniforme, elle est plus partielle, et l'assimilation est plus soutenable. Cependant M. Lasègue qui admet pour le pharynx un érythème analogue à la roséole cutanée reconnait quant à la coïncidence que souvent la roséole pharyngée existe sans roséole cutanée concomitante et que la réciproque est également vraie.

Si du larynx nous passons aux accidents que l'on observe sur le voile du palais, les piliers, les amygdales, le pharynx, nous voyons qu'ils présentent une netteté beaucoup plus grande : l'existence n'en est ni contestée, ni contestable : les descriptions sont à peu près concordantes. Ces accidents de syphilis récente sont caractérisés par une nuance carminée très-vive, comme scarlatineuse. Ce n'est tout d'abord qu'un léger coup de pinceau sur les piliers du voile du palais, puis la teinte morbide s'étend sur la voûte palatine, en y formant des houppes plus ou moins allongées.

Au milieu de cette surface rouge, on aperçoit un reflet opalin, d'abord très-léger. Ainsi, la première plaque pharyngienne nous apparait sous forme d'une auréole d'un rouge vif carminé, au centre de laquelle on distingue un reflet blanc opalin, analogue à ce que les peintres appellent un glacis (1).

Sur les bords de la langue surtout, la plaque syphilitique apparait avec ce reflet opalin comme la surface de certaines aponévroses très-minces, et à reflets nacrés. Sur les amygdales, la plaque opaline est inégale, d'un blanc plus pâle, quelquefois grisatre, la teinte présente plus d'*épaisseur*, comme diraient les peintres. Les accidents que nous venons de décrire s'accompagnent d'un peu de gène et d'une sensation de sécheresse dans la gorge ; il y a même quelquefois de la douleur et une légère dysphagie.

A un degré plus avancé, le glacis opalin devient plus épais, blanc, grisâtre et sa surface semble légèrement plissée ; la vraie plaque muqueuse se constitue. Elle pré-

(1) En peinture, on appelle *glacis* une teinte légère que l'on obtient lorsque les *dessus* sont déjà terminés et bien secs, en étendant une couche de couleur délayée dans une grande quantité d'huile, et qui laisse voir par transparence tous les détails et toute la vigueur du travail primitif : c'est ainsi qu'on figure dans le paysage une vapeur légère sur un rideau d'arbres sombres ; c'est aussi par ce procédé qu'on obtient l'éclat et les effets chatoyants d'une étoffe de soie ou de velours.

sente toutefois des différences déjà assez notables avec celle des parties génitales. Sa surface ne présente jamais le même degré de boursoufflure, de gaufrure, elle ne fait qu'une très-légère saillie au-dessus de la muqueuse environnante. Les plaques muqueuses se groupent au-dessus des arcades du voile du palais, et quelquefois gagnent la luette; d'autres fois elles prennent la forme serpigineuse et s'étendent sur tout le voile. Quelquefois, la face postérieure elle-même est envahie.

Sur les amygdales, la plaque muqueuse existe certainement, mais elle est moins nette; ces glandes sont en même temps hypertrophiées ou enflammées, et les produits de leur sécrétion, d'une couleur blanc-grisâtre comme la plaque muqueuse, peuvent occasionner quelque confusion. De plus, la plaque muqueuse de l'amygdale paraît s'ulcérer rapidement et laisse voir alors une surface grisâtre, très-analogue aux produits caséeux que fournit l'amygdale.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Faculté de Médecine. — **M. le professeur VULPIAN.**

Etudes de pathologie expérimentale sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (*suite*) (1).

III. *Du Jaborandi* (23 mars 1875).

Leçons recueillies par le Dr BOCHEFONTAINE, préparateur du cours.

Messieurs,

Je veux vous dire, avant de terminer, quelques mots relativement à l'action du jaborandi sur le cœur et sur l'iris. Nous avons vu que le jaborandi agit sur le cœur. Cette action peut être mise en évidence par des expériences sur des mammifères et sur des grenouilles.

Voici des grenouilles dont le cœur est à nu. Sous la peau de la région jambière d'un des membres, on a introduit une notable quantité d'extrait aqueux de feuilles de jaborandi. Sur la même planchette de liége on a fixé, à côté d'une grenouille ainsi opérée, une autre grenouille dont le cœur est pareillement mis à nu, mais qui n'a subi aucune intoxication. — Je fais passer sous vos yeux ces grenouilles.

L'insertion sous-cutanée d'extrait de feuilles de jaborandi a été faite depuis plus ou moins longtemps sur les grenouilles soumises à l'action de cette substance, de telle sorte que vous pouvez voir les degrés différents de cette action; sur les grenouilles les plus récemment opérées, les mouvements du cœur sont fortement troublés, mais non arrêtés. Les oreillettes sont gorgées de sang et elles ne tordent pas complètement à chaque systole. Le ventricule a des systoles plus complètes.

Le jaborandi agit plus rapidement sur les oreillettes que sur le ventricule. Sur les grenouilles, chez lesquelles l'insertion sous-cutanée de l'extrait a été faite depuis 15 minutes environ le cœur est arrêté; les oreillettes et le ventricule sont immobiles, en pleine diastole. L'état du cœur représente tout-à-fait celui que produit, comme nous le verrons, la muscarine.

Je mets une goutte d'une solution aqueuse, peu concentrée de sulfate d'atropine, sur le cœur d'une de ces dernières grenouilles. Au bout de quelques instants, des mouvements spontanés et rhythmiques reparaissent dans les oreillettes et dans le ventricule. Ces mouvements, d'abord faibles, prennent peu à peu de l'énergie, et bientôt, quelquefois au bout d'une minute seulement, ils sont devenus aussi forts et même plus forts que dans l'état normal.

Sur d'autres grenouilles, j'ai injecté sous la peau de la région jambière d'un des membres postérieurs, une goutte de la solution de sulfate d'atropine qui vient de nous servir à ranimer les mouvements du cœur, arrêtés par l'extrait de jaborandi. — Il y a dix minutes que cette injection a été faite. Le cœur mis à nu préalablement bat très régulièrement et avec énergie. J'introduis maintenant sous la peau de la région jambière du membre postérieur du côté opposé, une grande quantité d'extrait de jaborandi. Examinez ces grenouilles; vous verrez que le cœur ne va pas subir le moindre trouble. L'atropine a mis cet organe tout-à-fait à l'abri des effets ordinaires de l'extrait de jaborandi. C'est encore là un point de ressemblance entre l'extrait aqueux de jaborandi et la muscarine.

Si je mets de l'extrait aqueux de jaborandi en contact direct avec le cœur mis à nu sur d'autres grenouilles, les choses ne se passeront pas tout-à-fait comme lorsqu'il s'agit de la muscarine. La muscarine, dans ces conditions, arrête le cœur en pleine diastole, comme dans le cas où elle est introduite sous la peau d'un membre.

Le cœur mis en contact avec l'extrait de jaborandi va s'arrêter aussi au bout de quelques instants; mais le ventricule sera resserré, en systole tonique, c'est-à-dire dans un état semblable à celui que produit la digitaline ou un autre poison analogue comme action sur le cœur. Il est bien évident que ce mode d'arrêt du cœur, dans le cas d'application immédiate de l'extrait de jaborandi sur cet organe, est dû à une action irritante directe sur le myocarde. Si l'on place une goutte de solution de sulfate d'atropine en contact avec le cœur ainsi arrêté, l'effet sera différent, suivant que l'arrêt sera tout-à-fait récent ou qu'il aura duré un certain temps. Si l'arrêt ne date que de quelques instants, les mouvements spontanés, rhythmiques, du cœur pourront renaître. Si l'arrêt systolique du ventricule a duré plusieurs minutes, le sulfate d'atropine pourra rester impuissant.

Chez les mammifères, c'est à l'aide des injections intra-veineuses de l'infusion de feuilles de jaborandi que l'on peut surtout mettre en évidence l'action paralysante des principes actifs de cette plante sur le cœur. Je vous ai montré, dans une de nos séances d'expérimentation, une expérience qui n'a dû laisser aucun doute dans votre esprit. Sur un chien, qui n'avait subi aucune intoxication préalable, on a mis un index en contact avec le cœur, au travers de la paroi thoracique; puis, par l'une des veines crurales, on a injecté lentement, avec précaution vers le cœur quarante grammes d'eau dans lesquels on avait fait infuser quatre grammes de feuilles pulvérisées de jaborandi. Vous avez vu, à l'aide de l'index, les mouvements du cœur se troubler, devenir très-irréguliers, et au bout de quelques secondes se ralentir à un degré extrême; de 120 à 130 par minute, leur nombre était tombé à 5 ou 6 dans le même espace de temps. On a injecté presque aussitôt dans la même veine par le cœur, deux centigrammes de sulfate d'atropine en solution dans quinze grammes d'eau environ. En moins d'une demi-minute, les mouvements du cœur avaient repris leur fréquence et leur énergie normales. Ils sont même devenus plus rapides qu'avant l'injection de jaborandi.

On observe des effets semblables en injectant une infusion aqueuse de 2 à 4 grammes de feuilles de jaborandi, dans une des veines crurales d'un chien préalablement chloralisé par injection intra-veineuse d'hydrate de chloral.

Si l'on a injecté du sulfate d'atropine (0 gr. 01 par exemple) dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un chien, vingt minutes avant de pratiquer sur lui une injection intra-veineuse d'une infusion aqueuse de 3 à 4 grammes de feuilles de jaborandi, cette injection n'exercera pas la moindre influence sur les mouvements du cœur. On constate un résultat analogue, lorsque l'expérience est faite sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle. Dans ces conditions l'injection intra-veineuse d'une infusion aqueuse de 3 à 4 grammes de feuilles de jaborandi ne produit, le plus souvent, aucun ralentissement, aucun trouble notable des mouvements du cœur.

Le curare retarde, affaiblit ou empêche même aussi l'action de l'extrait de jaborandi sur le cœur de la grenouille. Si l'on introduit une forte dose de cet extrait sous la peau de la région jambière de l'un des membres postérieurs, chez une grenouille préalablement curarisée, les mouvements du cœur pourront n'offrir aucune modification, soit comme

(1) Voir les nos 14, 15, 16, 18, 19, 23, 24 et 25 du *Progrès médical.*

énergie, soit comme fréquence, pendant tout le temps (1 à 2 heures et plus encore) que l'animal restera soumis à l'observation. Cet effet du curare s'explique par l'affaiblissement des mouvements du cœur, produit par ce poison. Quant à cet affaiblissement, il est dû lui-même, d'une part, à un certain degré d'action paralysante exercée par le curare sur l'appareil nerveux intrinsèque du cœur ; d'autre part, à la dilatation paralytique légère qu'il détermine dans les vaisseaux périphériques.

Or, la dilatation des vaisseaux périphériques et l'affaiblissement des mouvements du cœur ont pour conséquence un ralentissement de la circulation dans les réseaux capillaires ; l'absorption des substances introduites sous la peau doit donc être ralentie. Comme la quantité de sang qui afflue, lors de chaque systole, dans les cavités cardiaques est moins grande que dans l'état normal ; comme, d'un autre côté, ce sang contient moins de principes actifs du jaborandi, puisque l'absorption est plus lente, il en résulte nécessairement une atténuation considérable de l'action de ces principes sur le cœur.

Ces remarques sont applicables aussi, en grande partie du moins aux mammifères, et peuvent rendre compte de l'influence de la curarisation préalable sur les effets cardiaques de l'injection intra-veineuse d'une infusion aqueuse de 3 à 4 grammes de feuilles de jaborandi.

La substance qui, dans le jaborandi, produit les ralentissements et l'arrêt diastolique des mouvements du cœur est-elle différente de celles qui déterminent la sialorrhée et la diaphorèse? Je ne saurais me prononcer nettement à cet égard. Toutefois, je dois indiquer ici une remarque que j'ai faite. L'extrait aqueux de jaborandi conserve ses propriétés sialagogues et sudorifiques longtemps après qu'il a été préparé, tandis qu'il perd, en grande partie, au bout de quelques jours, la propriété d'agir sur le cœur de la grenouille, par absorption sous-cutanée. Cette observation aurait évidemment une certaine importance au point de vue de la question dont il s'agit. Mais je dois ajouter que, chez les mammifères, la différence entre l'extrait fraîchement préparé et l'extrait un peu ancien, sous le rapport de l'action sur le cœur, a été beaucoup moins frappante. L'extrait préparé depuis un ou deux mois agit encore énergiquement sur le cœur des chiens dans la veine crurale desquels on l'injecte.

L'extrait de jaborandi agit donc sur le cœur de la grenouille, par absorption sous-cutanée, en produisant un arrêt diastolique de ses parties constituantes, comme le fait la muscarine.

Il est probable que le mécanisme de son action cardiaque est le même que celui de l'action de ce dernier poison. Comme la muscarine, il paraît déterminer l'arrêt diastolique des oreillettes et du ventricule, chez la grenouille, en excitant les extrémités périphériques des nerfs modérateurs du cœur, c'est-à-dire des filets cardiaques des vagues. Mais il est permis de se demander s'il n'y a pas là une erreur d'interprétation, et si son action véritable ne consiste pas en une paralysie des extrémités périphériques des nerfs sympathiques de ceux qui sont excitateurs des mouvements cardiaques.

C'est une question que nous ne faisons que poser ici ; nous la discuterons au moment où nous examinerons le mécanisme de l'action de la muscarine sur le cœur. Disons toutefois que si elle était résolue par l'affirmative, nous devrions admettre, comme conséquence, que le sulfate d'atropine empêche les effets sympathiques excitateurs qui innervent le cœur, et n'agit pas, comme on l'admet généralement, en paralysant les extrémités des nerfs vagues, ou nerfs modérateurs du cœur.

Enfin, je vous ai dit que le jaborandi détermine chez les mammifères un myosis considérable. Ce resserrement de la pupille est tout aussi prononcé que celui que produit l'extrait de fèves de Calabar. Il n'a lieu bien nettement, du reste, comme nous l'avons vu, que lorsque l'on applique directement de l'extrait de jaborandi sur le globe oculaire, entre les paupières. Je vous rappelle que les injections d'infusion de feuilles de jaborandi dans les veines provoquent, au contraire, une dilatation de la pupille, due sans doute à l'irritation qui prend naissance dans les viscères, surtout dans le canal gastro-intestinal, sous l'influence de ces injections.

L'extrait de jaborandi agit donc sur l'iris d'une façon tout-à-fait opposée à l'action de l'atropine sur cette membrane. Ces deux substances sont encore antagonistes, par rapport à leur influence sur l'iris, comme elles le sont par rapport à leur influence sur les secrétions et sur le cœur.

L'atropine dilate la pupille, en excitant les extrémités périphériques des fibres nerveuses sympathiques qui se distribuent à l'iris. Du moins, c'est là la théorie admise par la plupart des physiologistes. On peut donc présumer que le jaborandi agit d'une façon inverse pour produire la constriction pupillaire. D'après cette hypothèse, ce serait en paralysant ces mêmes extrémités périphériques des fibres sympathiques cardiaques, que les principes actifs de cette plante détermineraient le resserrement considérable de la pupille, qu'on observe à la suite de l'application de l'extrait de jaborandi sur l'œil. Les nerfs sympathiques de l'iris ne peuvent-ils pas être considérés, jusqu'à un certain point, comme des nerfs modérateurs, empêchant les filets de l'oculo-moteur commun de déployer toute leur activité et de provoquer un resserrement permanent de la pupille? C'est encore là une question que soulève l'étude de l'action comparée de l'extrait de jaborandi et et de l'atropine sur l'iris ; nous la réservons aussi, pour l'examiner plus tard, à propos de l'étude de la belladone et de l'atropine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

Je clos cette digression qui, je crois, n'aura pas été inopportune et j'en reviens à l'autonomie relative des territoires vasculaires du cerveau. Cette autonomie n'est pas l'apanage exclusif des grands territoires ; elle se retrouve encore dans les départements secondaires en lesquels les premiers se divisent et qui correspondent aux ramifications artérielles de deuxième ou de troisième ordre. Entre ces régions de second ordre, de même qu'entre les grands territoires, les communications sont possibles, mais le plus souvent très-difficiles. Il résulte de cette disposition que l'oblitération d'une de ces branches secondaires pourra avoir et aura souvent pour conséquence de déterminer la mortification d'une région très-limitée de l'écorce. C'est là un point capital pour l'étude des localisations cérébrales. Il pourra se faire que la lésion, ainsi limitée, corresponde justement à une des circonvolutions ou à un groupe de circonvolutions, douées de propriétés spéciales et se traduise pendant la vie par des phénomènes spéciaux.

Cette localisation étroite des lésions de l'écorce, produite par l'oblitération de branches artérielles de deuxième ou de troisième ordre sera surtout intéressante à étudier, vous le comprenez aisément, dans le domaine de la sylvienne. C'est dans cette grande région, en effet, que l'expérimentation tend à placer les fameux centres moteurs et c'est là aussi que la clinique avec le secours de l'anatomie pathologique, a placé le siége de la faculté du langage articulé.

Il nous importe, par conséquent, de bien connaître chacune des principales artères émanées de la sylvienne et d'examiner de plus près leur mode de distribution dans les circonvolutions fondamentales de la région.

L'artère sylvienne se partage en quatre branches principales ou tout au moins donne naissance à quatre branches principales. La distribution de ces branches a été soigneu-

(1) Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.

sement étudiée par M. Duret et par M. Heubner. (Voyez *Fig.* 24 et 26).

La première est désignée par M. Duret sous le nom de *frontale externe et inférieure*. C'est, à proprement parler, l'artère de la troisième circonvolution frontale (circonvolution de Broca). Plusieurs fois j'ai vu, pour mon compte, l'oblitération de ce seul tronc artériel produire un ramollissement limité au seul territoire à la troisième circonvolution et, plus explicitement, à sa partie postérieure. Voici, à l'appui, un fait concluant. Il concerne une femme, nommée Farn..., observée à la Salpêtrière dans mon service. Elle avait été frappée d'aphasie. Il n'avait existé aucune trace de paralysie soit du mouvement, soit de la sensibilité. L'aphasie, dans ce cas, était le symptôme unique et l'atrophie de la troisième circonvolution a été aussi la seule lésion correspondante, révélée par l'autopsie.



Fig. 27. — 3, troisième circonvolution du côté *droit*, ayant ses dimensions normales.

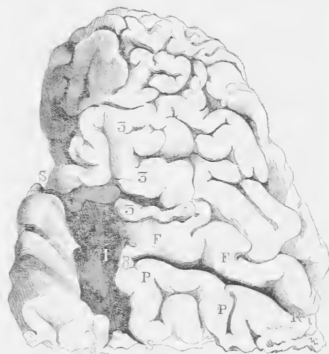


Fig. 27 bis. — 3, circonvolution de Broca du côté *gauche* atrophiée dans sa partie postérieure.

F, circonvolution frontale transverse. — R, R, sillon de Rolando. — P, P, circonvolution pariétale transverse. — S, S, scissure de Sylvius. — I, insula.

(*Fig.* 27 et 27 *bis*). C'est là, Messieurs, incontestablement un bel exemple de localisation cérébrale (1) ?

La *deuxième* branche de la sylvienne est l'*artère pariétale antérieure* de Duret ; j'aimerais mieux l'appeler *artère de la circonvolution frontale ascendante*. (*Fig.* 24, 2 et *Fig.* 26, II).

La *troisième* est l'*artère pariétale postérieure* qui serait mieux nommée, suivant nous, *artère de la circonvolution pariétale ascendante*. (*Fig.* 24, 3 et *Fig.* 26, III).

La *quatrième* branche se rend au pli courbe et à la première circonvolution sphénoïdale. (*Fig.* 24, 4, 5 et *Fig.* 26, IV).

Les deux circonvolutions auxquelles se rendent la seconde et la troisième branche de la sylvienne seraient, d'après les expériences de Ferrier sur le singe, le siége des centres moteurs des membres. Vous voyez, d'après la distribution artérielle, que ces deux circonvolutions pourront être lésées isolément.

J'ignore si la destruction complète de ces deux circonvolutions centrales a été jamais réalisée ; mais voici un fait dans lequel la destruction a porté sur la totalité de la circonvolution pariétale ascendante, qui, chez le singe, est le siége, selon Ferrier, du centre des mouvements du membre supérieur et, pour une partie, du membre inférieur. Dans ce cas, la circonvolution en question est remplacée par une plaque jaune déprimée. La circonvolution frontale ascendante est respectée, en grande partie mais manifestement atrophiée. Or, bien que la couche optique et le corps strié fussent dans ce cas tout à fait indemnes — cette intégrité est mentionnée d'une façon très-explicite dans l'observation — il existait une hémiplégie complète, permanente, dans les membres supérieur et inférieur du côté opposé.

C'est là, Messieurs, un résultat qui contraste singulièrement avec ce qui a été consigné dans deux autres observations relatives à des lésions étendues occupant d'autres parties de l'écorce grise du cerveau. C'est ainsi que, dans un cas de destruction limitée au lobe carré (plaque jaune), il n'existait aucun indice de paralysie correspondante. — Dans un autre fait, il s'agit encore d'une plaque jaune laquelle intéressait une large étendue de la face inférieure du lobe sphénoïdal qui, vous le savez, est artérialisé par la cérébrale postérieure. Eh bien, pendant la vie, il n'avait pas existé non plus dans ce cas la moindre trace d'hémiplégie.

Ces exemples suffiront, je pense, pour vous convaincre qu'il sera possible un jour chez l'homme, et très-vraisemblablement dans un avenir peu éloigné, de juger en dernier ressort et sur des documents indiscutables, la doctrine des localisations en ce qui concerne du moins les parties superficielles du cerveau.

Après les développements dans lesquels je suis entré au sujet de l'artère sylvienne, je crois devoir être bref dans l'exposé de la subdivision en départements secondaires des grands territoires vasculaires corticaux de la cérébrale antérieure et de la cérébrale postérieure.

II. La *cérébrale antérieure* est beaucoup moins fréquemment le siége d'altérations graves que ne l'est la sylvienne. Cette particularité tient en partie, sans doute, à sa direction par rapport à la carotide interne. (*Fig.* 27 et 29).

Cette artère fournit trois branches principales : la *première* nourrit les deux circonvolutions frontales inférieures;

(1) Voir dans les nos 20 et 21 du *Progrès médical* 1875 l'observation complète de cette malade.

la *deuxième*, d'une importance plus grande, se distribue

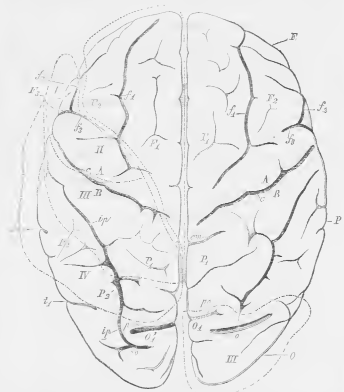


Fig. 26. — Territoires vasculaires de la face supérieure du cerveau. — F, lobe frontal. — P, lobe pariétal. — O, lobe occipital. — S, fin de la branche horizontale de la scissure de Sylvius. — C_1, sillon central. — A, circonvolution centrale antérieure. — B, circonvolution centrale postérieure. — F_1, F_2, F_3, circonvolutions frontales supérieure, moyenne et inférieure. — f_1, f_2, sillons frontaux supérieur et inférieur. — f_3, sillon frontal vertical (sulcus præcentralis). — P_1, lobule temporal supérieur. — P_2, lobule temporal inférieur ou P_2, Gyrus supra-marginalis. — P_2, Gyrus angularis. — ip, Sulcus interparietalis. — c m, sulcus calloso-marginalis. — po, po, fissura parieto-occipitalis. — t_1, sillon temporal supérieur. — O_1, premiere circonvolution occipitale. — o, sulcus occipitalis transversus.
Artères. — 1° La ligne (...) circonscrit la distribution de la cérébrale antérieure; 2° La ligne (.—.—.), du côté gauche de la figure, limite la distribution de l'artère sylvienne. — I. Artère frontale externe et inférieure. — II. Artère pariétale antérieure. — III. Artère pariétale postérieure. — IV. Artère pariéto-sphénoidale; 3° La ligne (.—.—.—.) du côté droit de la figure limite la distribution de la cérébrale postérieure. (Cette figure et les figures 28 et 29 sont empruntées au travail de M. Duret, inséré dans les *Archives de physiologie*, 1874).

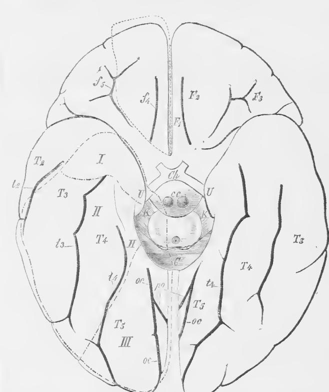


Fig. 29. — Territoires vasculaires de la face inférieure du cerveau. — F, gyrus rectus. — F_2, circonvolution frontale moyenne. — F_3, circonvolution frontale inférieure. — F_4, sulcus olfactorius. — F_5, sulcus orbitalis. — T_2, deuxième circonvolution temporale ou circonvolution temporale moyenne. — T_3, troisième circonvolution temporale ou circonvolution temporale inférieure. — T_1, gyrus occipito-temporalis-medialis (lobulus lingualis). — t_4, sulcus occipito-temporalis inférieur. — t_3, sillon temporal inférieur. — t_2, sillon temporal moyen. — *po*, fissure parieto-occipitalis. — *oc*, fissura calcarina. — H, gyrus hippocampi. — *U*, gyrus uncinnatus. — *Ch*, chiasma. — *cc*, corpora candicantia. — KK, pediculi cerebri. — G. genou du corps calleux.
Artères — La ligne (.....) circonscrit la distribution de la cérébrale antérieure (*Artères frontales internes et inférieures*). La ligne (.—. --.—.—) circonscrit la distribution de la cérébrale postérieure, — I. artère temporale antérieure. — II. artère temporale postérieure. — III, artère occipitale.

à la circonvolution du corps calleux (*Fig. 28*). au corps calleux *C C*, à la première circonvolution frontale F_1 (faces interne et externe), au lobule paracentral et, sur la face convexe du lobe frontal, à la première et à la deuxième circonvolution frontale (*Fig. 29*), enfin à l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante. La *troisième* branche de la cérébrale antérieure est destinée au lobe carré qui peut être lésé pour son propre compte, ainsi que j'en ai fourni tout à l'heure un exemple.

III. La *cérébrale postérieure* (*Fig. 26, 28, 29*) est le siége d'altérations par embolie ou par thrombose, moins souvent que la sylvienne, mais beaucoup plus communément que la cérébrale antérieure. Aussi les ramollissements ischémiques des lobes postérieurs sont-ils bien plus fréquents que ceux des lobes antérieurs.

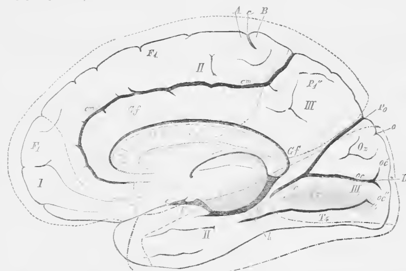


Fig. 28. — Territoires vasculaires de la face interne du cerveau. — c c, corps calleux coupé suivant le plan médian. — G f, gyrus fornicatus. — H, gyrus hippocampi. — h, sulcus hippocampi. — U, Gyrus uncinnatus. — c m. sulcus calloso-marginalis. — F_1, première circonvolution frontale vue du côté du plan médian. — C, fin du sillon central. — A, circonvolution centrale antérieure. — B, circonvolution centrale postérieure. — P_1, Avant-coin (Vorzwickel). — O z, coin (Zwickel). — P o, scissure pariéto-occipitale. O, sillon occipital transverse. — O c, fissure calcarina; o c', sa branche supérieure; o c'', sa branche inférieure. — D, Gyrus descendens. — T_4, gyrus occipito-temporalis-laterelis (lobulus-fusiformis). — T_5, gyrus occipito-temporalis-medialis (lobulus lingualis). — *Artères.* — 1° Les régions circonscrites par la ligne (...) représentent le champ de distribution de l'artère cérébrale antérieure. — I. Artères frontales interne et antérieure — II. Artères frontales interne et moyenne. — III. Artères frontales, interne et postérieure. — 2° Les régions circonscrites par la ligne (.—.—) représentent le champ de distribution de la cérébrale postérieure. — II. Artère temporale postérieure. — III. Artère occipitale.

Le territoire de cette artère se partage en trois départements secondaires répondant à trois artères de second ordre : La *première* de ces artères se rend à la circonvolution du crochet; la *deuxième* à la partie inférieure du lobe sphénoïdal, comprenant la circonvolution sphénoïdale inférieure et le lobule fusiforme; la *troisième* va au lobule lingual, au coin et au lobule occipital proprement dit.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fractures multiples du crâne ; issue de matière cérébrale par l'oreille; mort;

Par **G. MARCANO**, interne des hôpitaux.

Benoît Chabrier, plombier, âgé de 37 ans, tombe le 15 janvier du deuxième étage d'uue maisou en construction et est apporté le même jour à l'hôpital Beaujon (service de M. Dolbeau), dans l'état suivant :

Coma; respiration stertoreuse, pas de vomissements. Au uiveau du pariétal gauche, petite plaie des téguments n'intéressaut pas le périoste; écoulement de sang par le conduit auditif externe du côté gauche, dans lequel on trouve gros comme un haricot d'une matière ressemblant à la substance cérébrale. L'examen microscopique fait de suite montre qu'en effet on a affaire à un petit fragment d'encéphale, dans lequel il y a les deux substances, grise et blanche. Au niveau de la plaie, il y a un léger enfoncement de l'os, mais on n'y trouve aucuue solutiou de coutinuité apparente. Du reste, l'état du malade est trop grave pour permettre de pousser très loin cet examen. La pupille du côté gauche est très-dilatée; pas de paralysie faciale.

Lorsqu'on pince le membre supérieur du côté gauche, le malade le retire en poussaut un gémissement. Pareille chose arrive de l'autre côté quant à la perception, quoiqu'elle semble être un peu plus leute ; mais après avoir gémi, le malade ne retire pas son membre, qui est iuerte et reste immobile.

Cet état se coutinue jusqu'à une heure du matin, heure à laquelle le malade meurt.

Autopsie. Plaie du cuir chevelu, présentaut 2 ceutimètres de longueur et 1 de largeur, dirigée de haut en bas et d'arrière en avaut, située en arrière de la bosse pariétale du côté gauche. Après iucision de la peau, on constate qu'à ce niveau le crâne préseute un petit eufoncement produit par une fracture du pariétal, commençant au uiveau du tiers interne de la suture pariéto-occipitale, d'où elle naît subitement pour se diriger en haut en formaut un coude au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie extérieure, et de là s'irradier de la mauière suivante: D'abord, un trait supérieur se dirige en avant en se rapprochant de plus en plus de la portion écailleuse du temporal, et s'arrête à 1 centimètre en arrière de la suture sphéno-pariétale. Le point de départ postérieur de cette ligne ne se trouve pas précisément sur la première, mais la croise et descend au dessous d'elle dans une étendue de 3 centimètres.

Plus bas il y a un fragment de la portion écailleuse du temporal de 5 centimètres de longueur et 4 de largeur, complétement détaché de l'os par sa lame externe, mais non fracturé du côté interne. De son extrémité inférieure, part une autre fracture qui se dirige en avant, et puis en haut, eu formant uu angle obtus au milieu de la portion écailleuse du temporal, pour aller se terminer au niveau du quart antérieur de la suture temporo-pariétale.

L'apophyse malaire est complétement fracturée à sa base, mais tient solidement au crâne. De sa partie inférieure naît une nouvelle ligne de fracture qui parcourt toute l'étendue de la face inférieure du rocher, en passant obliquement sur la base de l'apophyse ptérygoïde.

Toutes ces fractures n'ont amené aucuu déplacement, mais elles n'auraient pas même pu être soupçonnées avant l'enlèvement des parties fibreuses environnantes ; et même, mis à nu, les os tienuent solidement entre eux sans aucun chevauchement, ni aucune irrégularité.

Du côté opposé à celui de la fracture, il y a un léger épanchement de sang dans le tissu cellulaire au-dessous des téguments.

A l'ouverture du crâne, on constate du côté de la fracture deux vastes épanchements situés eutre la dure-mère et l'os, se continuant l'un avec l'autre ; le supérieur situé en avant est beaucoup plus volumineux, et est séparé de l'inférieur qui est aussi postérieur et plus petit, par un étranglement situé au niveau du sinus latéral gauche. Les deux caillots pèsent ensemble 120 grammes. Ils ont l'aspect et la consistance de la gelée de groseille. Au niveau du bord antérieur du plus petit des deux, on trouve une déchirure horizontale de la dure-mère, à bords très-irréguliers, et présentant 5 centimètres de lougueur.

Le lobe sphénoïdal du cerveau qui correspond au foyer de la fracture est fortement contus ; il présente une poche résultant d'une perte de substance, pouvant contenir un petit œuf de pigeon, et remplie de sang ; au milieu du détritus sanguin, s'est logée une petite esquille osseuse très-mince, de 3 centimètres de longueur.

Le cerveau enlevé et les choses laissées en place, nous avons versé de l'eau dans le crâne pour voir si elle sortait par l'oreille et nous rendre ainsi compte du trajet que la matière cérébrale avait suivi au momeut de l'accident, mais pas une goutte de liquide ne s'est écoulée, à tel point que, si le fragment de matière cérébrale sortie par le conduit auditif n'avait été examiné au microscope, on aurait eu des doutes sur sa nature. Il s'agissait donc de chercher l'explication de ce fait qui n'avait été que trop réel.

La dure-mère complétement enlevée, on se trouve en préseuce du rocher, qui en dehors des fractures coustatées extérieurement, en présente une autre incomplète, située en avant du trou grand rond et s'arrêtant au niveau du bord gauche de la fosse ptérygoïde. Une autre fracture se voit à l'étage antérieur du crâne, commençant au niveau du trou optique, suivant parallèlement le trajet du nerf, et s'arrêtant à deux centimètres en arrière et à gauche du bord postérieur de la lame criblée de l'ethmoïde. Cette fracture se continue avec celle qui, extérieurement, semblait s'arrêter à la base de l'apophyse ptérygoïde.

Après enlèvement de la dure-mère, nous versons de nouveau de l'eau dans le crâne, et on ne la voit pas ressortir par le conduit auditif. L'examen de celui-ci montre une large déchirure sur sa face postérieure, à l'uniou de la portion fibro-cartilagineuse et de la portion osseuse; en iutroduisant un stylet par cet orifice on pénètre bien dans le rocher, mais on n'en sort pas du côté du crâue.

Après avoir bieu disséqué les parties et ruginé l'os, il est facile de voir que le fragment fracturé qui répond à la base de l'apophyse zygomatique est complétement détaché des os voisins; aussi peut-on aisément le faire tomber par une traction très-légère; malgré cela, il tient eucore par l'insertion du conduit fibreux sur l'osseux. Par ce procédé, on se rend bieu compte de la direction de la fracture, car on se trouve ainsi en présence de l'oreille moyenne.

La fracture est dirigée de dedans en dehors, et coupe l'oreille interne en deux parties inégales, et l'oreille moyenne en deux presque pareilles. La partie postérieure du couduit auditif osseux fait partie du fragmeut détaché. Le tympan est déchiré à sa partie postérieure. L'enclume est en place, mais le marteau est luxé et rejeté en dedans.

Dans les quelques observations d'issue de matière cérébrale qui ont été publiées, ou a toujours constaté une grande perte de substance, et il était facile à l'œil nu de voir le trajet suivi par la matière, mais nous venons de voir dans notre observatiou que, non seulement cela n'a pas eu lieu, mais que toute porte de sortie était fermée à l'eau qui pourtant est plus fluide que la substance du cerveau. Faut-il invoquer un écartement temporaire au moment de l'accident et admettre que les os se sont remis en coutact tout de suite après l'expulsion de la matière ? Cet écartement aurait dû être considérable, si on tient compte du volume de cette matière, et pour cela, il aurait fallu uue déchirure des tissus fibreux, qui cependant étaient intacts comme uous l'avons vu. En tout cas, cela ne suffit pas, et on doit y ajouter un uouveau mécanisme que nous déduisons de l'étude des pièces. Voici comment nous le comprenons. Au moment de la chute, lorsque les nombreuses fractures se sont produites, une esquille osseuse s'est séparée du rocher, a traversé la dure-mère de dehors eu dedans en produisant la déchirure que l'on voit sur la pièce, et est venue se loger dans l'épaisseur du lobe sphénoïdal du cerveau. En même temps eut lieu le vaste épanchement sanguin qui siége

entre la dure-mère et les os. Le caillot qui en est résulté produisit par son énorme volume une pression forte et subite sur le cerveau. Celui-ci qui était déjà réduit en bouillie à sa partie inférieure, se trouvant brusquement comprimé à sa partie supérieure, tendit à s'échapper du crâne avec une force égale à celle de l'agent compresseur, et ne trouvant d'autre issue que les fissures qui venaient de se former, s'y précipita pour échapper à cette compression, après avoir traversé la fente de la dure-mère. Quant au caillot, il ne put traverser cette fente à cause de son énorme volume et de sa consistance bien plus ferme que celle de la bouillie cérébrale. Celle-ci a été exprimée et projetée au dehors avec une grande rapidité, et ce qui le prouve, c'est que nous n'avons pas trouvé de traînée de substance nerveuse dans le trajet qu'elle avait suivi, ce qui aurait dû certainement arriver si elle s'était écoulée lentement. Ce mécanisme, aidé peut-être d'un léger écartement, explique les phénomènes constatés dans cette observation.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpétrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1)

Deux observations d'hystérie.

28 *février*. Même état. Alimentation par la sonde. Le ventre n'est plus ballonné. La *région ovarienne droite* est redevenue plus douloureuse au toucher que la gauche.

Vers 6 heures, L..... appelle la sous-surveillante, disant qu'elle est sous le coup d'une attaque : bientôt, en effet, survient la perte de connaissance; la face palit et se tourne à droite, la tête s'incline sur l'épaule du même côté ; les yeux regardent en haut et à droite, à un tel degré que les pupilles sont cachées sous les paupières qui, elles, sont animées de palpitations rapides; les muscles de la face, principalement ceux de la moitié droite, sont agités de secousses cloniques. La pâleur du visage est ensuite remplacée par une congestion très-accusée. Le bras gauche se contracture dans l'extension et s'élève au-dessus de la tête, les doigts sont fermés, le pouce appliqué contre la paume de la main. Le membre inférieur gauche s'étend, passe au-dessus du droit. Puis, la malade roule de gauche à droite et tomberait de son lit si on ne la soutenait. Pas de convulsions cloniques des membres. Enfin, après un ronflement stertoreux qui dure quelques minutes, Ler... se réveille, exécute de grands mouvements pendant lesquels la jambe droite elle-même se fléchit à demi. Ler... pousse des cris, voit des voleurs, essaie de se déchirer la figure, les bras, les jambes, où elle a des « fourmiches, » se plaint de douleurs dans la tête. Toutes les paroles qu'elle prononce sont, bien entendu, difficiles à comprendre, par suite de la contracture de la langue. La température rectale, prise au moment du stertor, était de 37°,4.

1er *mars*. — L... a eu deux attaques à forme tonique. La première avait laissé une *contracture de l'avant-bras gauche*, qui était dans la flexion forcée, la main, fermée, touchant l'épaule. La seconde attaque a rendu au bras gauche la liberté de ses mouvements.

Ce soir, les membres du côté droit sont toujours contracturés ; ceux du côté gauche sont libres, mais la malade y sent des fourmillements et de l'engourdissement. La région ovarienne droite est indolente ; la gauche, au contraire, est le siége de douleurs spontanées que la pression exagère. L'*analgésie* de la peau est complète sur toute la moitié gauche du corps, aussi bien à la face qu'aux membres. L... a vomi son bouillon et son vin aussitôt après leur ingestion par la sonde.

2 *mars*. — Attaque à type tonique. L'aspect de la face est le même que précédemment (globes oculaires en haut et à droite, traction de la commissure labiale droite, torsion de la mâchoire vers la droite, face déviée à droite, tête inclinée sur l'épaule droite). Le membre supérieur droit est fléchi et exécute de temps en temps un mouvement d'abduction du bras avec extension et pronation forcées de l'avant-bras. Le membre supérieur gauche, fixe dans sa position, est retourné de telle façon que la main est appliquée sur l'épine dorsale. Le membre inférieur droit reste dans l'extension. Le gauche est dans la flexion et l'adduction : la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, au point que le talon est en contact avec la fesse.

Par moments, survient un paroxysme dont la forme varie : ordinairement, on observe une turgescence énorme de la face et du cou, accompagnée de mouvements de projection du bassin, de mouvements bruyants de déglutition ; d'autres fois, la respiration est accélérée et il y a des convulsions cloniques du membre supérieur droit. Les membres du côté gauche conservent leur attitude. Durant une rémission, la malade se plaint de douleurs dans la tête et dans les membres, d'étouffements ; elle dit ne plus savoir ce qu'est devenu son bras gauche, se lamente, prétendant qu'on le lui a enlevé. Cette fausse sensation s'explique sans doute par l'existence de l'anesthésie. Plusieurs attaques, semblables à celles que nous venons de décrire, n'ont pas modifié l'attitude respective des membres ; mais, après une nouvelle crise, la contracture cesse au membre supérieur gauche, et l'usage de ce membre reparaît.

Soir. — Le bras et la jambe gauches sont libres. La sensibilité est abolie sur toute la surface cutanée (contact, douleur, température). L'hypéresthésie ovarienne gauche est la même. Toutefois, il semble qu'au niveau de cette région, la peau a conservé sa sensibilité. La contracture de la face et de la langue, l'embarras de la parole, n'ont pas changé. L'odorat est conservé à gauche (tabac).

4 *mars*.— Le membre inférieur gauche est anesthésié, rigide et dans l'extension ; le pied est en équin. Si on place une orange dans la main gauche, la malade la maintient tant qu'elle a les yeux ouverts, mais elle la laisse échapper dès que les paupières sont fermées. La main et le bras sont le siége d'un tremblement qui augmente dans l'acte de boire.

5 *mars*. — Hier, de 3 à 4 heures, L... a eu cinq attaques dans lesquelles le bras gauche s'est encore porté derrière le dos. Le membre inférieur gauche est rigide au niveau du genou. Le membre supérieur correspondant est libre, mais on y observe toujours des soubresauts des tendons. Les membres du côté droit, la face, la langue, etc., sont dans le même état.

Soir. — Les membres supérieurs sont agités de secousses presque incessantes, qui s'étendent au cou en amenant des mouvements de la tête et à la face, où elles produisent des grimaces. Le bras gauche, qui se détache difficilement du lit, est en outre le siége de douleurs et de fourmillements ; la main ne peut saisir les petits objets. Les membres inférieurs, où il n'y a pas de secousses, n'ont pas subi de modifications. L'odorat est aboli des deux côtés. L... pleure facilement ; elle accuse des douleurs dans la tête.

6 *mars*. — Les secousses sont moins fréquentes.

7 *mars*. — Hier, de 5 à 9 heures, série d'attaques qui ont laissé le bras gauche fléchi et placé dans le dos.

9 *mars*. *Soir*. — Deux attaques de 2 à 3 heures. A 5 heures, les jambes sont contracturées, fléchies et croisées l'une sur l'autre.

10 *mars* (7 heures du soir). — Attaque tonique. La face est tournée à droite, les yeux regardent à droite et en haut. La malade a de la tendance à rouler de gauche à droite et tomberait si on ne la surveillait (1). La perte de connaissance est complète.

9 *heures*. — La connaissance est revenue vers 8 heures. Les cuisses et les jambes sont fléchies, la cuisse droite est placée

---

(1) Voir les nos 16 et 21 du *Progrès médical*.

(1) Parlant de Louise Lateau, M. Imbert G[illegible] On » m'avait dit qu'elle était battue la nuit par le diable. En réponse à cette » question, Louise m'a avoué [illegible] très-[illegible], il y a quelque » temps, pendant un mois entier, [illegible] pendant [illegible] renversée de » son [illegible] à terre et souffrait beaucoup à ce [illegible]ent.

entre la jambe et la cuisse gauches. Le bras gauche est étendu, le droit fléchi, les mains sont dans la position ordinaire. Les paupières sont demi-closes; la malade ne peut les relever. Les yeux, dirigés en haut et à droite, ne peuvent tourner vers la gauche. La parole est plus facile que d'habitude. L... pleure et se plaint de douleurs vives dans les bras, les jambes et la tête. A 9 heures 1/2, nouvelle attaque très-courte, à la suite de laquelle les jambes se sont étendues. Le bras gauche est dans la flexion exagérée, la main reposant sur l'épaule.

11 mars. — Une attaque a laissé le bras gauche appuyé sur la colonne vertébrale. La malade soulève le membre inférieur gauche. Le pied est normal quant à ses mouvements; mais la face plantaire est le siége de fourmillements.

12 mars. — De midi à 4 heures, série d'attaques pendant lesquelles on a remarqué que la langue tantôt cessait d'être contracturée et permettait à la malade de crier, tantôt sortait démesurément de la bouche. Actuellement (6 heures), le bras est retourné dans le dos, la jambe gauche est normale. La malade annonce qu'elle va être malade parce que ses battements de cœur la prennent. En effet, à l'auscultation, on constate que les battements du cœur sont très-précipités et parfois irréguliers. Bientôt éclate un accès épileptiforme : déviation de la face à droite, rotation des yeux en haut et à droite, rigidité générale, convulsions cloniques (le bras gauche a quitté le dos), roulement de gauche à droite, résolution générale, stertor, sommeil. Cinq minutes plus tard, L... se réveille et gesticule. Puis, après un laps de temps très-court, le bras gauche se remet dans le dos de la façon suivante : la main vient toucher la tête, descend au-devant de la face, de la poitrine, où elle se balance durant quelques instants; ensuite, l'avant-bras se met en pronation forcée et gagne le dos en croisant l'hypochondre gauche.

13 mars. — La main gauche est restée appliquée dans le dos. La motilité a reparu dans le membre inférieur gauche qui est le siége de fourmillements et d'un tremblement choréiforme. La sensibilité au pincement y est revenue en partie.

14 mars. — La contracture persiste à la langue et dans les membres du côté droit. L'inférieur présente une trémulation qui rappelle celle de l'épilepsie spinale.

Soir. — Attaque : cri initial; bouche largement ouverte, langue si fortement sortie que la pointe touche le menton; jambe gauche élevée autant que possible et entourée par les deux bras qui se croisent au niveau du jarret; la main gauche va ensuite s'appliquer sur la face.

15 mars. —Dans une attaque, non précédée de cri, la face et le corps se tournent à droite; la jambe gauche croise la droite, le bras gauche primitivement placé derrière le dos et dans la demi-flexion s'allonge, se porte en haut puis à droite ; le bras droit primitivement placé le long du tronc se met à angle droit avec lui (période tonique); puis on note quelques secousses cloniques, de l'écume, du stertor. T. R. 37°, 4. — Au bout de quelques minutes, alors que tout était fini, que les membres avaient repris leur position habituelle, il survient une nouvelle attaque. Après celle-ci, la température était encore à 37°,4. Une demi heure plus tard : T. R. 37°, 6.

16 mars. — Cinq attaques hier. Dans les intervalles, L... agitait fréquemment la tête en tous sens et se plaignait de beaucoup souffrir. Dans la soirée, elle a eu un ballonnement considérable du ventre, suivi de renvois gazeux abondants. Elle a vomi un peu; on l'alimente toujours à l'aide de la sonde œsophagienne. La nuit a été bonne, le matin: T. R. 37°, 2 (1); P. 64. *(A suivre).*

(1) Des explorations thermométriques qui précèdent il semblerait résulter que la température physiologique est de 37°,2 ; que l'attaque l'élève immédiatement de 2/10 de degré; mais que l'élévation n'atteint son maximum (37°,6) que 25 à 30 minutes après l'attaque.

RÉCOMPENSE. — La société nationale d'encouragement au bien, en sa séance solennelle tenue dimanche, a accordé à notre ami, M. le Dr Th. Roussel, député de la Lozère, la plus haute de ses récompenses, une couronne civique « pour les immenses services qu'il a rendus à l'humanité et au pays en consacrant tout son zèle et tout son dévouement à la défense des intérêts des petits enfants. » — « Que notre couronne, dit en finissant le rapporteur, M. H. Arnoul, soit pour le docteur Roussel une consécration de la reconnaissance publique. » (*Le Temps*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La liberté de l'enseignement supérieur.

Arrêtée par le renvoi à la Commission de l'amendement Fournier qui, dans le but d'exiger des garanties, supprimait les cours libres et ne leur permettait de s'exercer que sous la protection des Facultés établies, la discussion s'est rouverte le 6 juin sur la loi relative à la liberté de l'enseignement par un rapport de M. Laboulaye. Verbal et de pure forme, ce rapport n'a d'autre raison d'être que sa nécessité réglementaire, il remplace en quelque sorte les trois coups sacramentels avant le lever du rideau; il prouve surtout que M. Laboulaye cultive avec soin ses illusions ; fauchées par l'amendement Fournier qui avait renversé toutes les idées de M. Laboulaye, elles ont refleuri de plus belle, et l'honorable rapporteur, qui croit encore à l'Empire libéral, s'est persuadé que l'esprit de parti n'entre pour rien dans les divergences sur la manière de comprendre la liberté d'enseignement qui l'avaient si vivement ému il y a cinq mois. On a réclamé des garanties, il en a cherché avec la Commission, et le résultat est la nouvelle rédaction de l'article 2, sur lequel portera la discussion (1).

M. Dupanloup vient ensuite confirmer M. Laboulaye dans sa persuasion que tout esprit de parti est étranger à la discussion et donner le diapason.

Il proteste contre toute pensée de monopole de la part des catholiques. Ce que lui et ses amis réclament, non pas comme catholiques mais comme citoyens, c'est le droit commun, la liberté commune. Ils n'ont jamais voulu autre chose. Et la preuve, c'est que quand ils avaient la puissance ils se sont bien gardés de donner à une seule Université le monopole de l'enseignement; ils en ont fondé vingt-trois, toutes indépendantes les unes des autres. C'est un argument à retenir pour le moment où il attaquera le monopole de la collation des grades par l'Etat ; on pourra répondre que ce prétendu monopole appartient à une dizaine de Facultés indépendantes les unes des autres. En attendant, M. Dupanloup fait appel à la paix, à la concorde, à la conciliation, et M. Fournier, obéissant à cet appel, retire l'amendement qui avait tant effarouché M. Laboulaye.

La discussion s'ouvre par un discours de M. Henri Martin proposant de remplacer l'article 2 par la déclaration du droit pour tous les Français majeurs d'ouvrir individuellement ou collectivement des cours ou des conférences. M. Laboulaye, qui a cherché vainement la différence entre un cours et une conférence, ne demanderait pas mieux que d'accorder à l'un la même liberté qu'à l'autre, mais il ne saurait déclarer purement et simplement que le droit d'enseigner sur toutes choses est accordé aux individus. Son but, à lui, est de faire une loi libérale qui s'accorde avec la législation actuelle ; il essaie de faire une place à la liberté de l'enseignement au milieu de nos lois et de nos ins-

(1) « Art. 2. — Tout français, âgé de 25 ans, n'ayant encouru aucune des incapacités prévues par l'article 7 de la présente loi ; les associations formées dans un dessein d'enseignement supérieur conformément à l'article 9 ci-après ; les départements et les communes pourront ouvrir librement des cours et des établissements d'enseignement supérieur, aux seules conditions prescrites par les articles suivants. — Toutefois, pour l'enseignement de la médecine et de la pharmacie, il faudra justifier, en outre, des conditions requises pour l'exercice des professions de médecin et de pharmacien. — Les cours isolés, dont la publicité ne sera pas restreinte aux auditeurs régulièrement inscrits, resteront soumis aux prescriptions des lois sur les réunions publiques. — Un règlement d'administration publique déterminera la forme et les délais des inscriptions exigées par le paragraphe précédent. »

titutions. Plein de confiance dans l'habileté de M. Laboulaye à faire vivre les poissons dans l'air et désireux aussi de conciliation, M. H. Martin se contente de l'espoir qu'en troisième lecture on assimilera la conférence au cours, et retire son amendement.

Puis M. Chesnelong demande que l'on ajoute le mot « diocèses » après les mots « départements et communes.» M. Robert de Massy s'y oppose au nom des principes du Code civil. Si l'on comprend facilement l'intérêt qu'il y a à décider que le diocèse n'est qu'une expression administrative, comme le dit M. de Massy, ou qu'au contraire, il constitue une personnalité civile, comme le veut M. Chesnelong, on saisit moins bien l'importance qu'on attache, de part et d'autre, à l'insertion du mot. Peu importe que les Universités de M. Chesnelong puissent recevoir des legs, quand elles auront acquis par elles-mêmes, en vertu de l'art. 11, la personnalité civile, ou qu'elles tiennent indirectement cette faculté du diocèse. Passons donc. L'Assemblée ayant donné gain de cause à M. Chesnelong, M. le Ministre de l'Instruction publique intervient pour contester aux départements et aux communes le droit qu'on vient d'accorder aux diocèses, de fonder des écoles. Selon M. Wallon, qui s'entend mieux encore que M. Laboulaye à accommoder au milieu légal ambiant la loi sur la liberté de l'Enseignement supérieur, départements et communes ne sauraient fonder que des écoles publiques, dont les professeurs doivent être nommés par le Ministre ou le Préfet. Il fait donc ses réserves pour la troisième délibération. —M. Gatien-Arnoult, n'entendant rien à la théorie des milieux et s'imaginant que l'on fait des lois nouvelles pour changer les anciennes, combat les réserves de M. Wallon au nom des intérêts locaux qui peuvent justifier la création d'enseignements spéciaux; il pense que la collection de citoyens représentant la commune ou le département, a autant de titres qu'une association quelconque au droit d'ouvrir une école, et en appelle aux besoins de décentralisation qui tourmentaient l'Assemblée à ses débuts. Il y a de cela bien longtemps, et l'âge refroidit tant d'ardeurs ! — Le premier paragraphe de l'art. 2, adopté avec l'addition des « diocèses, consistoires protestants et israélites » et le maintien des « départements et communes, » le tout sous réserves pour la troisième délibération. M. de Salvandy demande une explication sur le second. Il voudrait savoir si l'officier qui ne peut, chose bizarre, pratiquer la médecine que dans un département, aura le droit d'aller l'enseigner dans un autre. M. Laboulaye répond que ce serait pousser la bizarrerie trop loin, et que sur ce point aussi, la loi sur l'Enseignement se conforme à la législation en vigueur sur l'exercice de la profession. C'est encore une entorse, logique toutefois, à la liberté de l'enseignement.

Enfin, le 8 juin, on aborde les garanties proposées par la Commission et consistant, comme on l'a vu, dans l'âge, l'inscription dans une forme et des délais à déterminer, l'adaptation au milieu légal, qui a suffi peut-être à déterminer le retrait conciliant de l'amendement Fournier. D'accord avec M. Chevandier et peu confiant dans le système de conciliation dont M. Dupanloup a fait la théorie et M. Chesnelong l'application, M. Pascal Duprat demande la suppression des deux derniers paragraphes, c'est-à-dire le retour à l'ancien texte proposé par la Commission de 1870 qui établit d'abord le droit individuel à l'enseignement dont le droit des associations n'est que la conséquence. Il repousse l'exigence du grade et du stage, proposée par M. Wallon, le domaine des lettres et des sciences comprenant maintes parties dont nos facultés ne s'occupent pas et pour lesquelles elles n'ont pas de grades. Au registre d'inscription proposé par la Commission, il objecte la mobilité du public qui amènera d'incessantes modifications entravant le cours à chaque pas par suite des délais fixés par la loi ou le règlement. Soumettre le cours à la loi sur les réunions publiques, c'est exiger pour chaque leçon une demande signée par sept personnes et la présence d'un commissaire de police apte à juger le professeur ; c'est en somme demander l'impossible. — Au fond M. Laboulaye est du même avis que M. Pascal Duprat ; il a confiance dans la liberté, il voudrait que l'on ne s'effrayât pas puérilement de dangers imaginaires ; il reconnaît que, sous ces craintes vraies ou simulées, de doctrines épouvantables, se cache la haine de la liberté. Mais quoi ! l'Assemblée a demandé des garanties, et M. Laboulaye en a cherché pour rassurer ceux qui s'effrayent et il a trouvé le registre d'inscription. Il a poussé la sollicitude et l'habileté jusqu'à en chercher pour rassurer ceux qui ne veulent pas être rassurés, et il a trouvé cette mirifique invention de soumettre les conférences aux dispositions de la loi sur les réunions publiques et à un futur règlement d'administration publique. Ce n'est plus le dilemme ou la liberté pour tous, ou la liberté pour personne, c'est la théorie de la libre conférence garantie par les lois de l'Empire. M. Wallon, qui s'était mis en quête de son côté trouve très-insuffisantes les garanties de M. Laboulaye. L'inscription sur un registre est contraire à la publicité qui est de l'essence de l'enseignement supérieur ; elle ne garantit en rien la sûreté publique, car on peut inscrire tous les gens d'une commune sur un registre et leur faire le cours le plus subversif. Le règlement d'administration publique peut bien offrir des garanties, mais quelles seront-elles ? on ne le sait pas. D'ailleurs M. Wallon croit à peu près impossible d'empêcher préventivement un professeur dangereux de faire un mauvais cours. Cependant il eut préféré les garanties du grade et du stage déjà demandées pour l'enseignement secondaire, avec dispenses, équivalences et recours à l'autorisation ministérielle. — M. Laboulaye ne veut pas entendre parler du grade qui n'est exigible que là où on confère des grades. Au Collége de France, on ne s'est jamais inquiété des grades. S'il a proposé l'inscription, c'est pour répondre à cette objection que les cours publics dégénéreraient en réunions publiques. Aujourd'hui le ministre demande que les cours soient publics pour pouvoir les surveiller. Comment alors rassurer ceux qui tiennent absolument à trembler ? que M. Laboulaye se tranquillise, le règlement d'administration est là, si ne suffisent la loi sur les réunions et autres lois de garantie.

Après cette passe d'armes entre les deux défenseurs de deux systèmes de garantie, convaincus tous deux de l'impuissance et de l'inutilité des garanties préventives, les deux paragraphes étant adoptés, M. de Pressensé propose de lever l'interdiction de traiter de matières religieuses formulée dans la loi sur les réunions publiques. Comme ce serait modifier une ancienne loi par une nouvelle, M. Fournier déclare la présentation inadmissible et l'amendement est rejeté. Moins heureux encore, M. Brunet provoque les rires

de l'Assemblée ne demandant pas les musulmans, en France et aux colonies, seront admis à profiter des prescriptions de l'article 2. Soulevée peut-être dans un moment mal choisi, peut-être traitée d'une façon insuffisante, la question méritait par elle-même un accueil plus sérieux.

A la séance suivante, la délibération semble devoir marcher rapidement. On vote sans discussion l'article 3 et l'article 4 relatifs aux conditions d'ouverture des cours et de création des établissements d'enseignement supérieur, conditions fort simples et de nature à ne soulever aucune objection importante. On accueille un amendement de M. Dauseau, demandant que les facultés de médecine justifient de la possession d'Amphithéâtres, d'hôpitaux, de Jardin des plantes, de collections et de laboratoires pour l'étude de la chimie, de la physique, de la physiologie et de l'histoire naturelle, et d'une bibliothèque spéciale. Seulement la Commission, craignant peut-être qu'en vertu de cet amendement on ne demande plus tard la fermeture de l'Ecole de médecine de Paris, paraît disposée à ne pas exiger cet idéal pour les facultés libres, et à se contenter pour minimum à leur égard de la moitié du minimum des facultés de l'Etat. — Mais, au sujet de l'article 5, conférant aux établissements en règle avec l'article 4 le droit de prendre le titre de facultés libres, tout se gâte. M. Wallon demande la suppression du dernier paragraphe touchant les établissements appartenant à des départements ou à des communes. Ce sera le gage de la suppression en troisième lecture des « départements, communes et diocèses » dans l'article 2. Mais les partisans des diocèses ne veulent pas donner ce gage. Une vive discussion s'ensuit et se termine par un scrutin nul, M. Wallon, sans insister sur la suppression *hic et nunc*, ayant fait ses réserves pour la troisième délibération. Ce n'est que le lendemain après une reprise de la discussion que le paragraphe est adopté.

L'article 6 ouvre les cours et établissements libres aux délégués du Ministre de l'instruction publique. M. Wallon trouve que ce n'est pas assez, son personnel étant insuffisant et demande l'adjonction des agents de l'administration publique. M. Laboulaye répond que le Ministre étant libre de prendre ses délégués où il voudra, l'addition est inutile et l'Assemblée lui donne raison. Puis sur la proposition de M. Chesnelong, amendée par M. Beaussire, l'Assemblée décide que la surveillance ne portera sur l'enseignement que pour vérifier qu'il n'est pas contraire à la morale, à la constitution et aux lois. On vote ensuite l'article 7 établissant les incapacités ou plutôt les indignités. Il n'est pas question d'incompatibilités; il serait bon de savoir cependant si un professeur de l'Etat pourra en même temps, appartenir à une faculté libre. L'article 8 relatif aux étrangers est adopté.

L'article 9 dispose que les associations formées pour encourager et propager l'enseignement supérieur ne sont pas soumises à l'art. 291 du Code pénal. M. Paris veut restreindre cette exception aux associations formées pour fonder des établissements d'enseignement: la généralité des termes employés par la Commission l'inquiète: il craint que sous le prétexte de fonder des cours, il ne se crée des associations permanentes survivant à la fondation et poursuivant un autre but. M. Beaussire admet la dérogation en faveur des associations, après la fondation accomplie, pour l'entretien de cours tels que les règle l'art. 2. Finalement l'Assemblée accepte la rédaction de M. Batbie : L'article 291 ne s'applique pas aux associations destinées à créer ou entretenir des cours ou établissements d'enseignement dans les conditions de la présente loi. Il en résulte la suppression de l'art. 10. M. Delorme demande ensuite l'abrogation du décret du 3 messidor an XII, relatif à la formation des congrégations religieuses; sur les observations de MM. Depeyre et de Massy qu'il convient de laisser de côté ce point litigieux, il se contente de demander l'addition, qui est acceptée, de dispositions relatives à la déclaration de fondation des associations en faveur desquelles l'art. 291 est abrogé.

L'article 11 qui permet aux établissements ou associations, une fois reconnus d'utilité publique après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, d'acquérir et contracter à titre onéreux et de recevoir des dons et legs donne lieu à une longue discussion.

M. Guichard dans la crainte de voir les congrégations religieuses rétablir la main-morte sous le couvert d'établissements d'enseignement supérieur, propose un amendement destiné à parer à ce danger. Cet amendement, repoussé comme superflu par M. Depeyre, les établissements reconnus d'utilité publique restant soumis à toutes nos lois, n'est pas accepté. M. de Belcastel, qui ne partage pas les craintes de M. Guichard, voudrait que la reconnaissance d'utilité publique, avec ses conséquences, soit acquise de plein droit, après cinq ans d'exercice, à toute université libre, composée d'au moins trois facultés. Il ne peut l'obtenir de l'Assemblée qui donne au contraire, en adoptant l'article, une certaine satisfaction aux scrupules de M. Guichard, en ajoutant que les établissements et associations devront être reconnus d'utilité publique « dans les formes voulues par la loi » et recevront des dons et legs « dans les conditions prévues par la loi. »

Après avoir adopté l'article 12 réglant la liquidation des biens disponibles en cas d'extinction ou de suppression d'un établissement ou d'une association d'enseignement supérieur, l'Assemblée aborde avec le titre III, la grosse question de la collation des grades. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 juin 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Onimus a récemment observé un fait intéressant au point de vue physiologique. Il s'agit d'un homme, qui, à la suite d'une chute sur l'avant-bras, présentait une section transversale des muscles fléchisseurs, avec intégrité presque compèlte d'un segment et atrophie considérable de l'autre segment musculaire. Après un traitement assez prolongé par l'électricité, une certaine amélioration se produisit et une cicatrice solide s'établit entre les deux parties du muscle. M. Onimus put alors constater que l'électrisation du segment musculaire atrophié ne donnait lieu à aucune contraction, tandis qu'en portant l'excitation sur la portion du muscle demeurée intacte, il obtenait la contraction de la fibre dans toute son étendue. Cette observation serait de nature à faire croire que chaque fibre musculaire ne possède qu'une terminaison nerveuse; dès lors l'excitation en un point déterminé donne lieu à la contraction de la fibre dans sa totalité.

M. Renaut a étudié sur des pièces communiquées par M. Vulpian la myosite destructive qui se produit dans le cours de l'intoxication saturnine. M. Vulpian a signalé la production de noyaux nombreux dans les faisceaux musculaires, ce qui

donne un aspect moniliforme aux fibres musculaires atrophiées. M. Renaut a constaté une polifération cellulaire considérable, dans la gaine des artérioles et veinules et dans les noyaux situés sous le sarcolemme; peu à peu les fibres musculaires se sectionnent et se divisent en petits tronçons. Finalement on ne trouve plus dans le faisceau musculaire atrophié que la gaîne contenant de grands amas cellulaires. C'est là un processus que l'on peut rapprocher de celui qui se passe dans la myéline du bout inférieur des nerfs coupés.

M. Lépine communique à la société les résultats de 3 expériences qu'il a entreprises de concert avec M. Bochefontaine. En excitant la partie tout à fait antérieure des circonvolutions, au voisinage du lobe olfactif, ces expérimentateurs ont obtenu une sécrétion salivaire abondante. Il est dès lors permis de se demander, si au voisinage du lobe olfactif, il ne se trouve pas un centre salivaire.

M. de Sinety fait part à la société d'une anomalie extrêmement rare qu'il a rencontrée chez un enfant mort quelques heures après la naissance; outre les deux ovaires normaux, il existait un ovaire surnuméraire. Dans le ligament tubo-ovarien droit se trouvait une série de petits kystes tapissés d'un épithélium à cils vibratiles. L'un de ces kystes, plus volumineux et plus résistant que les autres présentait, en miniature, tout les caractères microscopiques de l'ovaire.

M. Rabuteau fait une communication sur la matière colorante de l'urine. Il explique dans quelles conditions l'urochrome peut se transformer en urocythrine et celle-ci à son tour passer à l'état d'urochrome : ce qui rendrait compte des changements de coloration de l'urine.

M. Tarchanoff, en électrisant les globules rouges du sang des têtards, a pu constater des faits intéressants dont il fait part à la société. Outre certaines modifications dans la forme et la coloration du globule il a observé le fait suivant: les granulations vitellines se dirigent par la ligne la plus directe du pôle positif au pôle négatif, pour s'accumuler en ce dernier point. On pourrait conclure de ces expériences que les mouvements des granulations s'effectuent facilement et en outre que le globule peut se modifier sous l'influence de causes de l'ordre purement mécanique.

M. Ranvier fait remarquer que, d'après ces recherches, il est permis de se demander si certaines modifications observées dans les cellules de la cornée et attribuées à des phénomène vitaux ne sont pas dues à des actions mécaniques.

M. Tarchanoff montre à la société un rat mort de faim dans les conditions suivantes : une des incisives inférieures, en se développant s'est rapprochée de la voûte palatine et finalement l'a perforée, formant ainsi entre les deux mâchoires une sorte d'articulation assez solide pour rendre impossible tout mouvement de mastication. — A cinq heures et demie la société se constitue en comité secret. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juin. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président annonce à l'académie la mort d'un de ses membres, M. Demarquay. — M. Chevallier lit une série de rapports au nom de la commission des *Eaux minérales*. Les conclusions sont adoptées sans discussion.

Election. — L'Académie nomme un membre correspondant national dans la première section. La commission avait présenté : 1° M. Jacquez ;—2° *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Berchon, Burdel, Dechaux, Raimbert, Willemin.

Premier tour de scrutin : votants 72, majorité 33. — M. Burdel obtient 15 voix; — M. Jacquez, 13; — M. Berchon, 11; — M. Dechaux, 9; — M. Raimbert, 9; — M. Willemin, 7.

Aucun candidat n'obtenant la majorité, on procède à un second scrutin : votants 62; majorité 33. — M. Burdel est nommé par 36 voix, contre 12 données à M. Berchon, 8 à M. Jacquez, 3 à M. Raimbert, 3 à M. Willemin, 2 à M. Dechaux.

M. Giraud-Teulon achève la lecture de son mémoire intitulé : *Des troubles fonctionnels de la vision et de leurs rapports avec le service militaire.* (Voir notre précédent compte-rendu.) L'auteur passe en revue les troubles visuels qui devraient exempter du service militaire. Arrivant aux moyens de constatation et pour éviter la fraude, il demande, qu'on adjoigne à tous les conseils de révision, un médecin militaire qui examinera à l'ophthalmoscope tous les intéressés.

Il croit que la myopie ne doit pas être un motif d'exemption pour les jeunes gens instruits. Il serait facile de leur laisser porter des lunettes. On sait, en effet, que la myopie n'est pas une affection de naissance, mais une maladie acquise, sa fréquence concorde avec le degré d'instruction. Elle est presque inconnue dans les campagnes et les écoles primaires. Ecarter les myopes du *volontariat d'un an* c'est priver l'armée future d'officiers et de sous-officiers instruits. La myopie n'exempte pas du service militaire en Allemagne. En somme, si la myopie doit encore exempter les ignorants, il n'en doit plus être ainsi pour les jeunes gens instruits tels que les volontaires d'un an.

MM. Larrey, Legouest, Perrin demandent la parole. Le premier fait observer que M. Giraud-Teulon s'est trop attaché à la lettre de l'instruction ministérielle qui s'adresse à tous les fonctionnaires et pas seulement aux médecins. M. Perrin affirme que dans tous les conseils de révision on emploie l'ophthal. moscope. M. le Président dit que la discussion sur le travail de M. Giraud-Teulon pourra être reprise, mais que l'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'*Etiologie du choléra.*

M. Tholozan démontre que si le choléra a une origine Indienne primitive, il peut maintenant naître et se développer de toutes pièces dans différents pays. Des cinq dernières épidémies, 2 sont nées en Europe, 2 en Perse, 1 en Arabie.

L'orateur rend justice au travail de M. Bonnafond. Dès 1853, en effet, il a écrit que le choléra pouvait renaître dans des pays où il avait déjà sévi, mais s'il a avancé le fait il ne l'a pas prouvé. C'est bien à M. Briquet que revient l'honneur d'avoir parlé de l'*hibernation du choléra*; mais souvent en Mésopotamie, en Perse, le fléau a germé pendant des étés torrides pour éclater en hiver.

Si les germes cholérifères naissent dans l'Inde à chaque épidémie, l'incubation dont on a parlé n'existe pas? M. Bouillaud a proposé d'aller combattre le fléau à son lieu d'origine, dans l'Inde; des efforts pourront être faits mais sans grand espoir de réussite. Comme M. J. Guérin, l'orateur admet la parfaite similitude du choléra sporadique et du choléra épidémique. Ne lit-on pas dans les meilleurs auteurs que le choléra sporadique ne se montre que dans les lieux qui ont été parcourus par une épidémie; avant, cette affection y était inconnue. Enfin, il faut admettre pour le choléra un caractère contagieux mais surtout épidémique. — La séance est levée à cinq heures et quart. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 mars 1875. — Présidence de M. Charcot.

1. Production osseuse et cartilagineuse développée dans les plèvres; par P. Lucas-Championnière, interne des hôpitaux.

En faisant l'autopsie d'une malade âgée de 40 ans et morte d'une affection cardiaque, j'ai trouvé à la région postérieure et inférieure du poumon droit, et développée entre les deux plèvres, au milieu d'adhérences extrêmement serrées et nombreuses, cette production longue de 7 à 8 centimètres environ, large de deux. Elle est disposée verticalement, parallèlement à l'aorte dont elle est éloignée de 8 à 10 centimètres. La plèvre pariétale a été enlevée en même temps que les poumons, et il est facile de voir qu'il n'y a aucun rapport entre cette production et les côtes. Au contraire, elle est intimement adhérente au parenchyme pulmonaire, et aux deux feuillets de la plèvre; il est probable que c'est au milieu de fausses membranes unissant ces deux feuillets qu'elle s'est développée. La consistance est cartilagineuse et même osseuse et l'aspect de cette production est celui d'un fragment de côte dont elle a à peu près la largeur.

2. Rétrécissement aortique; par P. Lucas-Championnière, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur un malade qui mourut dans une syncope dans le service de M. Jaccoud. On avait constaté

chez lui un souffle intense à la base du cœur et au premier temps, se propageant dans l'aorte et s'étendant même en arrière du tronc. Le pouls était insensible. Cet homme, âgé de 44 ans, terrassier, n'était malade que depuis quatre mois; depuis ce moment, le principal symptôme était la dyspnée. La pièce est remarquable en ce que l'orifice aortique est réduit à une fente transversale dont la plus grande largeur est de 3 millimètres environ, et dont les bords sont absolument rigides à cause des productions calcaires dont ils sont recouverts. La première partie de l'aorte est athéromateuse; les autres orifices cardiaques sont sains. L'hypertrophie ventriculaire est énorme et peut seule expliquer comment la circulation pouvait se faire avec une lésion aussi avancée.

2 *bis*. Tumeur sarcomateuse des os du crâne. Généralisation dans les ganglions mésentériques, les côtes, la Capsule surrénale droite; par F. BIDE, interne provisoire.

Saliet, Etienne, 70 ans cordonnier, entre à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, service de M. DESCROIZILLES (salle Sainte-Foy, n° 5) le 21 février 1875. — Ce malade admis à Bicêtre pour l'indigence et dont les antécédents sont inconnus, se plaint depuis longtemps de violentes douleurs dans la tête. Il parle peu, reste dans une somnolence habituelle voisine de l'abrutissement et duquel on avait peine à le tirer.

Il se présente à l'infirmerie dans les conditions suivantes. — Etat de faiblesse extrême. — Teint pâle, jaune paille. — Un peu de diarrhée. — Point de fièvre. — Le malade présente une dyspnée assez notable. — La résonnance de la poitrine est normale des deux côtés. A l'auscultation, râles sous-crépitants avec râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue et des deux côtés du thorax d'une façon plus marquée à droite qu'à gauche. — Expectoration opaque, muco-purulente, diffluente et nageant au-dessous d'une sérosité grisâtre peu aérée. — Les bruits du cœur sont sourds et couverts par les bruits pulmonaires. — Pas de symptômes de paralysie. Pas d'aphasie, pas d'accidents épileptiformes. — Pas d'amaurose. — Prescrip. : ipéca stibié.

Le malade présente en outre une tumeur volumineuse au niveau de la bosse frontale du côté gauche. — Très-étendue dans le sens transversal et le sens vertical, à bords légèrement saillants du côté des pariétaux, elle se perd insensiblement en avant au-dessous de l'arcade orbitaire et du côté de la fosse temporale. Elle est dure, ne se déprime pas sensiblement par les fortes pressions et est complétement irréductible. — Le cuir chevelu ne semble pas adhérer intimement à la tumeur.

La coloration de la peau du front est normale sur les bords de la tumeur. A sa partie culminante, on note une coloration d'un rouge vineux disposée par plaques et par stries. Un grand nombre de veines dilatées, sinueuses, du volume d'une petite plume de pigeon, font saillie sous la peau. Elles partent de la partie moyenne de la tumeur pour converger vers l'angle externe de l'œil où elles disparaissent. Il n'y a pas d'exorbitis.

Les deux paupières présentent une légère dilatation de leurs veines. A la palpation on ne sent pas de pulsations ni d'expansion dans la tumeur prise en totalité. Néanmoins on sent rouler et battre sous les téguments 2 artères flexueuses, à parois un peu indurées. La tumeur ne présente ni souffle ni aucun murmure vasculaire à l'auscultation.

Cette tumeur aurait mis au dire du malade 6 mois à se développer. Deux autres tumeurs, l'une du volume d'un œuf de poule, l'autre du volume d'une toute petite noix, s'observent également au niveau de l'occipital.

On diagnostique des tumeurs malignes probablement développés aux dépens des os du crâne. — En présence de la dépression considérable du malade, de son état de somnolence habituel, somnolence qui ne va pas cependant jusqu'au coma, on soupçonne que la tumeur proémine à l'intérieur du crâne.

Les jours suivants le malade présente peu d'amélioration. — Sa respiration s'embarrasse de nouveau et l'application de ventouses sèches ne produit pas de résultat. — L'affaiblissement, la dépression, la somnolence sont toujours aussi marqués. — Enfin le 27, sans troubles nouveaux, sans phénomènes comateux, le malade succombe à 10 heures du soir.

AUTOPSIE. *Tête.* On constate une vaste infiltration sanguine des téguments qui recouvrent la tumeur. — Ils sont violacés et bleuâtres, et se détachent assez facilement de la tumeur. Après l'ouverture du crâne, on constate que la tumeur principale s'arrête au niveau de l'arcade orbitaire et n'envoie de prolongements ni dans l'orbite, ni dans ses parois osseuses. — Le périoste se détache difficilement aux abords de la tumeur et ne peut être détaché au-dessus d'elle. — Celle-ci présente tous les caractères macroscopiques du cancer des os.

A la surface externe de la boîte osseuse, outre les 3 tumeurs constatées durant la vie et qui ont toutes le même aspect extérieur, on en trouve de plus petites faisant simplement saillie sous forme de grains agminés.

Après l'enlèvement du cerveau, on observe que la tumeur principale occupe presque la moitié de l'espace compris entre la faux du cerveau et les parois du crâne. Elle présente sa plus grande saillie près de la fosse coronale. — Elle ne forme pas une masse unique comme à l'extérieur, mais se présente sous l'aspect de mamelons groupés et serrés les uns contre les autres et variant du volume d'un pois à celui d'une petite noix. — La dure-mère est presque totalement cachée par la tumeur, cependant à la partie médiane de celle-ci, elle apparaît presque saine, seulement un peu injectée. On sent par pression que la tumeur est au-dessous et lui adhère intimement, ce qui porte à croire que l'envahissement de la dure-mère n'a été que consécutif. Au point correspondant des deux tumeurs plus petites, la dure-mère est peu soulevée et est séparée des parois du crâne par une faible portion de ces tumeurs. Par la dissection, on arrive sans trop de peine à l'en séparer; sur d'autres points l'adhérence est fort intime.

Ces petites tumeurs ne sont donc pas simplement extra-crâniennes. Sur une section de la tumeur intéressant à la fois sa partie extra-crânienne, sa partie intra-crânienne ainsi que la lame osseuse intermédiaire, on voit que celle-ci n'a point disparu. Si l'on essaie de faire une coupe avec un fort scalpel, l'os friable se coupe facilement et l'on voit du diploé partir de longues aiguilles osseuses qui pénètrent la tumeur. La friabilité cesse où finit la tumeur. — Le sinus longitudinal supérieur n'est envahi par aucune végétation.

Cerveau. A la surface des circonvolutions du lobe frontal, on observe des dépressions nombreuses en forme de cupule et correspondant exactement aux saillies mamelonnées de la tumeur intra-crânienne. A la coupe, ces circonvolutions ne paraissent pas altérées. La pie-mère paraît saine et se détache comme à l'état normal. — Ancien foyer d'hémorrhagie dans la couche optique gauche.

Poitrine. Le poumon gauche adhère peu à la plèvre et paraît sain. Un peu de congestion à la base. Le poumon droit adhère fort intimement à la paroi costale; son tissu est friable, fortement plénisé, surtout dans ses deux lobes inférieurs. Pas trace de tubercule ou de cancer dans les deux poumons. — Le *cœur*, de volume moyen, un peu graisseux, ne présente d'altération organique à aucun de ses orifices. — Rien dans le *péricarde.* On note quelques noyaux d'apparence cancéreuse sous la plèvre au niveau de quelques-unes des côtes gauches. Les noyaux paraissent adhérer aux côtes qui sont friables et se rompent facilement en ces points.

Abdomen. Les intestins, l'estomac et la rate sont sains. — Le *foie* est un peu friable.

Reins. Rien de particulier. — La capsule surrénale gauche augmentée de volume, présente un noyau d'apparence cancéreuse. — En avant de l'aporte abominale, on trouve une masse de ganglions agglomérés et atteints de dégénérescence cancéreuse. A droite, la masse ganglionnaire se prolonge le long du psoas vers le canal crural. — La veine cave inférieure et la veine rénale gauche sont comprises dans les ganglions hypertrophiés, mais elles sont restées perméables.

L'*examen histologique* de la tumeur crânienne, fait au laboratoire du Collége de France, par M. Debove, a fait reconnaître qu'il s'agissait d'un *sarcome ossifiant*.

M. CHARCOT. Les tumeurs crâniennes sont, en général, peu propres à élucider la question des localisations cérébrales; le cerveau peut céder la place tout en conservant sa structure, et la compression s'établir sans signes évidents.

M. MONOD fait remarquer que cette tumeur aurait été désignée autrefois sous le nom de fongus de la dure-mère.

24. Epithélioma du corps de l'utérus, communication fistuleuse de la cavité utérine avec l'intestin; par M. Dianoux, interne des hôpitaux.

Vanecker, Amélie, âgée de 36 ans, entrée le 9 octobre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 15 (service de M. Dolbeau). Cette femme se plaignait de pesanteur et de douleur dans l'abdomen; elle avait des pertes de sang souvent répétées, et, dans les intervalles, un écoulement roussâtre fétide; sa santé générale était déjà profondément altérée, et son amaigrissement, la décoloration jaunâtre des téguments, joints aux phénomènes morbides du côté de l'utérus, suggéraient de suite l'idée d'un cancer de cet organe. Le toucher, cependant, semblait au premier abord contredire cette supposition. Le col en effet était parfaitement sain, de volume normal; le fond de la matrice par contre était notablement augmenté de volume, en rétroflexion, et fixé dans sa position vicieuse par des adhérences, suite d'une pelvi-péritonite antérieure en rapport avec les phénomènes douloureux qu'avait éprouvés la malade. Le *diagnostic* porté fut alors : Rétroflexion de l'utérus et pelvi-péritonite de cause indéterminée.

Mais bien loin de se calmer, les symptômes morbides allèrent en s'aggravant ; une diarrhée incoercible survint, l'écoulement sanieux par le vagin continua, la cachexie s'établit, et l'aspect de la malade devint tout à fait celui de l'affection cancéreuse à sa période ultime. Dès lors M. Dolbeau confirma son diagnostic du début, et lorsque nous prîmes le service au 1er janvier, il nous présenta cette malade comme atteinte d'un cancer du corps de l'utérus avec intégrité du col.

La malade mourut le 6 *janvier*. L'autopsie montra qu'il s'agissait bien réellement d'un cancer du corps de l'utérus, mais elle révéla en outre une lésion très-singulière et qui n'avait pas pu être soupçonnée du vivant de la malade.

Le corps de l'utérus, plus que triplé de volume, était fixé, par des fausses-membranes anciennes, à la partie supérieure du l'S iliaque du colon et à la partie moyenne du rectum. Les parois de l'utérus étaient, sauf dans la moitié droite, plutôt amincies qu'hypertrophiées; l'angle supérieur gauche du corps utérin vers l'insertion de la trompe adhérait solidement à la partie *initiale* de l'S iliaque; en ce point il existait une perforation laissant aisément passer la pulpe du doigt et correspondant à une perforation semblable de l'intestin d'autre part; un peu au-dessous de cette première perforation, également du côté gauche, il en existait une seconde faisant communiquer la cavité utérine, au moyen d'un court canal constitué par des pseudo-membranes, avec l'intérieur du rectum vers sa partie moyenne; là se trouvait une perte de substance laissant passer facilement le doigt médius. La cavité utérine formait ainsi une annexe de l'intestin, un canal de dérivation pour les matières fécales. Chose remarquable, le col était parfaitement sain; la cavité cervicale ne contenait aucune parcelle des excréments qui remplissaient le corps, et dont au reste on n'avait jamais constaté l'issue par le vagin.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un *Epithélioma*, dont les éléments infiltraient une grande partie de la portion restante des parois du corps utérin, et la paroi de l'intestin dans une petite étendue autour des points perforés.

Ici le néoplasme avait agi beaucoup plus par des phénomènes d'ulcération que par l'envahissement et la dégénérescence des tissus voisins, phénomène qui du reste est assez fréquent dans cette région.

31. Otite aiguë moyenne; paralysie faciale et méningite aiguë par irruption du pus dans l'aqueduc de Fallope; par M. Darolles, interne des hôpitaux.

La nommée Fauqueuse, âgée de 38 ans, est entrée le 14 décembre 1874, à l'Hôpital temporaire, dans le service de M. Damaschino, salle Saint-François, n° 21.

Elle était venue y demander des soins pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui, après avoir successivement envahi les articulations des quatre membres, était complètement éteint au commencement de janvier 1875.

Le 5 *janvier*, après s'être exposée pendant quelque temps à un courant d'air froid, elle éprouva des douleurs très-vives dans l'oreille droite, avec irradiations du côté de la région temporale. Presque en même temps, apparut une surdité à peu près complète de l'oreille droite.

Ces symptômes persistèrent pendant trois jours avec la même intensité. — Au bout de ce temps, elle ressentit, nous dit-elle, une sensation de rupture dans l'oreille droite, qui fut suivie de l'écoulement d'un liquide purulent. Dès lors, les douleurs auriculaires disparurent presque complètement, mais la surdité persista aussi intense, et jamais il ne nous fut possible d'entendre ce sifflement caractéristique d'une rupture de la membrane du tympan, que devrait produire la malade, en faisant effort pour souffler, alors que la bouche est fermée et qu'on obture par la pression l'ouverture antérieure des fosses nasales.

10 *janvier*. La malade accuse de violents maux de tête. La région mastoïdienne est fort douloureuse au toucher. Ecoulement de pus peu abondant par le conduit auditif externe. La face est plutôt pâle que congestionnée. Les pupilles sont également et normalement dilatées. Constipation depuis trois jours; pas de vomissement; pas de contracture; pas de délire; fièvre modérée. — Un purgatif et huit sangsues successivement appliquées à la nuque viennent facilement à bout de ces symptômes.

15 *janvier*. Le matin à la visite, on constate une paralysie faciale complète du côté droit. Déviation de la bouche; la commissure labiale gauche est fortement attirée en haut et à gauche; les saillies musculaires de la joue droite sont effacées. L'orbiculaire droit est paralysé; la malade ne peut complètement recouvrir le globe oculaire. Les points lacrymaux sont renversés. La langue n'est pas déviée. Les muscles du voile du palais ne sont pas atteints. Pas de paralysie de la sensibilité. Soulèvement de la joue droite à chaque expiration. Sifflement impossible. Pas de symptômes généraux concomitants. Pas de céphalalgie; pas de vomissements; pas de fièvre. — Vésicatoire sur l'apophyse mastoïde.

16 *janvier*. Nuit sans sommeil. Douleurs frontales très-intenses. Le facies est pâle, contracté, et traduit une vive souffrance. Les pupilles sont également et normalement dilatées. Pas de délire; pas de contracture; pas de vertiges, lorsqu'elle s'assied sur son séant; pas de nausées ni de vomissements. Constipation datant de 5 jours. Ecoulement d'une énorme quantité de pus verdâtre par le conduit auditif externe. Peau chaude et moite ; langue humide, légèrement saburrale, T. 39°, 4. — *Traitement* : Une bouteille d'eau de Sedlitz. Six sangsues appliquées à la nuque.

Soir, même état, pas de garde-robes; T. 40°, 2.

17 *janvier*. La céphalalgie frontale persiste avec la même violence. La face est un peu grippée; pas de délire. Constipation ; rétraction du ventre. T. 39°, 8 — *Soir*, T. 39°, 8.

18 *janvier*. Le malade nous dit avoir un peu reposé pendan la nuit, et accuse une diminution sensible de la céphalalgie. Le facies est très-injecté ; T. 40°, 3. Pas de garde-robes. — On prescrit 80 centigr. de calomel, dans une potion, à prendre par cuillerées.

Soir. La malade se sent bien mieux; c'est à peine, dit-elle, si elle ressent un peu de lourdeur de tête, elle demande à manger. Mais à côté de cette amélioration accusée par la malade, nous constatons une contracture très-accentuée des muscles de la nuque. La tête est fortement renversée en arrière, et la moindre tentative faite pour la redresser occasionne de très-vives douleurs. Pas de garde-robes. Pouls fréquent, régulier. T. 40°.

19 *janvier*. L'état général devient de plus en plus mauvais. et cette aggravation des symptômes contraste avec l'optimisme de la malade, qui se trouve presque guérie et songe déjà à quitter l'hôpital. Délire loquace pendant la nuit. Raideur de la nuque, pas de contracture des membres, pas d'altération de la sensibilité. Paralysie faciale persistante. T. 40°, 8. Le pouls est fréquent 130, mais égal et régulier.

Soir. La malade trouve qu'elle va de mieux en mieux; muscles de la nuque et du tronc fortement contracturés (opisthotonos). Poumons sains. Bruits du cœur réguliers.

Sur la face, 3 groupes de vesicules d'herpès. On en trouve deux à droite, l'un au niveau de l'extrémité externe du sourcil,

l'autre un peu au-dessous de la commissure labiale. Le troisième groupe siége à la partie moyenne de la joue gauche. Pas de phénomènes à noter du côté des membres. T. 40°, 2.

20 *janvier*. Pas de délire pendant la nuit. La malade est profondément affaissée, c'est à peine si elle a la force de répondre aux questions qu'on lui adresse. Les lèvres et les dents sont recouvertes de fuliginosités. Toute la face est vivement injectée; sur ce fond rouge se détachent les vésicules d'herpès que nous avons signalées. Sueurs profuses généralisées. T. 40°, 8. Incontinence des urines et des matières fécales. Contracture des muscles de la nuque et du tronc. Le bras gauche est paralysé; soulevé, il retombe lourdement dès qu'on l'abandonne à lui-même. Les autres membres ne sont pas paralysés. Les pupilles sont également dilatées, et ne se contractent que fort lentement lorsqu'on les expose à une vive lumière.

Soir. Incontinence d'urine et des matières fécales. Roideur de la nuque. Résolution complète des quatre membres. Sueurs profuses très-abondantes. Respiration stertoreuse. Pouls filiforme, régulier. T. 40°,6. Pupilles dilatées. — Mort à 8 heures du soir.

Autopsie. — Injection très-vive des veines de la dure-mère. La cavité arachnoïdienne renferme deux cuillerées environ d'un liquide sanguinolent. La face interne de la dure-mère est libre de toute adhérence avec l'arachnoïde viscérale, et ne présente, en aucun point, des fausses membranes d'organisation ancienne ou récente.

L'ablation du cerveau n'offre aucune difficulté. Les veines de la pie-mère sont fortement gorgées de sang, et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est le siége d'une infiltration purulente très-abondante. Le pus, d'une couleur jaunâtre, abonde surtout à la base du cerveau et s'étend sur une grande partie de l'hémisphère droit, dont il recouvre presque toute la convexité. Dans l'hémisphère gauche, l'infiltration reste limitée au lobe sphénoïdal et ne s'étend que fort peu sur la convexité.

Outre ces plaques purulentes continues avec elles-mêmes, on remarque de petits îlots de pus, situés principalement sur le trajet des vaisseaux de la pie-mère, et disséminés soit sur la convexité des hémisphères, soit sur la circonférence du cervelet et la partie inférieure de la protubérance. La pie-mère est adhérente à la substance grise des circonvolutions surtout au niveau des régions occupées par le pus. Diverses coupes pratiquées au sein de la substance cérébrale laissent voir un piqueté sanguin très-abondant de la substance blanche.

Rocher. Les faces antérieure et postérieure du rocher du côté droit, dépouillées de la dure-mère qui les tapisse, ne sont le siége d'aucune altération. Une section du rocher perpendiculaire à son axe et mettant à jour la caisse du tympan, démontre l'existence d'une otite suppurée moyenne. En effet la caisse du tympan est remplie de pus au sein duquel nagent les osselets de l'ouïe. Les cellules mastoïdiennes sont infiltrées d'un liquide de même nature. La membrane du tympan, examinée par transparence, présente à l'extrémité supérieure de son diamètre vertical, une petite ouverture déchiquetée de la grosseur d'une tête d'épingle. — Le nerf facial a été mis à nu jusqu'au point où il décrit son second coude dans l'intérieur de l'aqueduc de Fallope. Dans toute cette étendue il était entouré d'une couche de pus concret.

De cette observation il est permis de conclure que la méningite à laquelle a succombé la malade, a été uniquement provoquée par le contact du pus, qui a fait irruption dans l'aqueduc de Fallope, avec le prolongement des méninges qui accompagnent le nerf facial.

Séance du 26 *février*. — Présidence de M. Charcot.

32. Angiome sous-cutané; par M. Deffaux.

Cette tumeur, enlevée par M. Duplay, était developpée dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de la face dorsale du 2e métacarpien.

Elle avait débuté il y a quatre ans, au moment de la guerre, à la suite d'un coup de crosse de fusil.

M. Cartaz. J'ai vu dernièrement un jeune homme de 18 ans, qui portait sur la fesse droite une petite tumeur ayant tous les caractères d'un angiome. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

Examen histologique; par M. Ch. Monod, chef du laboratoire de l'hôpital des Cliniques.

L'examen histologique de cette tumeur confirme, de tous points, les conclusions auxquelles nous avait amené l'étude d'une pièce analogue, longuement analysée par nous il y a deux ans (1). Renvoyant donc pour plus amples détails à nos travaux antérieurs, nous nous bornerons à indiquer ici, brièvement, les réflexions que pouvait inspirer l'étude comparative de ces deux pièces.

Dans les deux cas, la tumeur était essentiellement constituée par la dilatation des vaisseaux normaux de la région où elle s'était développée. Dans le premier, la tumeur siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras, sans que la peau fût aucunement intéressée; la dilatation portait surtout sur les vaisseaux du tissu adipeux; et nous avons pu suivre comme pas à pas, la dilatation simple de ces vaisseaux (*angiome simple*) devenant progressivement croissante, jusqu'au moment où, par disparition partielle de leurs parois amincies, les cavités vasculaires entraient en communication les unes avec les autres (*angiome caverneux*). Le développement du tissu vasculaire pathologique aux dépens des vaisseaux du tissu adipeux s'accusait au reste, à l'œil nu et au microscope, par la disposition lobulée de la tumeur; l'ectasie vasculaire envahissait le tissu adipeux lobule par lobule, et l'ensemble de la production conservait pendant un certain temps la disposition lobulée si caractéristique du tissu cellulo-graisseux.

La dilatation vasculaire peut atteindre tous les tissus et organes de la région. C'est à ce point de vue que la pièce que nous avons sous les yeux présente quelque intérêt.

La lésion au niveau des lobules du tissu adipeux se présente avec des caractères semblables dans cette tumeur et dans la précédente. Mais on constate de plus une altération analogue des glandes sudoripares, très-abondantes, comme on le sait, dans le point où siégeait la tumeur. Sur presque toutes les coupes, en effet, on apercevait les tubes sudoripares, sectionnés en long ou en travers, et dans leur intervalle, des vaisseaux dilatés, remplis de globules sanguins, les égalant ou les dépassant en diamètre, suivant le degré atteint par l'ectasie. Par places, dans des points qui répondaient évidemment à une glande sudoripare, celle-ci avait complétement disparu, et l'on ne voyait plus que de larges cavités vasculaires, venues au contact les unes des autres.

Le mode de disparition des tubes glandulaires paraissait être le suivant: l'épithélium qui jusque là constituait comme à l'état normal une couche pariétale régulière, n'était plus visible; toute la cavité du tube était comblée par de nombreuses cellules embryonnaires; peu à peu la paroi du canal prenait part à cette prolifération et perdait ses caractères propres; on arrivait ainsi par une transition insensible aux points où les vaisseaux dilatés se touchaient, sans que l'on pût désormais retrouver entre eux trace des tubes glandulaires qui les séparaient jusque-là.

Le second point par lequel cette seconde tumeur différait de la précédente, était l'altération peu étendue, mais évidente, de la peau. Le piqueté violacé, visible à l'œil nu, que la tumeur présentait à son centre permettait déjà de supposer que la peau était réellement atteinte, et qu'il ne s'agissait pas là d'un simple phénomène de transparence.

Au microscope, le fait n'était pas douteux. Sur toute une série de coupes, en effet, pratiquées dans les points où la peau présentait cette coloration, l'ectasie vasculaire ne se limitait pas aux couches profondes du derme, mais envahissait et les vaisseaux situés immédiatement sous les papilles, et ceux des papilles elles-mêmes.

On ne constatait là au reste qu'une dilatation vasculaire simple; les vaisseaux avaient conservé leur aspect général et leurs rapports normaux, et ne présentaient d'autre altération

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1873, 3e série, VIII, p. 53, et Ch. Monod. De l'Angiome simple sous-cutané circonscrit, broch. in-8, avec 2 pl. Paris, J.-B. Baillière.

que l'augmentation considérable de leur calibre et une plus grande épaisseur de leurs parois. Cette disposition mise en regard de l'ectasie beaucoup plus considérable des vaisseaux profonds, qui allait par places jusqu'à l'état caverneux, prouvait, de même que le peu d'étendue en surface de la lésion cutanée, que la peau n'avait été envahie que secondairement.

Ce fait confirme donc ce que nous avions dit ailleurs, en discutant le pronostic de la tumeur, exclusivement sous-cutanée, que nous avions eue entre les mains. Il nous avait semblé possible que la dilatation vasculaire ne restât pas indéfiniment sous-cutanée, et qu'elle pût à la longue envahir la peau elle-même.

Nous en avions conclu à la nécessité d'une intervention chirurgicale plus ou moins prompte, facilitée d'ailleurs par la circonscription si exacte de la tumeur. L'événement, on le voit, justifie ces prévisions.

Il nous semble inutile, pour les raisons que nous avons dites, de pousser plus loin cette analyse. Pour nous résumer en deux mots, nous dirons que le diagnostic anatomique de cette tumeur paraît être dans ce second cas comme dans le premier : *angiome simple sous-cutané circonscrit, subissant par places la transformation caverneuse*; l'altération n'offrant cette fois que ces deux particularités, évidemment secondaires : dilatation vasculaire portant en même temps sur les vaisseaux du tissu adipeux et sur ceux des glandes sudoripares; et envahissement consécutif, encore très-limité, de la peau.

22. Fractures multiples du crâne ; issue de matière cérébrale par l'oreille ; mort ; par M. G. Marcano (Voir page 355).

M. Després. Dans une opération d'ablation d'une exostose implantée sur l'ethmoïde, j'ai vu sortir une matière blanchâtre ressemblant à la substance cérébrale, et plus tard j'ai reconnu que j'avais arraché avec les filets nerveux une partie du bulbe olfactif. Peut-être y a-t-il eu dans le cas actuel quelque chose d'analogue.

M. Marcano. Aucun des traits de la fracture ne se trouvait sur le trajet d'un nerf.

M. Périer. Il me semble difficile d'admettre qu'une simple fissure ait pu donner passage à une quantité de substance cérébrale ayant le volume d'un haricot, et je serais bien plus porté à croire qu'il y a eu, au moment de la fracture, déplacement de l'une des esquilles, qui plus tard a repris sa position.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juin 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. le Président annonce à ses collègues la mort de M. *Demarquay*. Après avoir rappelé en quelques mots la part active que M. Demarquay prenait aux travaux de la Société de Chirurgie, M. le Président croit qu'en un pareil jour de deuil, la Société ne saurait se livrer à ses occupations habituelles, et il lève la séance. I. B.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses du concours d'agrégation.

XVI. De l'aphasie, thèse d'agrégation, par A. Legroux. A. Delahaye, éditeur.

Parmi les sujets imposés aux candidats à l'agrégation de médecine, l'un des plus intéressants était assurément celui qui est échu à M. Legroux. Nous avons eu déjà l'occasion de rapporter plusieurs observations intéressantes relatives à l'aphasie, entre autres le cas de la malade Farn... auquel il est fait allusion dans la leçon de M. Charcot (p. 352, *fig. 27* et *27 bis*). De plus, nous aurons prochainement l'occasion de publier une leçon de M. Charcot concernant certains points de l'histoire anatomo-pathologique de l'aphasie. Aussi nous bornerons-nous à indiquer rapidement le plan qu'a suivi M. Legroux dans sa thèse qui mérite, d'ailleurs, d'être consultée par tous ceux qu'intéresse la question des localisations cérébrales.

Après avoir donné quelques renseignements sur l'étymologie, la synonymie et la définition de l'aphasie et exposé, un peu trop brièvement peut-être l'historique, M. Legroux étudie le symptôme *aphasie* en lui-même (altération de la parole, écriture, lecture, calcul, langage mimique, etc.). Il rappelle que, au point de vue de sa marche, l'aphasie est tantôt permanente, tantôt transitoire; mais sur cette dernière, l'auteur nous a paru un peu trop bref. Il est juste d'invoquer toutefois à sa défense que, dans son appendice, il rapporte quelques exemples d'aphasie transitoire, entre autres dans la migraine (Charcot). — Dans le chapitre suivant il examine les conditions de production de l'aphasie (maladies organiques du cerveau, lésions traumatiques du crâne ou de l'encéphale, névroses, troubles fonctionnels, maladies fébriles ou non); puis il expose avec soin l'anatomie pathologique; nous n'avons rien à dire sur le chapitre du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude de l'aphasie au point de vue médico-légal. Enfin, la thèse se termine par la relation d'un certain nombre d'observations et par un index bibliographique détaillé, mais néanmoins incomplet, laissant dans l'oubli des faits bien étudiés, tant sont nombreux les documents rapportés sur cette question.

XVII. Des températures élevées dans les maladies, par le docteur Du Castel. A. Delahaye, éditeur.

M. Du Castel, ayant à traiter des températures élevées dans les maladies, n'a point cherché à comprendre dans le cadre de son travail tous les cas dans lesquels la chaleur du corps dépasse l'état normal.

Il a préféré laisser de côté beaucoup de faits qui sont maintenant bien connus, et s'attachant au titre même qui lui était imposé, borner son étude aux cas dans lesquels la température par son élévation même, arrive à constituer un danger, et acquiert, pour le pronostic, une importance considérable. Après avoir ainsi défini son sujet, l'auteur indique brièvement la marche que suit la température dans les maladies, et il examine successivement à ce point de vue : 1° les maladies à température élevée, fièvre et inflammation; 2° les maladies à fièvre modérée, dans le cours desquelles se montrent parfois des températures élevées (Rhumatisme); 3° Les maladies apyrétiques qui présentent accidentellement une élevation de la température.

Le 3e chapitre est consacré à étudier la valeur diagnostique et pronostique des températures élevées, et dans le 4e M. Du Castel examine l'action de ces températures élevées, et l'influence qu'elles exercent sur la marche de la maladie. C'est là le côté du sujet le plus intéressant non seulement au point de vue de la physiologie pathologique, mais aussi au point de vue pratique; car s'il est bien démontré que l'excès de chaleur est par lui-même et indépendamment de la nature de la maladie un danger pour l'organisme, il est évident que la thérapeutique devra s'adresser à cet élément, et chercher à le combattre. Nous n'essaierons pas de suivre l'auteur dans la discussion des faits où il fait intervenir à côté des résultats fournis par l'anatomie pathologique les enseignements de la physiologie expérimentale, non plus que dans l'examen des rapports de la *malignité* avec l'excès de chaleur interne; mais nous devons nous contenter de reproduire les conclusions de ce chapitre « En physiologie, le danger des températures élevées est démontré. En pathologie, leur gravité pronostique est établie. Les troubles circulatoires et nerveux suivent pour ainsi dire pas à pas la marche de la température. L'autopsie révèle dans toutes les maladies où la fièvre a été intense, des lésions constantes. »

« En présence de ces faits, ne doit-on pas rapporter les symptômes graves et les lésions à l'élévation de la température ? Et n'est-on pas en droit, en pathologie comme en physiologie, de considérer les températures élevées comme la cause immédiate des accidents graves et souvent de la mort? Cette interprétation, dit M. Du Castel, me parait fort séduisante; elle s'appuie sur des arguments très-sérieux et est partagée par un grand nombre de médecins. »

Enfin, dans le chapitre du traitement, sont étudiées au point de vue de leur influence sur les températures élevées, le froid, l'alcool, la digitale, le sulfate de quinine, le tartre stibié, la vératrine.

Tels sont les points principaux examinés dans cette thèse dont nous regrettons de ne pouvoir donner une analyse plus complète que justifieraient l'intérêt du sujet et la façon dont il est traité. Nous ferons cependant à M. Du Castel une objection : Nous aurions voulu lui voir discuter les causes de l'élévation de température et d'un autre côté les causes de ses effets sur l'organisme. C'est, ainsi qu'il le dit, un point fort difficile en raison des incertitudes qui existent eucore sur ce sujet, mais nous croyons néanmoins qu'il aurait dû examiner les diverses opinions qui ont été émises, et nous n'aurions pu que gagner à connaître ses conclusions.

XVIII. Du rôle de l'inanition dans la pathologie, par le Dr Balestre. Ad. Delahaye, libraire-éditeur.)

Après avoir défini l'*inanition,* l'auteur divise sa thèse en trois chapitres. Dans le premier, il envisage l'inanition d'une mauière générale et surtout au point de vue de la pathologie expérimeutale. Ce chapitre, un peu écourté, ne présente qu'un pâle reflet de l'intéressante étude faite par M. Lépine sur le même sujet, daus le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Dans le second chapitre M. Balestre traite de l'inanition : 1° Comme cause occasionnelle ou adjuvante de maladies diverses, telles que le typhus, le choléra, la dyssenterie, le scorbut, le rachitisme, la scrofule, la tuberculose, la pellagre; comme cause plus ou moins directe et immédiate des maladies dites de misère gangrènes, perforation de la cornée, stéatose interstitielle diffuse de l'encéphale chez les nouveau-nés). Dans la plupart de ces maladies, le facteur inanition n'entre pas seul en cause, bien qu'il ait un rôle considérable. L'auteur nous résume assez exactement les opiuions émises dans ces derniers temps sur l'origine du typhus, du scorbut, sur la cause productive du rachitisme ; le plus souvent il ose à peine conclure; faut-il, avec MM. Bouchardat, Briquet, Périer, Fauvel, admettre que l'inanition combinée à l'encombrement peut produire le typhus? faut-il, avec MM. Brouardel et Chauffard ne voir dans l'inanition et l'encombrement que des causes adjuvantes qui favorisent le développement de la maladie importée? M. Balestre incline plutôt vers cette dernière opinion: pour le scorbut, il accepte de préférence à l'étiologie donnée par M. Villemin l'existence d'un principe miasmatique) l'étiologie admise par MM. Leroy de Méricourt et Béhier (la privation des légumes frais). Quant au rachitisme, il en revient à l'opinion de Trousseau, et attribue une part considérable à l'alimentation insuffisante, ou ce qui revient au même, de mauvaise qualité. Peu de détails sur l'inanition chez le nouveau-né: c'était cependant là un sujet intéressaut, et l'auteur aurait pu puiser des renseignements utiles dans les leçons de M. Parrot publiées dans le *Progrès médical*.

Le *troisième chapitre* comprend l'étude de l'inanition daus les maladies. Commençant par les maladies fébriles, l'auteur aborde ensuite les maladies chroniques et cousacre un paragraphe spécial aux névroses qui présentent parfois des symptômes si intéressants. Une opinion de l'auteur nous a quelque peu surpris ; il ne pense pas que l'ataxie dans les fièvres soit sous l'influence de l'inanition, et cependant qui n'a pas observé des fièvres typhoïdes à forme ataxique, heureusement modifiées par une alimentation bien comprise?

Dans un dernier chapitre, M. Balestre s'occupe des indications thérapeutiques que peut présenter l'inanition ; nous n'avons rien à relever d'intéressant dans les quelques pages que l'auteur consacre à cette étude qui nous parait être un peu trop écourtée. En résumé, M. Balestre a fait un travail estimable, mais qui cependant n'éclaire pas d'un jour nouveau la question qui nous occupe ; peu de faits précis, beaucoup de géuéralités, voilà en peu de mots l'opinion qui nous est restée de la lecture de cette thèse. G. Peltier.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du cataplasme LELIÈVRE au Fucus-crispus.

Observations recueillies par M. le docteur Simon de Villeneuve, ex-médecin militaire, ancien interne, lauréat de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Observation I. — X..., cultivateur, 46 ans, chancre phagedénique du fourreau de la verge, douleur intolérable au moindre contact de solutions émollientes, de corps gras, charpie sèche ou imbibée de vin aromatique, de ouate trempée dans une solution de chloral. Un carré de 20 centimètres cataplasme Lelièvre bien trempé dans l'eau tiède a pu être supporté par le malade qui l'a conservé pendant 48 heures et en a éprouvé un grand soulagement.

II. — Jean-Baptiste... eufant de 13 mois, très vigoureux, abcès énorme de la fosse sus-orbitaire gauche qui représente le volume du poing d'un adulte. — Trois semaines d'invasion ; accidents cérébraux graves, fonte de l'œil. L'incision de la poche donne issue à 250 à 300 grammes d'un pus bien lié, bien homogène et après l'introduction d'une grosse mèche, un cataplasme bien chaud recouvert de baudruche est appliqué. L'enfant qui depuis 15 jours ne faisait que crier, s'endort peu d'heures après et ne se réveille que le lendemain matin. Les cataplasmes sont continués pendant huit jours au bout desquels il ne restait qu'uu peu d'œdème et d'occlusion de paupière, lésions qui nécessitaient des soins et des topiques différants.

III. — Femme X... à Cohiniac (canton de Quintiu) 56 ans, amygdalite gauche, compliquée d'un phlegmou considérable au même côté du cou et de la région sous-maxillaire. Des cataplasmes Lelièvra au fucus-crispus, convenablement appliqués pendant huit jours ont amené la résolution complète de cette violente inflammation qui n'avait que quatre jours d'invasion.

IV. — Il s'agit d'une jeune femme qui, après uue couche laborieuso, est sortia par un jour froid et a contracté une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit. Les cataplasmes Lelièvre au fucus-crispus, aidés de quelques frictions d'huile de camomille camphrée ont produit d'excellents effets ; un rouleau entier, convenablement trempé, s'est moulé très-facilement sur le membre malade, et a pu y être laissé appliqué quatre jours sans que la malade ait eu à subir le moindre dérangement ; au bout de ce temps, les mouvements dans le lit s'opéraient sans douleur, la peau avait perdu sa teinte luisante, la phlébite commençait à diminuer. Des frictions huileuses ont pu alors être faites; un nouveau cataplasme de fucus a été appliqué et au bout de trois semaines de ce traitement la malade a pû reprendre ses occupations ordinaires.

V.— L. Durand, contre-maître dans une fabrique, était depuis longtemps affecté d'un eczéma sur la main gauche qui s'éteudait sur une partie de l'avant bras, la maladie s'était montrée rebelle aux cataplasmes à la farine de lin et à tous les moyens ordinairement employés. L'application du cataplasme Lelièvre suffit en huit jours pour amener une amélioration uotable et au bout de quinze jours l'eczéma avait entièrement disparu.

En résumé je ne trouve à ce nouveau cataplasme que des avantages et aucun inconvénient. La forme en rouleau a ce très-précieux avantage de mettre à la disposition du médecin une grande surface facile à modeler sur les replis des articulations. Quand on exerce la médecine à la campagne, on est heureux d'avoir à sa disposition une préparation pharmacologique qui met instantanément en quelque sorte à notre disposition un véritable et puissant moyen de guérison ou au moins de soulagement dans beaucoup de maladies tant internes qu'externes.

31. Douleurs de la dentition.

Chloroforme................	1	gramme.
Teinture de safran............	1	—
Glycérine..................	16	—

M. A. S. en frictiou sur les gencives pour calmer les douleurs de la dentition chez les enfants.

32. Odontalgie.

Chloroforme..............	5	grammes.
Laudanum de Sydenhem.....	2	—
Teinture de benjoin.........	10	—

M. S. A. pour calmer le mal de dents. (Société de pharmacie de Bordeaux.)

33. De l'acide salycilique dans la diphthérie (Wagner, de Fribourg.)

Aux enfants qui ne savent pas encore se gargariser, l'auteur donne l'acide salycilique en poudre dans de l'eau ou dans du vin à la dose de 10 à 30 centigrammes toutes les deux heures. Aux enfants plus âgés il le prescrit en gargarismes d'après la formule suivante :

Acide salycilique................	15	gr.
Alcool pour dissoudre.........	15	—
Eeau distillée................	150	—

Si cette solution laissait déposer quelques cristaux, on les farait dissoudre en chauffant. A employer en gargarismes toutes les 2 heures. M. Wagner dit avoir guéri par ce moyen 15 cas de diphthério très-grave. (*Annali di Chimica*).

VARIA

Sur la liberté de l'Enseignement supérieur. Séparation du corps examinant et du corps enseignant; jury d'Etat.

L'un des médecins des hôpitaux qui a le plus contribué par son enseignement clinique depuis uue dizaine d'années à faire

de bons médecins nous transmet son avis sur la loi dite de la *liberté* de l'enseignement supérieur, dans les termes suivants :

La seule manière de la sauvegarder efficacement est de faire introduire dans la loi, au moment de la troisième lecture, un article ainsi conçu :

» Les grades sont conférés, au nom de l'Etat, par un jury d'examen dont les membres sont nommés par décret du Président de la République, sur la présentation du conseil supérieur de l'Instruction publique.

» Il y a incompatibilité entre les fonctions d'examinateur et celles de professeur d'une Ecole quelconque. »

Nous sommes tout à fait partisan du jury d'Etat, indépendant du corps enseignant ; quant au mode de nomination de ce jury proposé par notre distingué correspondant, nous faisons nos réserves.

Note sur la présence de l'acide benzoïque dans l'urine à l'état normal par M. Jules David.

Les urines fraîches de chaque jour ont été évaporées dans le vide, à consistance sirupeuse, et soumises ensuite à l'analyse immédiate. — Pour cela le résidu sirupeux, a été traité par l'alcool concentré qui a dissous l'urée et les matières extractives solubles dans l'alcool, laissant indissous, l'acide urique et les sels. La solution alcoolique a été distillée, et le résidu fixe de la cornue traité par l'éther, qui a dissous une fort petite quantité d'une matière excessivement acide au papier de tournesol. Quel acide soluble dans l'éther, pouvait donc se trouver dans cette urine?

La solution éthérée évaporée au bain Marie, a donné un résidu fort peu soluble dans l'eau froide, soluble dans l'eau bouillante et cristallisant par le refroidissement.

Cette matière acide purifiée par ce mode facile de cristallisation, a été examinée plus attentivement, et on a reconnu bientôt que c'était de l'*acide benzoïque*. Point de fusion, 120°, soluble dans 25 pour cent d'eau bouillante, et dans 200° d'eau froide inflammable, formé de sel de plomb et de baryte insolubles.

Statistiques des médecins en France (1803 à 1873).

Le ministère de l'instruction publique et des cultes vient de dresser une fort curieuse statistique ; c'est l'état des grades de docteurs et d'officiers de santé conférés en France, de 1803 à 1873, par les facultés de médecine, les jurys médicaux et les écoles préparatoires de médecine, ainsi que le tableau comparatif du personnel médical français sous le règne de Louis-Philippe. sous le second empire et sous le régime actuel.

En 1803, il a été délivré 419 diplômes de docteur et 380 d'officier de santé ; en 1804, 394 docteurs ont été reçus et 246 officiers de santé ; en 1805, 132 docteurs et 322 officiers de santé ; en 1806, 267 docteurs et 176 officiers de santé : en 1807, 213 docteurs et 39 officiers de santé seulement ; en 1808, 225 docteurs et 260 officiers de santé ; en 1809, 84 docteurs et 101 officiers de santé, en 1810, 159 docteurs et 44 officiers ; en 1811, 224 docteurs et 145 officiers ; en 1812, 272 docteurs et 170 officiers ; en 1813, 277 docteurs et 194 officiers ; en 1814, 362 docteurs et 24 officiers de santé.

Sous la Restauration, nous trouvons 320 docteurs en 1815 : 330, en 1816 ; 381. en 1817 ; 413. en 1818 ; 413, en 1819 ; 400, en 1820 ; 375, en 1821 ; 385, en 1822 ; 361, en 1823 : 3[illegible]6, en 1824 : 381, en 1825 ; 371, en 1826 ; 425, en 1827 : 403. en 1828 : 434, en 1829, et 445 en 1830.

Pendant la même période, on a reçu 319 officiers de santé en 1815 ; [illegible] en 1816 : 370, en 1817 ; 468, en 1818 ; 341. en 1819 : 330, en 1820 ; 311, en 1821 : 272, en 1822 ; 265, en 1823 ; 289, en 1824 ; 331, en 1825 ; 269, en 1826 ; 215, en 1827 ; 238, en 1828 ; 280, en 1829, et 258, en 1830.

Sous la monarchie de Juillet, on compte, en 1831, [illegible]44 nouveaux docteurs et 216 nouveaux officiers de santé ; en 1832, 441 docteurs et 212 officiers ; en 1833, 517 docteurs et 295 officiers ; en 1834, 590 docteurs et 341 officiers ; en 1835, 558 docteurs et 280 officiers ; en 1836, 562 docteurs et [illegible] officiers ; en 1837, 725 docteurs et 331 officiers ; en 1838, 550 docteurs et 379 officiers : en 1839, 621 docteurs et 315 officiers ; en 1840, 362 docteurs et 274 officiers ; en 1841, 416 docteurs et 217 officiers ; en 1842, 3[illegible] docteurs et 247 officiers ; en 1843, 393 docteurs et 243 officiers ; en 1844, 373 docteurs et 1[illegible] officiers ; en 1845, 332 docteurs et 2[illegible]2 officiers ; en 1846, 28[illegible] docteurs et 27[illegible] officiers ; en 1847, [illegible]65 docteurs et 235 officiers ; et en 1848, 341 docteurs et 153 officiers de santé.

Sous la République, on a reçu en 1849, 301 docteurs et 449 officiers de santé ; en 1850, 8[illegible]3 docteurs et 1[illegible]9 officiers, et en 1851, 4[illegible] docteurs et 1[illegible] officiers de santé.

Sous le second empire, il a été créé 47[illegible] docteurs en 1852, 442 en 1853, 4[illegible] en 1854, 40[illegible] en 1855, 4[illegible]3 en 1856, 415 en 1857, 457 en 1858, [illegible]22 en 1859, [illegible]01 en 1860, 363 en 1861, 331 en 1862, 3[illegible]8 en 1863, 419 en 1864, 438 en 1865, 314 en 1866, 444 en 1867, 494 en 1868, 510 en 1869 et 411 en 1870.

Pendant la même période on a reçu [illegible] officiers en 1852, 223 en 1853, 287 en 1854, 173 en 1855, 170 en 1856, 139 en 1857, 123 en 1858, 113 en 1859, 102 en 1860, 1[illegible] en 1861, 120 en 1862, 115 en 1863, 106 en 1864, 93 en 1865, 94 en 1866, 76 en 1867, 74 en 1867, 77 en 1869, et 56 en 1870.

En 1871, il a été délivré 308 diplômes de docteurs et 82 certificats d'officiers de santé ; en 1872, 603 diplômes et 95 certificats ; en 1872, 583 diplômes et 112 certificats.

En résumé, de 1803 à 1873. c'est-à-dire pendant l'espace de soixante-dix ans, on a reçu 28,807 docteurs-médecins et 15,671 officiers de santé, soit au total 44,478 praticiens.

Si maintenant on compare le personnel médical français existant sous le règne de Louis-Philippe. sous celui de Napoléon III et le 31 décembre 1874, on aboutit aux résultats suivants :

En 1847, on comptait en France 18,099 praticiens, non compris ceux qui exerçaient à cette époque en Algérie.

En 1853, leur nombre était de 18.110 y compris 58 praticiens algériens en 1857, ce chiffre n'était plus que de 17,555 ; en 1866, il y avait en France 18,515 docteurs en médecine et 5,729 officiers de santé soit, au total 17,420, y compris les hommes de l'art qui exerçaient alors au nombre de 303 dans les départements cédés en 1871 à l'Allemagne.

En 1874, il n'existe plus sur notre territoire que 10,849 docteurs et 4,219 officiers de santé ; ensemble, 15,068 praticiens, soit une diminution totale de 1.953 praticiens, dont 543 docteurs et 1,410 officiers de santé, défalcation faite du département du Bas-Rhin et des parties du département du Haut-Rhin, de la Meurthe, de la Moselle, qui nous ont été enlevés à la suite de la dernière guerre.

Prix et récompenses à l'Académie de Médecine.

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la commission de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie a proposé et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

1° *Des médailles d'argent à :* M. Bourée, docteur en médecine à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), pour ses tableaux et ses très-intéressantes notes sur le canton de Châtillon-sur-Seine. M. Bringuier, docteur en médecine à Montpellier (Hérault), pour son très-intéressant mémoire sur l'hygiène de l'enfance dans le département de l'Hérault. M. Rimbaut, pour ses divers travaux et pour les résultats heureux qu'il a obtenus en répandant, dans la population, des conseils élémentaires manuscrits. M. Sanguin, docteur en médecine à Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône), pour ses mémoires sur la mortalité de la première enfance dans cinq départements du sud-est, et pour ses renseignements sur l'hygiène de l'enfance dans les communes du littoral de l'étang de Berre pendant vingt-cinq ans.

2° *Rappel de médailles d'argent à :* M. Gibert, docteur en médecine à Marseille (Bouches-du-Rhône), pour ses notes très-étendues à l'appui des tableaux qu'il a envoyés.

3° *Des médailles de bronze à :* M. Couillard, docteur en médecine à Issoire (Puy-de-Dôme), pour ses études géologiques et statistiques sur le canton d'Issoire. M. Dupré, docteur en médecine à Bourg (Ain), pour ses très-intéressantes notes sur le canton de Bourg. M. Jollans, à Izeaux (Isère), pour ses excellentes notes et ses tableaux sur l'industrie nourricière dans le département de l'Isère. M. Michel, docteur en médecine à Cavaillon (Vaucluse), pour ses très-curieuses notes sur la mortalité à Cavaillon pendant plusieurs années. M. Vedel, docteur en médecine à Lunel (Hérault), pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de la mortalité infantile dans le canton de Lunel.* M. Triaire, docteur en médecine à Tours (Indre-et-Loire), pour son ouvrage imprimé ayant pour titre : *Entretiens familiers sur l'hygiène de la première enfance.* M. Faucon, docteur en médecine à Amiens (Somme), pour ses travaux sur la mortalité des enfants du premier âge, à Amiens.

4° *Rappels de médailles de bronze à :* M. de Brye, docteur en médecine à Vienne (Isère). M. Gevrey, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône). M. Roques, docteur en médecine à Salon (Bouches-du-Rhône).

Prix et médailles accordés a MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1872.

Avant de formuler les propositions de récompenses, l'Académie est heureuse de rappeler à M. le Ministre les noms de MM. Pangaud (de Montluçon), F[illegible] (du Morbihan), et Lalagade (l'Allier), dont le zèle ne s'est pas ralenti un seul instant. Leurs intéressants rapports auraient certainement valu à leurs auteurs les récompenses les plus importantes si nos savants confrères n'avaient déjà épuisé depuis longtemps la série de celles dont l'Académie fait chaque année la proposition. L'Académie a proposé et M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs partagé entre :* M. le Dr Vicherat (de Nemours), pour son rapport intéressant et riche de faits remarquables. M. le Dr Subert, à Nevers (Nièvre), qui a organisé un service régulier de vaccination hebdomadaire dans le canton de Nevers et l'envoi de nombreux tubes de vaccin. A signalé des cas de Cow-pox. M. le Dr Le Duc, à Versailles (Seine-et-Oise), pour son zèle persistant et les très-intéressantes remarques que contient son rapport sur la valeur du virus vaccinal puisé dans les boutons des sujets revaccinés avec succès.

2° *Des médailles d'or à :* M. le Dr N[illegible]er, à Privas (Ardèche), pour un

rapport très-bien présenté sur le service de la vaccine, dont il est le directeur. M. Nier demande, avec beaucoup d'autres confrères, qu'on prenne les mesures nécessaires pour rendre les vaccinations obligatoires. M. le Dr Guilbert, à Paris (Xe arrondissement), a pratiqué, en 1872, 3743 vaccinations dans un service qu'il a organisé dans son arrondissement. Il a fait preuve d'un grand zèle dans l'épidémie de variole (1870-1871). M. le Dr Roché, à Pont-sur-Yonne (Yonne), qui a déjà obtenu neuf médailles d'argent et envoie toujours des comptes-rendus faits avec soin. M. le Dr Carion, à Commentry (Allier).

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont trausmis à l'Académie : Mme Alaime, sage-femme à Gespunsart (Ardennes). M. Andral, docteur-médecin à Gramat (Lot). M. Artance, id. à Clermont-Perrand (Puy-de-Dôme). M. Augé, fils, id. à Pithiviers (Loiret). Mme Bachelier, sage-femme, à Chatellerault (Vienne). Mme Bareau, id. à Albi (Tarn). M. Bastide, docteur-médecin à Largentière (Ardèche). M. Bazille, officier de santé à Figeac (Lot). M. Benoit, docteur-médecin à Apt (Vaucluse). M. Bergerat, officier de santé à Neuilly-le-Réal (Allier). M. Boivin, docteur-médecin à Paris, Xe arrondissement (Seine). Mme Bonnetaud (née Rozier), sage-femme à Panazol (Haute-Vienne). M. Bottini, docteur-médecin à Menton (Alpes-Maritimes). M. Bourdereau, id. à Brinon (Nièvre). M. Boursier, id. à Creil (Oise). M. Buot de l'Epine, id. à Paris, Xe arrondissement (Seine). M. Carre, id. à Avignon (Vaucluse). Mme Caumel, Noémie, sage-femme à Montflanquin (Lot-et-Garonne). M. Charras, docteur-médecin à Lamastre (Ardèche). M. Chipault, officier de santé à Chateauneuf (Loiret). M. Clément, docteur-médecin à Beaujeu (Rhône). Mme Clostre, née Collin, sage-femme à Couleuvre (Allier). M. Cogenhles, docteur-médecin à Nay (Basses-Pyrénées). M. Coillot, id. à Monthozon (Haute-Saône). M. Collin, id. à Paris, Xe arrondissement (Seine). Mme Courhatère, sage-femme à Bordeaux (Gironde). Mme Daix, id. à Brioude (Haute-Loire). Mlle Dalle, Emmelina, id. à Baray (Nord). M. de Lavenay, docteur-médecin à Yenne (Savoie). M. Devillez, id. à Paris, XIIIe arrondissement (Seine), Mme Desplanques, sage-femme à Tourcoing (Nord). Mme Dominique, id. à Saint-Julien (Jura). Mme Dubois, id. à Calais (Pas-de-Calais). Mme Dumery, id. à Corheil (Seine-et-Oise). Mme Dumont, id. à Le Château (Nord). Mme Dupret, id. à Douai (Nord). Mlle Faichaud, id. au Blanc (Indre). Mme Farenc, id. à Moissac (Tarn-et-Garonne). M. Fauchey, docteur-médecin à Saint-Vivien (Gironde). M. Faucon, id. à Dunkerque (Nord). M. Féret, id. à Acheux (Somme). M. Gaillard, médecin-vaccinateur à Valence (Drôme). Mme veuve Gallet, sage-femme à Saumur (Maine-et-Loire). M. Garcin, docteur-médecin à Grand'Croix (Loire). M. Garidel, id. à Annonay (Ardèche). Mme veuve Gauthier, sage-femme à Saint-Flovier (Indre-et-Loire). M. Georgeon, docteur-médecin à Melisey (Haute-Saône). M. Godefroy, id. à Rennes (Ille-et-Vilaine). Mme Gribauval, sage-femme à Saint-Denis (Seine). Mlle Guernet, id. à Caen (Calvados). M. Guillemaut fils, docteur-médecin à Louhans (Saône-et-Loire). Mme veuve Hénin, sage-femme à Chatellerault (Vienne). Mme veuve Hély née Cretté, id. à Montereau (Seine-et-Marne). M. Hiriard, docteur-médecin à Toulon (Var). M. Jaurand, id. à Airvault (Deux-Sèvres). M. Jouet, officier de santé à Isigny (Calvados). Mme Julien, sage-femme à Murat (Tarn). Mme Labadie, id. à Bordeaux (Gironde). Mme Lailler, id. à Pont-Audemer (Eure). Mme veuve Lachenal, id. à Bonneville (Haute-Savoie). Mme veuve Lamothe, id. à Noaillan (Gironde). M. Lautaret, docteur-médecin à Barcelonnette (Basses-Alpes). M. Lemercier, officier de santé à Neuhourg (Eure). M. Leveaux, instituteur à Saiut-Benin (Nord). M. Liétard, docteur-médecin à Plomhières (Vosges). M. Magnin, id. à Paris, IXe arrondissement (Seine). Mme Marchal, Marie, sage-femme à Saint-Dié (Vosges). M. Marchandou, docteur-médeciu à Sceaux (Seine). M. Martiu, id. à Cirey (Meurthe-et-Moselle). Mme Martin, Amélie, sage-femme à Hautmont (Nord). M. Masson, docteur-médecin à Paris, Xe arrondissement (Seine). M. Méplain, id. à Moulins (Allier). Mme Moriaux, Armény, sage-femme à Fresnes (Nord). M. Mouret, docteur-médecin à Monistrol (Haute-Loire). M. Patouillet, id. à Paris, Xe arrondissement (Seine). Mme Périchon, sage-femme à Etampes (Seine-et-Oise). M. Petiteau, Marcel, docteur-médecin aux Sahles (Vendée). Mme Pongnault, Sophie, sage-femme à Saint-Aignan (Loir-et-Cher). M. Pradel, officier de santé à Prades (Pyrénées-Orientales). M. Pressoir, id. à Cérans-Foulletourte (Sarthe). Mme Prouveur, sage-femme à Saint-Denis (Seine). Mme Puech, id. à Mazamet (Tarn). M. Raymond, docteur-médecin à Sainte-Florine (Haute-Loire). M. Regnault, id. à Bain (Ille-et-Vilaine). M. Renault, officier de santé à Alençon (Orne). M. Richard, officier de santé à Plélan (Ille-et-Vilaine). Mme Rigault, née Lahhé, sage-femme à Blois (Loir-et-Cher). M. Rivairol, docteur-médecin à Montauhan (Tarn-et-Garonne). M. Roccas, docteur-médecin, à Trouville (Calvados). Mlle Rouffiac, sage-femme à Aumont (Lozère). Mme Roux, Catherine, id. à Tarascon (Ariége). M. Rouyer, docteur-médecin à Haroué (Meurthe-et-Moselle). Mlle Torné, Eugénie, sage-femme à Bagnères (Hautes-Pyrénées). M. Trideau, officier de santé à Andouillé (Mayenne). Mme Vachey, sage-femme au Creuzot (Saône-et-Loire). M. Vauquelin, docteur-médecin à Lisieux (Calvados). M. Vernet, médecin-vaccinateur au Buis (Drôme). M. Vernet, docteur-médecin à Roujan (Hérault). M. Vihert, id. au Puy (Haute-Loire). M. Virlet, id. à Blamont (Meurthe-et-Moselle).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Conférences sur les teignes.* M. le Dr Lailler commencera ces conférences le mardi 29 juin à 9 heures. Pavillon Saint-Mathieu et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. Archambault. Salle Saint-Louis : 5, croup, opéré, guéri ; 8, pleurésie droite ; 28, pleurésie gauche, déplacement du cœur ; 28, angine diphthéritique ; 29, broncho-pneumonie. — Salle Sainte-Geneviève : 20, tuberculose pulmonaire, anasarque ; et 28, insuffisance mitrale.

Service de M. Labric. Salle Saint-Jean : 1, atrophie musculaire ; 6, rhumatisme, chorée, péricardite, pleurésie ; 7, rechute de fièvre continue ; 9, ictère catarrhal ; 10, pleurésie chronique ; 17, néphrite albumineuse, anasarque : 32, hypertrophie du cœur, insuffisance mitrale ; 33, pneumonie double ; 37, pneumothorax ; 38, rhumatisme, endocardite, épanchement pleural.

Service de M. Bouchut. Salle Sainte-Catherine : 1, angine diphthéritique ; 2, pleuro-pneumouie ; 6, tænia, convulsions épileptiformes ; 7 chorée, endo-péricardite ; 11, stomatite aphteuse ; 12, ictère ; 14, hystérie, hémianesthésie ; 17, abcès iliaque ; 44, lombrics, convulsions.

Service de M. de Saint-Germain. Jeudi, 9 heures, cliniques sur les déformations du rachis. — Salle Saint-Côme : 1, fracture de cuisse ; 5, fracture de cuisse, abcès consécutif ; 7, orchite traumatique ; 9, abcès du périnée, rétrécissement de l'urèthre ; 12, non consolidation de fractures du fémur ; 14, fracture de l'avant-bras, contusion du menton. — Salle Sainte-Pauline : 54, mal de Pott cervical ; abcès profond de la cuisse ; 25, double varus opéré ; 23, coxalgie suppurée.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. A. Bucquoy. Salle St.-Jean : 6, fièvre typhoïde ; 7, pleurésie, thoracentèse ; 9, polyurie ; 10 et 15, tumeur abdominale ; 23, délire alcoolique chez un saturniu ; paralysie. — Salle Saint-Philippe (F.) : 7, gangrène pulmonaire, guérison ; 13, affection mitrale et aortique ; 22, chorée, hystérie grave. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, pneumothorax partiel ; 6, phthisie aiguë.

Chirurgie. Service de M. Després. Salle Cochin : 4, fracture du bassin, fistules urinaires ; 4, coxalgie, résection de la hanche. — Barraque I : 39, fistule lymphatique — Barraque II : 32, Eléphantiasis de la lèvre supérieure. — Barraque III : 20, tumeur abdominale.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* Service de M. Molland. Salle Saint-Eloi (H.) : 24, endocardite rhumatismale ; 32, rétrécissement aortique ; 38, albuminurie ; 49, affectiou cardiaque, anasarque généralisé, apoplexie pulmonaire. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 8, rhumatisme chronique, 9, emphysème pulmonaire, asystolie ; 11 et 17, affection mitrale ; 13, cirrhose du foie ; 15, péritonite chronique ; 18, hémiplégie hystérique.

Service de M. Proust, suppléé par M. Lépine. Salle Sainte-Jeanne (F.) : 4, fièvre typhoïde ; 6, carcinome du bassin ; 12, albuminurie chronique ; 20, tumeur cérébrale d'origine syphilitique. — Salle Saint-Etienne (H.) : 4, pleurésie hémorrhagique sans néoplasmes ; 13, cirrhose du foie ; 22, épididymite blennorrhagique.

Service de M. Brouardel. Salle Saint-Augustin (H.) : 2, maladie de Bright ; 31, granulie ; 38, pachyméningite spinale ; 49, paralysie générale progressive. — Pavillon 3 (F.) : 1, hémiplégie aucienne, atrophie des membres, amélioration sous l'influence des courants continus ; 9, pleurésie latente ; 15 ; syphilis tertiaire, troubles trophiques oculaires.

Chirurgie. Service de M. Duplay, suppléé par M. Th. Anger. Salle Saint-Barnabé (H.) : 5, typhlite ; 7, fracture de jambe compliquée de plaie ; 24, rupture de l'urèthre ; 31, rétrécissement de l'urèthre, infiltration d'urine ; 34, arthrite blennorrhagique. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 5, résection de l'épaule en voie de guérison ; 7, tétanos consécutif à une amputation du col utériu ; 10, arthrite sèche du coude ; 12, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Hôpital Lourcine. — M. Alf. Fournier : Leçons cliniques tous les jeudis à 9 heures.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hah. Pendant la semaine finissaut le 18 juin 1875, on a constaté 865 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 20; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 21; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 33; — pneumonie, 57; — dyssenterie, 3; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 18; — *choléra nostras*, [illegible]; — angine couenneuse, 8; — croup, 11; — affections puerpérales, 14; — autres affections aiguës, 261; — affections chroniques, 346, dont 149 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 27; — causes accidentelles, 28.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 31 mai au 5 juin 1,323, savoir : variole, 2; — rougeole, 32; — scarlatine, 41; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 7; — hronchite, 105; — pneumonie, 84; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 29; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 11; — croup, 9, — coqueluche, 71.

Londres. — Population : 3.445.160 hah. Décès du 6 au 12 juin, 1,331, savoir : variole, 2; — rougeole, 24; — scarlatine, 70; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 10; — bronchite, 91; — pneumonie, 50; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 31; — *choléra nostras*, 1; — diphthérie, 10; — croup, 12; — coqueluche, 64.

Congrès périodique international des sciences médicales. — 4e session, Bruxelles, 19 septembre 1875. — Il a été créé une nouvelle section qui aura à s'occuper des maladies mentales, du régime des aliénés, etc.

Elle prendra le nom de *Section de psychiâtrie*. — Le Comité a résolu, en outre, de faire une EXPOSITION des appareils ou instruments NOUVEAUX, usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, en ophthalmologie, etc. Elle se tiendra pendant la durée et dans les locaux du Congrès. A cet effet, le Comité invite MM. les médecins à faire parvenir à M. le Directeur de l'exposition (Dr *Casse*, rue Saint-Michel, 11, à Bruxelles), les objets qu'ils voudront soumettre au Congrès, en les priant de faire connaître, avant le 1er juillet, leurs intentions à cet égard et l'étendue de l'espace dont ils désireront avoir la disposition.

Les objets eux-mêmes devront être remis à la Direction avant le 1er septembre prochain, et l'envoi en être fait franc de port et de douanes. Quand l'affranchissement rencontrera quelque difficultés, les frais seront provisoirement couverts par la Direction, sauf recours ultérieur à l'expéditeur. Après l'exposition, les objets seront restitués à leurs propriétaires. Le Comité se charge de tous les frais de vitrines, de placement, de réemballage, etc. L'exposition est exclusive de toute pensée d'intérêt commercial. Cependant, il sera loisible à MM. les fabricants d'exposer leurs produits, mais à la condition que ce ne soient que des objets *nouveaux, offrant un intérêt scientifique actuel*. Les frais de vitrine, etc., seront à leur charge, et leur exposition séparée de celle de MM. les médecins.

Des dispositions seront prises pour que la démonstration des appareils puisse être faite, au besoin, sur des animaux ou sur le cadavre. L'exhibition d'instruments importants, ne figurant, vu leur prix élevé et la spécialité de leurs applications, que dans les grands cabinets de physiologie, tels que les appareils enregistreurs, etc., serait fort à désirer. Beaucoup de médecins ignorent le mécanisme et peut-être l'existence de plus d'un d'entre eux, et l'explication de leur mode d'application serait accueillie avec le plus vif intérêt.

PRIX. — *La Société protectrice de l'Enfance de Lyon* met au concours la question suivante : *Conseils aux mères et aux nourrices sur la manière de nourrir et d'élever les enfants*. La Société décernera, dans sa séance publique de janvier ou février 1876, une *médaille d'or* au meilleur mémoire inédit qui lui aura été envoyé sur ce sujet. Les mémoires écrits en français, devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le Dr Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

NÉCROLOGIE. — M. Léon GROS, membre de la Société médicale des hôpitaux, médecin en chef du chemin de fer du Nord, est mort le 19 janvier dernier, à l'âge de 52 ans. — M. le docteur Adolphe COUSIN, est mort le 23 juin, d'une « congestion cérébrale. » Il était en 1842, à Boulogne-sur-Mer. Son père était chirurgien de l'hospice de cette ville. Adolphe Cousin a publié un manuel des *Maladies de l'oreille*, et collaboré à l'article *Langue* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Enfin, il faisait toutes les semaines dans l'*Evénement*, une causerie médicale. — Nous avons encore à annoncer la mort de M. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, etc. M. Demarquay, a succombé à un cancer de l'estomac. Il avait dû renoncer, il y a une quinzaine de jours, à ses fonctions de juge du concours de l'agrégation en chirurgie ; de séance en séance on voyait sa santé s'altérer de plus en plus, tant la marche de l'affection qui l'a emporté a été rapide. Nous rappellerons prochainement la liste de ses nombreux travaux.

— M. le Dr GAUNEAU, médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, auteur de plusieurs mémoires entre autres *sur la mortalité des nouveau-nés et des moyens de la combattre*, vient de mourir.

UN SINGULIER MALADE. — Il y avait, dit la *Décentralisation*, grand émoi mardi dernier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les garçons de salle sont venus avertir un des administrateurs qu'un malade, animé sans nul doute de mauvaises intentions, avait des armes qu'il avait soigneusement cachées. Le médecin, informé de ce qui se passait, fait appeler le malade sous prétexte de l'ausculter, puis, s'assurant qu'il n'a rien dans ses poches, lui fait mettre la camisole de force par les garçons de salle, qui se tenaient aux ordres du docteur. Dès qu'on se fut rendu maître de cet homme, on fouilla minutieusement son lit et on put, à la fin, découvrir un revolver et une boîte de cartouches.

Une enquête a été ouverte pour connaître les causes qui ont poussé ce malheureux à méditer un acte de vengeance. Les uns disent que cet homme voulait se venger des internes de l'hôpital, qui avaient refusé de l'y recevoir ; d'autres croient, au contraire, qu'il en voulait à des parents dont la visite lui avait été annoncée, et qu'il se préparait à les recevoir à coups de revolver.

LES FEMMES MÉDECINS. D'après le dernier recensement des Etats-Unis, il existe dans ce pays 525 femmes exerçant la profession de médecin. (*Lyon médical*)

LA MÉDECINE AU JAPON. — La science médicale et chirurgicale commence à faire des progrès au Japon. A l'hôpital d'Hakokadé, on fait tous les jours des cours suivis régulièrement par une vingtaine d'étudiants ; on y fait également des expériences cliniques. Tous les deux mois se publie un journal de médecine illustré, en langue japonaise.

VACANCES MÉDICALES.— Le poste médical de Roucy (Aisne) est vacant. S'adresser à M. le Dr Fournaise, 26, rue des Francs-Bourgeois, Paris, ou à M. Devauchelle, notaire à Roucy. — La commune de Chuelles (Loiret), 1,400 habitants, demande un médecin. S'adresser au maire.

Librairie A. HIRSCHWALD, Berlin.

WALDENBURG (L.). Die pneumatische behandlung der respiration und circulation und skrankheiten imschluss an die an pneumatometrie, spirometrie Brustmessung. In-8 de 470 pages. Berlin, 1875.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

LANDOUZY (L.). De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. In-8 de 64 pages.

DE RANSE (L.). Clinique thermo-minérale de Néris. In-8 de 112 pages, 2 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *juin* vient de paraître. Un an : 18 fr., département : 20 fr.

RABUTEAU (A.) Eléments d'urologie ou analyse des urines, des dépôts et des calculs urinaires. In-18 de 256 pages avec 35 fig. dans le texte. 4 fr.

LE JOURNAL DES JEUNES MÈRES illustré, 2e année. Directeur : Henry Bellaire. Prix ; 7 fr. par an; 71, rue des Saints-Pères, Paris. Ce gracieux journal, qui a pour but d'apprendre aux mères à élever leurs enfants et qui a reçu tant de récompenses, est indispensable aux mères de famille. Il est le complément obligé de tous les journaux que reçoivent les jeunes femmes.

BÉCHAMP (A.). Rapport sur les travaux

de la Faculté de médecine de Montpellier pendant l'année 1873-1874. In-8 de 20 pages. Montpellier, 1874.

BELHOMME (E.). Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras. Thèse de doctorat. Paris, A. Parent.

MOREAU de Tours, fils. De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle. In-8 de 20 pages. Paris 1875. A. Parent, imprimeur.

DUNCAN BULKLEY. Analysis of ... and cases of ... with cases and Remarks on treatment. In-8 de 30 pages. ...

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**.

BOURNEVILLE et L. GUÉRARD. — De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8, de 240 pages avec 10 figures et une planche. 4 fr. — Pour nos ABONNÉS : 3 fr. (*franco*).

BUDIN P. De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. In-32. 50 c.

CHARCOT (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par BOURNEVILLE. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos ABONNÉS, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière* ; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte : 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte ; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux ; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr. ; pour nos ABONNÉS, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25 ; pour nos ABONNÉS, 4 fr. 75 (*franco*).

CORNIL (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. BUDIN. In-8° de 92 p. Prix 2 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr. 50, *franco*.

PELTIER (G.) De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages 60 centimes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

3e ANNÉE. — N° 27 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 JUILLET 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notes et observations sur le tétanos traumatique,

par **A. CARTAZ**, interne des hôpitaux.

Malgré le grand nombre de travaux cliniques parus sur cette maladie, malgré les recherches physiologiques de ces dernières années, la pathogénie du tétanos est loin d'être une question résolue. Empoisonnement pour les uns, névrose réflexe pour les autres, cette affection est bien détaillée dans sa marche, ses symptômes, etc., mais sa nature intime est encore à démontrer. A ne considérer que les phénomènes cliniques qu'elle présente dans son invasion, sa terminaison, il semblerait aisé de définir un processus morbide, dont toutes les phases sont aussi caractéristiques et aussi peu dissemblables d'un cas à l'autre. Mais si l'on vient à aborder l'anatomo-pathologie, et si l'on tente d'élucider par ce côté les points obscurs de la question, on se heurte à des difficultés sans nombre ; bien plus, on se trouve en présence de contradictions que l'histologie n'est pas parvenue à trancher.

Dans ces derniers temps, la Société de Chirurgie a repris les discussions théoriques qui avaient déjà été soulevées en 1870 sur la nature du tétanos : depuis trois ans, la question, envisagée au point de vue théorique, n'a pas fait un pas.

Ce n'est pas dans l'intention de résoudre ce problème, que nous publions ces divers faits recueillis pendant notre internat dans les hôpitaux de Lyon et de Paris.

Mais il nous a paru intéressant, au moment où une méthode anesthésique nouvelle a fait renaître le débat sur la question de pathogénie de coordonner ces diverses observations, et d'apporter ainsi un tribut à l'étude d'une maladie qui, malheureusement échappe trop souvent aux ressources de l'art.

Observation I. — *Plaie par écrasement de la main et du pied ; attaques d'épilepsie ; tétanos au 10e jour; traitement par l'hydrate de chloral et la morphine : mort; autopsie.*

T. Gustave, âgé de 32 ans, charretier, entré à l'hôpital de la Pitié le 10 juillet 1874, Salle Saint-Gabriel, n° 42 (service de M. Léon Labbé).

Il déchargeait un tombereau de pierres, lorsque la voiture bascula et il eut le pied droit et la main gauche pris sous la charge. Amené à l'hôpital presque immédiatement, on constata une plaie par écrasement du dos du pied; très-petite ouverture cutanée, mais fracture du cuboïde et des 2e et 3e cunéiformes. La main gauche est broyée, sauf le pouce et l'index, les autres doigts sont déchirés, les os fracturés; la peau est enlevée dans presque toute l'étendue du creux palmaire. Petite plaie sans importance du dos du nez.

On applique un pansement au diachylon sur le pied, et la main est fermée dans un appareil ouaté. Le soir de son entrée, il a eu une crise épileptique des mieux caractérisées. Il raconte en avoir eu déjà plusieurs, mais qui ne revenaient qu'à de longs intervalles.

12 juillet. Rien de particulier ; presque pas de suppuration de la plaie du pied. Pas de nouvelle attaque d'épilepsie.

15 juillet. Temp. rect. 39°3. Se plaint d'un peu de douleur dans la main; le bandage ouaté donne de l'odeur.

16 juillet. T. R. 38°,3. *Soir.* T. R. 39°.3.

17 juillet. T. R. 37°,3. *Soir.* T. R. 38°,2.

18 juillet. T. R. 37°,1 ; *Soir.* T. R. 38°,3. On n'e pas enlevé le bandage. Le pied est le siége d'une tuméfaction assez prononcée, mais sans douleur bien accusée.

19 juillet. T. R. 37°,4. *Soir.* T. R. 38°,4.

20 juillet. T. R. 38°,1. *Soir.* T. R. 38°,2. Le malade se plaint à ce moment d'un peu de raideur de mâchoires, hier, dit-il, il l'aurait déjà ressentie. Elle est peu prononcée et il n'y a pas de trismus à proprement parler. On lui administre dans la nuit 0,10 extrait d'opium.

21 juillet. T. R. 37°,2. *Soir,* T. R. 37°.4, Trismus assez marqué. Pas d'opisthotonos. Sueurs peu abondantes à la visite du matin. Le pansement ouaté est enlevé et remplacé par de la charpie largement arrosée de laudanum de Sydenham. L'annulaire et le médius sont gangrénés, et prêts à se détacher. Pas de menaces de phlegmon. Potion avec 10 grammes hydrate de chloral.

22 juillet. T. R. 37°, 2. — *Soir.* T. R. 37°, 4. (Ces températures rectales peu élevées m'avaient mis en garde contre l'exactitude du thermomètre ; je les ai vérifiées plusieurs fois avec d'autres thermomètres que le mien, et elles n'ont pas varié.)

Le malade ouvre un peu mieux la bouche. Pas de dysphagie ; mais un peu d'opisthotonos. Sueurs peu abondantes. Urine jaune rouge, sans albumine. On renouvelle le pansement au laudanum et en plus de la potion au chloral (11 gr.) on fait dans la région cervicale une injection sous-cutanée de 0,05 chlorhydrate de morphine.

23 juillet — T. R. 37°.3 ; *soir,* T. R. 37°,9. L'avant-bras du côté de la main lésée est fléchi à angle droit sur le bras ; les frictions ou pincements ne provoquent pas de spasmes bien marqués. Le trismus et l'opisthotonos sont cependant plus accusés ; il y a un peu de dysphagie. Le ventre est un peu rétracté. Sueurs extrêmement abondantes. Même pansement. Même potion. Injection de 0.05 chlorhydate de morphine. Sommeil de 4 heures à 7 h. 1/2 sans interruption et sans aucune secousse convulsive ; la rigidité musculaire a disparu partiellement.

24 juillet. T. R, 38°,6. — La bouche s'ouvre mieux. Pas de secousses convulsives depuis plusieurs heures. Opisthotonos toujours très-marqué. Sueurs moins abondantes qu'hier.

Soir. T. R. 39° ; P. 136. Le trismus n'est pas plus prononcé, mais la rigidité des muscles du tronc est beaucoups plus accentuée ; le ventre est très-rétracté. Intelligence lucide. Secousses convulsives revenant presque toutes les demi-heures. Nouvelle injection de 0.05 chlorhydate de morphine. Il meurt dans la nuit après une courte asphyxie.

Autopsie, le 26 juillet, 48 heures après la mort. — Cadavre sans rigidité bien marquée, offrant déjà un état de décomposition assez avancée. — Petite plaie fistuleuse à la face dorsale du pied droit conduisant dans un foyer de suppuration articulaire. Le cuboïde est fracturé en trois éclats ; les deux cunéiformes voisins sont également fracturés ; le pus a envahi les articulations avoisinantes.

Coloration métallique vif argent des deux pieds à la face plantaire et sous les orteils. Les ongles du pied gauche notamment (côté sain), sont comme argentés. Sur la partie interne des cuisses on trouve également des taches d'un noir bleuâtre, métallique, comme dues à des frictions mercurielles. Ces taches n'ayant pas été observées du vivant du malade, on n'a pu recueillir aucune indication étiologique à leur égard.

La *main gauche* est broyée; *fracture* du troisième métacarpien ; fractures multiples des phalanges des trois derniers doigts. Suppuration sanguinolente formant une bouillie noirâtre avec les parties en voie d'élimination. Les terminaisons des nerfs médian et cubital sont noyées au milieu de ce foyer et présentent une rougeur et un gonflement qui sont bien apparents quand on prend les nerfs de la main non-lésée. Cette rougeur ne s'étend pas au-delà de la plaie. Ces *nerfs* recueillis et examinés au microscope à l'état frais n'ont donné que des résultats négatifs ; il n'y a pas de névrite ascendante et tout se borne à des altérations locales au niveau de la plaie.

Congestion pulmonaire intense. Adhérences pleurales légères à droite. Le *cœur* est d'un blanc jaunâtre, vide de caillots ; l'examen histologique révèle une dégénérescence granulo-graisseuse qui n'est cependant pas très-généralisée. — Rien de particulier dans les *viscères.*

Cerveau. Sinus gorgés de sang noir. Pas d'adhérences des méninges. Piqueté hémorrhagique léger. Pas d'épanchement dans les ventricules. — Les *méninges rachidiennes* sont fortement colorées, d'un rouge vif ; la moelle elle-même est, dans toute son étendue, fortement congestionnée; elle n'est le siége d'aucun ramollissement. — Les *ganglions sympathiques* cervicaux et thoraciques sont colorés en rouge foncé ; leur examen à l'état frais n'a rien révélé d'anormal.

Observation II. — *Plaie de la main par écrasement. Gangrène de l'annulaire. Tétanos au quatrième jour. Bromure de potassium et névrotomie. Mort. Autopsie* (1).

Th... X. M. François, âgé de 25 ans, domestique, né à Châtelus (Loire), entré le 17 août 1870, salle Sacerdos, n° 42, Hôtel-Dieu de Lyon (service du Dr Ollier.)

Il y cinq jours, en manœuvrant une voiture, ce jeune homme eut la main prise entre un mur et le brancard ; il en résulta un écrasement de l'annulaire de la main droite au niveau de la première phalange, à la partie moyenne. Deux jours après, le doigt prenait une couleur violacée, se racornissait, suivant l'expression du malade et devenait complétement insensible.

(1) Cette observation est inédite et ne figure pas dans l'ouvrage de M. Létiévant *Traité des sections nerveuses*) bien qu'on ait pratiqué le névrotomie. L'observation de M. Ollier, citée dans ce livre, a trait à un malade de la clientèle privée de ce chirurgien.

A son entrée, on constate une gangrène sèche de l'annulaire. Pas de douleurs dans la plaie ; l'os est cependant broyé et le doigt ne tieut plus que par quelques lambeaux de tissu.

18 août. M. Ollier enlève le doigt mortifié et résèque l'extrémité de la première phalange. Julep diacodé.

21 août. Ce matin, raideur du cou ; expression particulière, légèrement sardonique, sur le visage du malade. Trismus permettant encore un écartement des mâchoires de 0,02. Pas de douleurs dans la plaie ; ni le long du bras. Pas de secousses convulsives dans le membre supérieur. La flexion et l'extension se font facilement et sans douleur.

Le malade dit que, depuis un jour, il avait une légère difficulté pour manger ; mais elle l'incommodait si peu qu'il ne s'en était pas plaint. Pouls 112. Temp. rect. 38°,2. On institue comme traitement des sudations abondantes et le bromure de potassium (10 grammes par jour.)

Des interrogations précises apprennent que le malade a eu, depuis le jour de l'opération jusqu'au soir du 19, de légers picotements, parfois douloureux, le long du bord interne de l'avant-bras, sans jamais dépasser le coude.

Soir. P. 70 ; Temp. 38°,4. Pas de raideur du cou ; pas de dysphagie. Pas de douleurs le long du bras. Trismus persistant. Sueurs abondantes. Deuxième potion avec 10 gr. bromure.

22 août. P. 82 ; T. 38°,4. Trismus plus prononcé. L'écartement des mâchoires est à peine de 0,01. Un peu de raideur du cou. Rien dans les membres inférieurs ou supérieurs. 3e potion *ut suprà.* — *Soir* P. 84 ; T. 38°,9. Le trismus augmente beaucoup. Un peu de raideur du tronc. — 4° potion.

23 août. P. 100 ; T. 39°,4. Le trismus est si intense qu'il ne permet presque aucun écartement des mâchoires. Crampes douloureuses dans les membres. Opisthotonos survenant par crises.

En présence de la gravité de ces phénomènes et de la marche rapide, M. Ollier se décide à pratiquer la névrotomie.

Anesthésie par l'éther. Section du nerf cubital dans la gouttière épitrochléenne ; du nerf médian à 0,06 au-dessus du pli du coude et du nerf radial à 0,11 du pli du coude, au sortir de la gouttière de torsion. La section de ces trois nerfs a été complète ; faits avec les ciseaux, une fois le nerf chargé de la sonde canelée. Les plaies sont réunies par suture métallique. Boissons sudorifiques, sans autre médicament.

Soir. 5 heures. P. 140. T. 41°. Resp. 38. La rigidité est aussi complète que le matin. Aucune détente ne s'est opérée. Pas de douleurs dans le membre. Trismus aussi complet. Le malade a de la peine à boire, par suite de l'impossibilité d'écarter les dents. Potion avec 15 grammes Bromure. — Le malade est assez calme jusqu'à 8 heures du soir, à partir de ce moment, il est pris de mouvements convulsifs très-douloureux, qui durent jusqu'à l'heure de sa mort, 1 heure du matin.

Autopsie. — 28 heures après la mort. — Rigidité cadavérique peu prononcée.

Cavité crânienne. — Sinus gorgés de sang noir. Le cerveau assez mou, ne présente rien de particulier à la coupe. Les méninges cérébrales offrent un aspect normal.

Méninges rachidiennes congestionnées. La *moelle* est très-ramollie ; la diffluence est telle au niveau de la portion cervicale, un peu au-dessous du bulbe, qu'elle se réduit à la moindre pression en houillie.

La section des *trois nerfs* a été complète ; les deux bouts du radial et du cubital sont séparés au niveau de la section par un intervalle de 0.015. Un des rameaux du cubital (face dorsale) plonge au milieu de la plaie du doigt. Le nerf médian présente entre ces deux bouts un écartement de 0.02. Dans le bout inférieur, une hémorrhagie s'est produite dans la graine même du nerf sur une longueur de 0.08. Rien de particulier sur leur trajet au-dessus de la section. — *Viscères* normaux. *Poumons* congestionnés à la base.

Observation III. — *Plaie du pied par écrasement ; tétanos au 8e jour ; chlorhydrate de morphine et chloral ; mort ; autopsie.*

J. Alphonse, âgé de 11 ans, entre le 26 mai 1872, salle Saint-Côme, n° 7, hôpital des Enfants-malades. (Service de M. Giraldès).

Dans la journée d'hier, cet enfant a eu l'avant-pied écrasé par un bloc de fer. Cet écrasement a intéressé tous les orteils et l'extrémité des métatarsiens. A son arrivée, on constate une plaie contuse, noirâtre, avec sphacèle d'une partie des tissus ; deux orteils sont tombés. Les extrémités des métatarsiens sont en partie broyées. Le chef de service excise les parties mortifiées et applique un pansement ouaté.

28 mai. Le pansement a été enlevé par inadvertance. Plaie en bon état Pas de douleurs. Pansement à l'alcool phéniqué.

30 mai. Application d'un nouveau baudage ouaté.

3 juin. Sans cause de refroidissement appréciable, le malade se portant bien la veille ; à 5 h. du matin, la religieuse remarque, en voulant donner à boire au petit malade, un resserrement des mâchoires. Trismus assez prononcé ne permettant guère qu'un écart de 1 centimètre entre les deux mâchoires. Opisthotonos léger. Peau médiocrement chaude. P. 124 ; T. 38°,2 ; R. 60. Dans la journée, trois lavements avec 3 grammes de chloral chaque, 4 injections hypodermiques à la région cervicale de cinq milligr. Chlorhydrate de morphine. Thé au rhum. *Soir.* P. 120, T, 38°,8, Pas d'accentuation notable des symptômes.

4 juin. P. 152 ; T. 39° ; R. 40. Insomnie pendant la nuit. Assoupissement vers le matin. Trismus très-prononcé. Impossibilité d'écarter les mâchoires. Les mouvements de déglutition provoquent des spasmes. Opisthotonos très-marqué. Facies sardonique. Légère contraction des membres supérieurs. Sueurs perlées à la face. Peau sèche sur le reste du corps. Dans la journée d'hier et dans la nuit le petit malade a pris environ un litre de thé au rhum. Même dose de chloral. 4 injections de 0.01 centig. Chlorhydrate de morphine.

Soir. P. 180 ; T. 41° ; R. 40. Prostration. Contracture augmentée des membres supérieurs ; pas de contracture des membres inférieurs. Ventre modérément tendu. Opisthotonos de plus en plus marqué. Sous l'influence d'une injection dans la région masséterne, l'écartement des mâchoires se fait un peu plus facilement. Quelques râles trachéaux. On retire avec la sonde un demi-verre d'urine limpide, foncée, sans albumine ; le passage de la sonde détermine un spasme général. Selles involontaires.

10 heures du soir. P, 150 ; T. 42°. Respiration tellement précipitée qu'on ne peut la compter. Facies pâle sans cyanose. Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. 34 heures après la mort. Pas de rigidité cadavérique. Les *méninges cérébrales* et *rachidiennes* sont peu injectées. Congestion cérébrale assez intense. Pas d'épanchement de sérosité dans les ventricules. Des coupes pratiquées dans toute l'épaisseur du *cerveau* montrent un piqueté hémorrhagique assez confluent. Rien d'apparent à l'œil nu dans la *moelle.*

Congestion à la base des *poumons.* Quelques caillots noirs et mous dans le cœur. Rien dans les autres viscères.

Plaie. Pas d'infiltration purulente dans les gaînes tendineuses et dans les articulations médio-tarsiennes. Les nerfs périphériques, disséqués sur une grande étendue et examinés à l'état frais, ne présentent rien d'anormal à l'examen macroscopique et microscopique.

Observation IV. — *Plaie de la main par écrasement ; Gangrène du doigt ; Tétanos ; Opium et chloral ; Mort ; Autopsie.*

D. Pierre, âgé de 32 ans, cordonnier, entre le 12 janvier 1874, salle Saint-Gabriel, n° 19, hôpital de la Pitié (service de M. Labbé).

Le malade a eu, il y a quelques jours, un doigt de la main droite écrasé ; l'extrémité du doigt est gangrénée ; pas de menaces de phlegmon, mais depuis deux jours, la plaie est le siége de picotements douloureux, et il est venu à l'hôpital pour la raideur des mâchoires qui est apparue presque en même temps que ces douleurs. On constate en effet un trismus léger : l'écartement des mâchoires est assez facile, et le malade peut manger sans peine ; mais il est inquiet, pusillanime. 0.05, extrait d'opium.

14 janvier. Trismus plus prononcé. Pas de crampes dans le bras, pas d'opisthotonos. Un peu de dysphagie. Sudations assez abondantes. Prend dans la journée 0.15 extrait d'opium. Cataplasmes laudanisés sur la plaie.

15 janvier. Trismus plus prononcé. M. Labbé ampute l'extrémité gangrénée du doigt, sans anesthésie. 7 gr. de chloral.

16 janvier. Même état. 10 gr, chloral.

17 *janvier.* — Trismus très-prononcé. Opisthotonos. Contractures très-douloureuses le long du bras. 10 gr. chloral.

18 *janvier.* — Temp. rect. 38°. — *Soir.* T. R. 38°,2. — L'écartement des mâchoires n'est plus que d'un centimètre. Opisthotonos assez marqué. Toujours assez de dysphagie. 11 grammes 50 de chloral. Sous l'influence de cette dose donnée par fractions successives, le malade sommeille d'une façon à peu près continue jusqu'au soir.

19 *janvier.* — T. R. 38°,3. — *Soir.* T. R. 39°,8 ; P. 132 ; R. 40. — Bien que la dysphagie ne soit pas très-prononcée, on n'a rien pu faire avaler au malade. Injection sous-cutanée de 1 gr. chloral. Sudations très-abondantes pendant la nuit.

20 *janvier.* — T. R. 38°,8. — Ce matin, il semble y avoir une légère détente. Le malade ouvre un peu mieux la bouche, et a pu boire un peu. Mais l'opisthotonos est très-accentué, et il a toujours des accès de contracture sur le membre supérieur droit, et dans les muscles thoraciques.

Soir. — T. R. 39°,5 ; P. 110 ; R. 40. — Face congestionnée. Trismus des plus prononcés. Sueurs abondantes. Respiration trachéale, avec écume à la bouche. Mort à 5 heures du matin sans secousse convulsive terminale.

Autopsie. Rien de particulier dans les *viscères*, sauf une congestion très-prononcée des deux *poumons.* Les *nerfs* de l'avant-bras n'offrent qu'un peu de rougeur qui ne dépasse pas le niveau de la plaie. Les organes du *système cérébro-spinal* ont été l'objet d'examens histologiques que nous mentionnons plus loin.

Dans ces divers cas, nous n'avons pas eu de ces tétanos suraigus contre lesquels la médication, quelle qu'elle soit, reste presque toujours impuissante ; les accidents ont eu une durée de cinq jours dans les deux premiers cas, de huit jours dans le quatrième ; l'observation I pourrait seule rentrer dans ces formes à invasion et à terminaison rapides. Dans tous, le traitement a été institué dès le début avec énergie ; à notre premier malade, on a administré 10 grammes de chloral et cinq centigrammes de chlorhydrate de morphine ; le second, traité par le bromure de potassium, en a pris jusqu'à 20 gr. par jour ; on lui faisait en même temps la section des trois gros troncs nerveux du bras. Enfin, chez un enfant de onze ans, les doses ont été également fort élevées, 9 gr. de chloral et de 0.02 à 0.04 de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur **CHARCOT**.

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Messieurs,

J'ai mis, dans la séance précédente, la dernière main, à la description anatomo-médicale du système cortical des artères du cerveau. Aujourd'hui, je me propose d'appeler votre attention sur la circulation artérielle des *noyaux gris centraux*. Vous savez que, sous ce nom, on désigne les couches optiques, les corps striés et ce qu'on pourrait appeler leurs annexes. C'est là, Messieurs, une étude qui doit réclamer tous nos soins ; car les phénomènes qui se produisent dans ces noyaux, en conséquence des lésions vasculaires, ne le cèdent en rien par leur importance clinique, à ceux qui surviennent dans les parties superficielles de l'hémisphère à la suite des altérations du système artériel cortical. Nous retrouverons dans les régions centrales du cerveau qui vont nous occuper, les altérations ischémiques signalées à propos des couches superficielles de l'encéphale, mais nous y rencontrerons, en outre, sur une grande échelle, des lésions qui ne se montrent au contraire que rarement à la périphérie. Je veux parler de l'*hémorrhagie intra-encéphalique* vulgaire, l'une des causes anatomiques les plus habituelles du syndrome *apoplexie*.

Il existe, à cet égard, une opposition assez intéressante à relever entre les parties périphériques et les parties centrales du cerveau. Dans celles-là, l'hémorrhagie intra-encéphalique est relativement rare, tandis qu'elle est commune dans celles-ci. C'est là un fait dont témoignent déjà éloquemment les statistiques anciennes d'Andral et de Durand-Fardel et que les statistiques récentes ne font que confirmer. Ainsi, sur 119 cas rassemblés par Andral et Durand-Fardel, 102 fois la couche optique et le corps strié ont été le point de départ de l'hémorrhagie, 17 fois seulement le foyer a pris naissance soit dans le centre des lobes antérieurs ou postérieurs, soit à la périphérie de l'encéphale. En revanche, le ramollissement ischémique du cerveau prédomine, suivant la remarque judicieuse de Durand-Fardel, dans les parties périphériques. Les faits que j'ai recueillis à la Salpêtrière confirment de tous points ces données.

Nous aurons à indiquer dans un instant, quelques-unes des conditions propres à expliquer cette opposition remarquable; qu'il me suffise pour le moment de bien fixer vos idées sur ce point à savoir que si les études auxquelles nous nous sommes livrés, concernant le *système artériel cortical*, étaient une introduction nécessaire au chapitre qui traite du ramollissement ischémique de l'encéphale, les développements dans lesquels nous allons entrer aujourd'hui sont la préface obligatoire de l'histoire non moins intéressante de l'hémorrhagie intra-encéphalique.

I. Vous n'avez pas oublié, Messieurs, comment les artérioles qui constituent le *système central* naissent de chacun des trois gros troncs artériels du cerveau, au voisinage immédiat de leur origine dans le cercle de Willis. Les artères qui forment ce système sont, en général, des vaisseaux d'une certaine importance, quant au calibre. Ce sont, en effet, des artérioles d'un millimètre et demi à un demi millimètre de diamètre, pour les artères du corps strié, d'après M. Duret.

Leur mode d'origine rappelle celui de ces jeunes rejetons qu'on voit dans les forêts pousser à la base des arbres. Cette comparaison, que j'emprunte à M. Heubner, en outre de son caractère pittoresque, est assez juste; mais il ne faut pas la pousser trop loin, car les artères du système central, dès leur point de départ, se dirigent perpendiculairement à la direction du tronc principal.

Cette direction perpendiculaire nous remet en mémoire ce que nous avons vu à propos des artères nourricières de l'écorce de l'encéphale. Toutefois, il convient de ne pas oublier qu'il existe une différence entre les artères nourricières corticales et les artères des noyaux gris centraux: les premières, en effet, sont, à proprement parler, des capillaires — suivant, du moins, la définition de Robin — et les secondes, au contraire, des vaisseaux d'un certain calibre.

Un autre caractère des artères des noyaux centraux c'est que selon l'acception donnée à ce mot par M. Cohnheim, ce sont des *artères terminales* par excellence. Si une discussion a pu s'élever, ainsi que nous l'avons vu, au sujet de l'autonomie des territoires vasculaires de l'écorce, il n'en est plus de même pour ce qui regarde les artères centrales. Celles-ci sont tout-à-fait indépendantes les unes des autres; c'est là un point sur lequel nos auteurs sont parfaitement d'accord.

Ainsi, dit M. Heubner, on peut, à l'aide d'une seringue de Pravaz dont la pointe du trocart est émoussée, injecter une à une chacune des petites artères qui se rendent aux diverses parties du corps strié ou de la couche optique. Malgré toutes les précautions possibles, on ne parviendra jamais à injecter la couche optique ou le corps strié tout entier. Vous n'injecterez que de petits départements de chacun de ces corps; si l'injection est poussée trop fortement, on produit des ruptures, mais le territoire vasculaire ne s'étend pas pour cela au-delà des limites qui lui sont assignées.

Les expériences multipliées de M. Duret plaident dans le même sens. Il convient d'ajouter que, dans aucune circonstance, par cette voie des artères centrales, *on ne fait pénétrer l'injection dans le domaine des artères corticales.* La réciproque, je le rappelle, est également vraie, c'est-à-dire qu'aucune injection, poussée dans l'une quelconque des artères du système cortical ne se répand dans le domaine des artères centrales.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire ressortir les analogies qui existent sous le rapport du mode d'origine des artères nourricières entre les parties basilaires de l'encéphale et la protubérance, voire même le bulbe.

Dans la *protubérance*, la ressemblance est frappante, les artères médianes naissent à angle droit de l'artère basilaire qui est un tronc volumineux, et elles pénètrent jusqu'aux parties postérieures, parallèlement les unes aux autres, sans s'anastomoser, reproduisant de la sorte le type des artères terminales.

Dans le *bulbe*, la même disposition existe, mais elle est, en quelque sorte, atténuée par une modification spéciale. Les artères médianes du bulbe ne naissent pas directement des gros troncs de l'artère vertébrale ; elles prennent leur origine dans les artères spinales.

Il est possible déjà, si je ne me trompe, de trouver dans ce mode d'origine et de distribution des artères de la protubérance et des ganglions centraux, une des raisons d'ordre mécanique, capables d'expliquer la prédominance dans ces parties des ruptures artérielles.

Rappelez-vous que, à la superficie du cerveau où, ainsi que je vous l'ai annoncé, les hémorrhagies sont comparativement rares, les artères ne s'introduisent dans la pulpe qu'après avoir fourni un long trajet dans la pie-mère et s'être transformées en des vaisseaux très-ténus, qui sont à proprement parler des capillaires ; rappelez-vous, dis-je, ces particularités, et vous comprendrez bien plus facilement les différences que j'ai à vous signaler en ce qui concerne les artères centrales.

1° Le chemin du cœur aux gros ganglions de la base est très-court. Les artères qui se rendent à ces ganglions émanent en quelque sorte directement des artères du cercle de Willis, c'est-à-dire d'artères de troisième ordre, en partant du cœur. C'est là une circonstance évidemment favorable aux ruptures artérielles. Elle est, à la vérité, compensée dans une certaine proportion par le mode d'origine des vaisseaux qui s'opère à angle droit et aussi par la différence considérable de calibre.

2° Mises en regard des artères corticales, les artères centrales sont volumineuses, je fais allusion surtout aux artè-

(1) Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

res du corps strié puisqu'elles ont un diamètre d'un demi millimètre à un millimètre et demi.

3° J'ajouterai que l'absence d'anastomoses est encore une condition fâcheuse, car, en cas d'une pression exagérée dans un vaisseau, le dégagement est impossible en raison de l'absence bien établie de collatérales.

Les trois gros troncs artériels du cerveau, ainsi que je l'ai répété en commençant, prennent tous une part à la vascularisation des régions centrales, mais cette part est fort inégale. La *cérébrale antérieure*, par exemple, envoie seulement quelques vaisseaux à la tête du corps strié et encore l'existence de ces rameaux n'est-elle pas constante. La *cérébrale postérieure* a, dans l'espèce, un domaine beaucoup plus vaste et beaucoup plus important. Elle fournit aux couches optiques, dans une grande étendue, à l'étage supérieur des pédoncules cérébraux et aux tubercules quadrijumeaux. Mais incontestablement, c'est, ici encore de même que pour le sytème cortical, les artères sylviennes qui jouent le rôle prépondérant. Ces artères donnent toutes les branches qui se rendent au noyau caudé, à l'exception du petit domaine des branches inconstantes de la cérébrale antérieure, et aux divers segments du noyau lenticulaire.

Nous prendrons en conséquence les branches de l'artère sylvienne pour type de nos descriptions. Il nous sera aisé, après cela, de compléter l'histoire du système nourricier central par quelques mots relatifs aux branches de ce système issues soit de la cérébrale antérieure, soit de la cérébrale postérieure. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE** (1).

Deux observations d'hystérie.

18 mars. — L... a de violentes palpitations cardiaques : mon cœur cogne, dit-elle. Nous assistons à plusieurs crises hystériformes singulières, dans lesquelles on peut distinguer deux phases : dans la première, précédée de cris rauques, les yeux se dévient en haut, la tête se porte dans l'extension, le corps décrit une courbe à concavité postérieure et ne repose plus que sur l'occiput et les talons, le ventre se ballonne, le cou se tend, ses veines sont extrêmement gonflées ; la face est cyanosée ; le bras droit s'écarte et s'élève ; le gauche abandonne le dos, s'allonge et s'élève ; les pouces sont fortement fléchis entre le médius et l'annulaire. — Dans la seconde phase, la rigidité cesse, la tête se porte rapidement de gauche à droite et de droite à gauche ; les bras vont se fixer tous deux derrière le dos. Durant ce temps, L... pousse des cris plaintifs. Dans ces sortes de crises, elle ne perdrait pas connaissance ; tout au moins se souviendrait-elle de ce qu'on dit durant la dernière phase. Quelques instants après la fin : P. 92. (Compté trois fois).

19 mars. — Une heure après une attaque hystéro-épileptique, T. R. 37°, 1 ; P. 72 (2).

21 mars. — L... a eu, hier, plusieurs attaques hystéro-épileptiques avec écume et stertor. Elle prétend éprouver ce matin des sensations qui lui annoncent d'habitude la fin de tous les accidents. La sensibilité a reparu sur la moitié inférieure de la cuisse gauche. Le 19, elle a demandé le bassin pour la première fois. L'incontinence d'urine, la contracture de la langue et des membres du côté droit, persistent. L'ovaire gauche est toujours douloureux. Le membre supérieur est contracturé, placé dans le dos et la sensibilité y est abolie.

22 mars. — La peau de la moitié gauche du ventre est redevenue sensible. Les membres supérieurs et le membre inférieur droit sont toujours contracturés. — L... raconte les sensations qu'elle éprouve avant ses attaques : 1° Elle a des tortillements dans les côtés du bas-ventre (elle indique nettement les régions ovariennes, surtout la gauche, où la pression est douloureuse ; 2° La douleur remonte au creux épigastrique qui est le siége d'élancements ; 3° Puis surviennent des battements de cœur suivis d'une constriction du cou qui l'empêche de respirer ; 4° Enfin, elle a dans la tempe gauche des douleurs qu'elle compare à des coups de marteau et des sifflements dans l'oreille correspondante : « J'entends le bourdon de Notre-Dame, dit-elle. »

Ces diverses sensations précèdent quelquefois pendant un temps assez long l'arrivée de l'attaque. Ainsi, durant toute la nuit, elle en a été fortement incommodée. Parfois, cette situation se complique d'engourdissements dans les membres (actuellement c'est dans le bras gauche) et d'hallucinations : cette nuit, par exemple, elle voyait des souris courir sur son lit.

A ce moment de l'examen, la figure devient grimaçante, les yeux sont fixes, la tête est entraînée à droite. L... s'écrie : Maman ! Interrogée sur la cause de ce cri, elle répond que la douleur du ventre est plus violente et presque immédiatement elle est prise d'une attaque hystérique avec mouvements désordonnés (*Fig. 30*), projection du bassin en avant, auxquels



Fig. 30. — Attitude de Ler... pendant l'attaque : période des contorsions. (*Fac simile d'un croquis fait d'après nature.*

succèdent les cris : « Oui, les voilà ! les bourreaux, etc. » Une demi-heure plus tard : T. V. 37°, 4 ; P. 104.

1 heure du soir. — La motilité et la sensibilité ont reparu dans la moitié gauche du corps, sauf à la face. La contracture des membres du côté droit a également cessé et la malade peut leur imprimer quelques légers mouvements. Ils sont encore engourdis et parcourus par des fourmillements. L'anesthésie persiste sur tout le côté droit du corps. Le cou conserve un certain degré de rigidité. La langue est plus mobile, mais ne peut sortir de la bouche. Les régions ovariennes restent douloureuses. Alternatives de pleurs et de rires.

(1) Voir les nos 16, 24, 25, 26 du *Progrès médical*.

(2) Dans son livre sur *Louise Lateau* et dans le discours qu'il a prononcé dans la séance du 29 mai dernier à l'Académie de médecine de Belgique, M. le professeur Lefebvre dit que chez Louise le thermomètre placé dans la bouche ou dans l'aisselle ne s'élève jamais, à aucune époque de la journée, au-dessus de 37°. D'après les chiffres que nous avons donnés dans le cours de cette observation, on voit que c'est là une règle dans l'hystérie. La température de Ler... est normale de même que celle de Louise Lateau; la légère différence qui existe dépend de la cavité naturelle où la température a été prise. (Voir aussi, à propos de la température dans l'hystérie, nos *Recherches cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*.)

23 *mars*. — De 7 heures et demie à 8 heures et demie, hier soir, L... a eu des attaques tétaniques dans lesquelles le tronc était fortement arqué en avant. Puis, elle a eu trois accès épileptiformes avec ronflement. Ce matin, l'état général est le même que précédemment. De plus, la langue est moins dure, la contracture des mâchoires moins prononcée et la parole plus facile. — De temps en temps, L... grelotte, a des espèces de frissons et se plaint d'avoir froid.

24 *mars*. — Hier, de 7 heures à 10 heures du soir, plusieurs accès épileptiformes alternant avec des attaques à grandes convulsions (*Fig. 31*). L... a eu, pendant toute la journée, des



Fig. 31. — Attitude de Ler... pendant l'attaque : période des contorsions.
(*Fac simile d'un croquis fait d'après nature.*)

hallucinations de la vue si effrayantes, (1) que, à plusieurs reprises, elle a essayé de se sauver. Elle voyait entre autres, un animal noir avec des cornes, et ressemblant à un bœuf. — La malade remue un peu les membres du côté gauche.

La paralysie est plus marquée à droite qu'elle ne l'était hier : Le bras, soulevé, retombe inerte. — Il y a toujours des fourmillements dans les membres. La contracture de la langue, quoique moins prononcée, ne permet pas encore l'alimentation par la bouche. L'incontinence d'urine qui a débuté le 24 février tend à diminuer. L... perçoit le passage de l'urine : « L'eau chaude coule, dit-elle. »

Après une rémission de plusieurs heures pendant laquelle l'intelligence a été plus nette qu'elle n'avait été depuis longtemps, L..., vers une heure et demie de l'après-midi a été prise d'une attaque tétanique d'une forme tout-à-fait spéciale et qu'on ne lui avait jamais vue : Tout le corps était rigide, la tête renversée en arrière ; les yeux étaient dirigés en haut et à droite, la bouche était tirée à droite, le cou fortement tendu ; les bras étaient disposés en *croix* ; les jambes allongées et accollées l'une à l'autre. Parfois, l'abdomen était secoué convulsivement et un cri rauque s'échappait de la gorge. — Une attaque à grands mouvements succède sans transition à cet accès de contracture.

25 *mars*. — Les mouvements reviennent dans les membres du côté droit. L'état de la sensibilité n'a pas changé. La contracture de la langue diminue. La muqueuse de la cavité buccale est insensible, mais l'attouchement du pharynx et de l'épiglotte détermine des efforts de vomissement.

26 *mars*. — Hier, de 2 heures à 3 heures, attaque tétanique sous forme de *crucifiement*. De 7 heures et demie à 10 heures 1/4, attaque convulsive avec cris après laquelle la malade a pu boire et allonger la langue. La nuit a été bonne. Peu après son réveil, L... a eu un accès épileptiforme.

La langue, quoique engourdie, a récupéré sa motilité. La parole est entièrement revenue. Les hallucinations de la vue; les sifflements et les bourdonnements de l'oreille gauche n'ont pas disparu. L'anesthésie est la même à la face (peau et muqueuse) et sur toute la moitié droite du corps. A gauche, il n'y a que de l'analgésie. Les phénomènes d'aura prédominent à gauche.

27 *mars*. — Pour la première fois depuis 30 jours, L... a mangé seule hier ; mais ensuite elle a vomi tout ce qu'elle avait pris (1).

28 *mars*. — Hier, de 2 heures de l'après-midi à 10 heures du soir, agitation : L... poussait des cris, se roulait dans son lit, se plaignant de souffrir dans les deux côtés du bas-ventre, à l'estomac, dans la tête et d'avoir des battements de cœur. En se frottant la face sur l'oreiller, elle s'est écorché la joue gauche et la région temporale droite. — Les membres ont recouvré leur motilité, ceux du côté droit moins que les autres; toutefois, la malade ne peut pas encore se tenir sur les jambes.

28 *mars*. — *L'ovaire droit devient plus douloureux que le gauche*, spontanément et à la pression.

29 *mars*. — De 10 heures 1/2 du soir à une heure du matin, on a compté une trentaine d'accès épileptiformes. L... vient d'avoir un nouvel accès ; elle est toute engourdie, et ne répond pas aux questions. T. R. 37° ; P. 112. On observe à ce moment des grimaces suivies d'une secousse dans les membres, puis éclate un accès qui débute par l'une des attitudes habituelles les bras sont étendus, l'index et le médius allongés et écartés, les deux derniers doigts fléchis sur le pouce). On note ensuite des secousses cloniques, de l'écume et du ronflement. La compression de l'ovaire droit détermine dans le cou une sorte de spasme auquel succède bientôt un accès.

Dans l'intervalle des crises, L..., trompant momentanément la surveillance incessante dont elle est l'objet, frotte sa joue gauche avec le bras droit et cela si violemment qu'elle s'écorche. Ces manœuvres sont occasionnées par les fourmillements dont la face est le siége.

Dans un autre accès, L... regarde à droite et en haut, tandis que la tête s'incline sur l'épaule gauche. La physionomie exprime un mélange de terreur et d'indignation. Dans d'autres moments, la malade semble chercher en l'air, et les doigts essaient de s'emparer d'objets imaginaires. La compression de l'ovaire gauche produit également un spasme laryngien et rappelle un accès.

30 *mars*. — L... a eu une série d'attaques auxquelles a mis fin la chloroformisation poussée jusqu'à résolution complète. Durant ces crises, la malade s'est déchiré la moitié droite du ventre, en raison des douleurs profondes qu'elle y éprouve. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe ont beaucoup diminué ainsi que les sensations céphaliques. Les deux régions ovariennes sont douloureuses.

31 *mars*. — Les douleurs continuent à être plus intenses dans la moitié droite du ventre que dans la gauche. Les membres du côté droit restent affaiblis. Depuis que la malade mange, elle a des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Quant à l'incontinence d'urine, elle n'a pas changé.

(*A suivre.*)

(1) « Au commencement, d'après les dires de Louise Lateau, le démon se montrait à elle plusieurs fois chaque nuit sous toutes sortes de formes hideuses ; Puis, toutes les nuits et pendant toute leur durée, elle était jetée à terre, r[illegible]née disloquée et serrée à la gorge. Un vendredi, c'était le 18 décembre, Mgr. Gravez, évêque de Namur, se trouvait présent au moment où Louise revenait de son extase accoutumée : elle fut renversée rudement sur le dossier de son fauteuil, comme par une main invisible, puis immédiatement jetée à terre avec violence. Sa tête alla donner contre les pieds de Mgr. et ceux du P. Séraphin. Celui-ci le retint, et s'aperçut à son visage qu'elle était visiblement sous l'action diabolique. » (Imbert Gourbeyre, p. 186.)

(1) C'est là un accident fréquent, à la suite d'une longue abstinence, qu'il s'agisse d'un malade convalescent d'une fièvre typhoïde par exemple, ou d'une malade comme Ler... ou comme *Louise Lateau*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Souscription pour les inondés du Midi.

Toute œuvre entreprise dans le but de venir au secours des malheureuses victimes des inondations du Sud-Ouest de la France, mérite les plus vifs encouragements, d'où qu'elle vienne. Emanant d'étudiants en médecine, elle a encore plus de droits à toute notre sympathie, à tout notre concours.

Aussi, sommes-nous heureux d'apprendre à nos lecteurs qu'un certain nombre d'étudiants en médecine se sont constitués rapidement en Comité libre, se donnant surtout pour tâche de provoquer et de recueillir des souscriptions, soit dans les hôpitaux, soit à l'École de médecine.

Les sentiments d'humanité et de fraternité qui ont inspiré l'initiative des jeunes étudiants du Comité trouveront, nous en avons la ferme conviction, un écho sympathique parmi tous les étudiants en médecine et nous sommes convaincus, que tous auront à cœur de contribuer, même dans les limites les plus modestes, au soulagement des misères affreuses produites par les inondations du bassin de la Garonne. — Voici maintenant la lettre que nous ont fait remettre MM. Le Garec et Duhard.

Aux étudiants en médecine de l'Université de France.

Vous avez tous appris les effroyables désastres qui viennent de semer le deuil et la ruine parmi les populations du Midi. Aussitôt des quatre coins de la France s'est élevé un cri de pitié et de sympathie qui a ému tous les cœurs et ouvert toutes les bourses. Les étudiants en médecine de l'Université de France, ceux-là mêmes qui doivent un jour, comme médecins, soulager tant de misères, ne peuvent rester indifférents à ce mouvement généreux qui va réveiller les plus humbles villages, et fait de la nation française la plus belle des nations.

Si notre peu de fortune ne nous permet pas de briller par la magnificence des dons, du moins donnons à la jeunesse française l'exemple d'une noble générosité, et affirmons ainsi fièrement que le pays qui possède de tels jeunes gens n'est pas un pays mort.

Amis, tendons une main généreuse à l'infortune.

Paris, le 27 juin 1875.

Les initiateurs de la Souscription des étudiants en médecine,

Le Garec, Externe des Hôpitaux, rue Gay-Lussac, 17.
A. Duhard, Etudiant en médecine, rue des Ecoles, 12.

La Liberté de l'Enseignement supérieur.

L'article 13 du projet décide que les facultés, possédant un nombre de chaires et de professeurs à déterminer par un règlement, pourront recevoir d'une loi le droit de conférer des grades après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique. — M. Ferry veut réserver la collation des grades aux Facultés de l'Etat. Il soutient d'abord le droit de l'Etat à contrôler les études par les examens et rappelle que la doctrine de la liberté de collation de grades est d'origine récente; au Sénat, en 1868, on n'en a pas parlé, non plus que dans la Commission de 1870; elle s'exprima pour la première fois au « Congrès de l'enseignement chrétien » en 1872, puis dans la pétition des comités catholiques. Sous cette doctrine, équivalant à la négation des grades, M. Ferry ne peut donc voir qu'un commencement de revendication du monopole de l'enseignement par l'Eglise. Suivant M. Ferry, les fonctions de l'Etat sont celles qui ne peuvent être remplies que par lui; il en résulte que si la diffusion de l'enseignement ne peut être un monopole de l'Etat, l'Etat seul étant apte à maintenir le niveau des études, peut et doit les contrôler par les examens; la libre concurrence a pour effet l'abaissement des études. Pour les carrières professionnelles, en outre, le diplôme constitue une garantie donnée par l'Etat; la collation du grade est donc dans ce cas un office essentiellement social. Cette liberté des grades n'existe absolue qu'en Amérique, où le grade n'a aucune valeur. En Angleterre, ce qui représente le grade est conféré par des corporations; le haut enseignement du droit n'existe pas, au dire des Anglais eux-mêmes; en médecine, la corporation enseignante est séparée de celle qui donne les grades, il se forme d'excellents praticiens, mais les grades ont si peu de valeur, que l'Angleterre tend à l'unité des titres, à la collation des grades par l'Etat; en Allemagne, c'est l'avilissement des grades qui, par réaction, a fait instituer le jury d'Etat (1). — Les Universités, dit-on, ont besoin des grades pour vivre; d'abord ce n'est pas une raison pour leur accorder de battre monnaie avec les droits de l'Etat; ensuite l'Université de Louvain vit fort bien sans collation des grades ni personnalité civile; l'impartialité des Facultés ne peut être mise en doute; quant à la liberté des méthodes, l'examen ne la gêne en rien, car s'il y a plusieurs manières d'apprendre, il n'y en a qu'une de savoir. — M. Ferry examine ensuite les divers systèmes proposés. Il repousse le jury d'Etat, moins impartial, moins stable que les facultés, composé sous l'inspiration des sentiments mobiles d'une administration mobile, accessible aux influences politiques et aux passions du jour. Le jury mixte a fait ses preuves en Belgique, il a conduit à l'abaissement des études. La délégation donnée par l'Etat à des Facultés libres ne peut se comprendre; l'Etat ne peut déléguer ses droits qu'à ses fonctionnaires, ou à une institution avec laquelle il aura stipulé un cahier des charges, condition impossible à remplir avec une Université qui peut tomber en décadence.

Après M. Chesnelong, M. Dupanloup, protestant contre toute arrière-pensée de monopole, cherche à démontrer que la liberté d'enseignement n'est qu'un mot sans la collation des grades. Laisser ce droit exclusif aux professeurs de l'Etat, c'est au fond les faire juges des professeurs libres et de leurs méthodes; toute concurrence devient impossible; les facultés de l'Etat, maîtresses de l'examen, imposeront par là même, leurs programmes, leurs méthodes, leurs doctrines.

Enfin, sans la collation des grades et les bénéfices qu'elle entraîne, les Universités n'auront pour vivre que l'air du temps. C'est bien quelque chose d'avoir pour soi l'air du temps; cependant, il faut reconnaître que, sauf ce dernier point, l'argumentation de M. Dupanloup a quelque chose de spécieux et même contient une part de vérité; mais s'imagine-t-il l'avoir fortifiée en reproduisant, et par deux

---

(1) Il y aurait beaucoup à dire sur la cause de l'abaissement des études. Cette cause, dont la méconnaissance rend toute cette discussion confuse et crée les difficultés auxquelles se heurte la loi, c'est la réunion dans un même diplôme du grade professionnel et du grade scientifique. En révolte inconsciente contre le principe du premier, mus par une bienveillante compassion, les examinateurs accordent facilement le second pour ne pas fermer une carrière à un homme qui, après tout, a le droit de vivre. C'est pour cette raison que le baccalauréat a tué les fortes études humanitaires; c'est pour cette raison que la libre collation amènera par elle seule l'avilissement du grade, la concurrence hâtant le développement du mal.

fois, sur une première protestation de M. Wallon, les citations des quatre thèses et du dictionnaire qu'il invoque éternellement pour démontrer que la Faculté de médecine est athée et matérialiste. Outre qu'il est dangereux de juger un livre sur une phrase isolée, détachée du contexte, ces thèses elles-mêmes ne portent-elles pas, imprimée, la déclaration expresse que la Faculté n'entend pas être responsable des opinions des auteurs. M. Dupanloup ignore-t-il que l'anarchie des doctrines est la caractéristique actuelle de la Faculté ? Et en supposant les examinateurs athées et matérialistes, en quoi la liberté d'un candidat spiritualiste sera-t-elle atteinte, parce qu'il soutiendra ses opinions devant eux ? M. Dupanloup sait bien que jamais la Faculté n'a rejeté de candidat au doctorat pour cause de spiritualisme, tandis qu'un docteur reçu a vu sa thèse annulée et cassée sur la dénonciation même de M. Dupanloup, qui regrette aujourd'hui, dit-il, le préjudice par lui causé, ce qui ne l'empêche pas de signaler au Ministre trois autres thèses qu'il verrait sans doute cassées avec plaisir et la conscience tranquille, parce qu'il dénonce seulement les doctrines sans citer les noms des auteurs que tout le monde connaît.

La faculté ne serait-elle pas mieux fondée à réclamer, au nom de la liberté de l'enseignement, contre l'injure qu'on lui a faite, en soumettant les thèses de ses candidats à la censure de la Sorbonne ?

M. Wallon a, du reste, fait ressortir, avec raison, qu'à la Faculté de médecine la thèse n'était que le prétexte de l'examen, que les questions annexées en sont le corps, et qu'il est injuste de rendre la Faculté solidaire de thèses isolées. Il annonce, d'ailleurs, une nouvelle mesure destinée à rendre la censure plus rigoureuse et à empêcher de pareilles thèses de paraître devant la Faculté; ce sera l'accommodation à l'air du temps de la liberté d'enseignement. — M. le Ministre en vient ensuite à la question. — La difficulté ne porte en somme, dit-il, que sur le droit et la médecine, où les examinateurs étant en même temps professeurs, on peut craindre, quoiqu'à tort, leur partialité. Que faire pour éviter toute suspicion ; un jury spécial, on ne trouverait pas d'éléments pour le composer; le jury mixte de Belgique est un produit de terroir; le système de la Commission n'est qu'une promesse d'abdication du droit de l'Etat; du jury d'Etat de M. Raoul Duval peuvent sortir également le monopole ou la ruine des Facultés de l'Etat ; l'amendement de M. Paris réserve le droit de l'Etat en maintenant les Facultés dans tous leurs droits, et fait une part à l'enseignement libre par la création d'un jury spécial, devant lequel comparaîtront les élèves des établissements libres qui redouteront le jugement des Facultés de l'Etat ; c'est donc à lui que M. Wallon se rattache.

M. Arnault (de l'Ariége) est un des derniers représentants de cette école qui était libérale et pouvait se croire catholique. Il douterait des assurances libérales de M. Dupanloup, faites au nom de ceux qui réclament avec lui la liberté de l'enseignement, s'il ne croyait, en qualité de catholique, aux miracles, même à celui de certaines conversions. Mais le libéral, en lui, s'inquiète quand il voit les apôtres de la liberté de l'enseignement, repousser les amendements étendant à tous cette liberté, parce qu'ils n'entendent concéder que la liberté d'enseigner le bien, c'est-à-dire ce qui est conforme à leurs doctrines. Il repousse cette prétention de limiter la liberté des cours, comme violation de la liberté individuelle des consciences. Il repousse la prétention de la société catholique à se substituer à la puissance publique pour conférer des diplômes investissant du droit de remplir les fonctions sociales, et fait observer que les catholiques au pouvoir eussent trouvé monstrueuse pareille prétention venant d'une association quelconque. Type respectable d'une espèce en voie de disparaître, M. Arnault (de l'Ariége), après avoir vécu néo-catholique, mourra vieux-catholique.

A M. Arnault (de l'Ariége), succède M. de Belcastel qui reprend la question *a principio*, c'est-à-dire à partir de la création, et n'apporte pour argument qu'une déclaration de guerre à l'impiété des doclames et au monopole universitaire. —Puis, laissant de côté, par figure de rhétorique, des exagérations ultra-cléricales qu'il rapporte tout au long, M. Laboulaye vient combattre M. Ferry. Il ne croit pas du tout que les examens partiels, les études coupées soient favorables au développement de l'esprit humain. La liberté professionnelle en Amérique a eu sans doute pour effet l'avilissement du grade de docteur, il n'en est pas moins vrai que la grande production littéraire, scientifique, philosophique y est égale à ce qu'elle est chez nous, malgré l'absence du grade. Et il cite des noms. Abordant ensuite le fond de la question, M. Laboulaye soutient que le monopole de la collation par l'Etat n'a d'autre raison d'être que le monopole de l'enseignement par l'Etat; l'un cessant, l'autre doit disparaître aussi. C'est toujours la confusion du grade professionnel et du grade scientifique. M. Ferry refuse aux professeurs libres les émoluments de l'examen, M. Laboulaye répond avec raison que toute peine mérite salaire et que d'ailleurs personne ne réclame la part afférente à l'Etat pour la délivrance du diplôme. Quant à la partialité des professeur des Facultés, on ne s'en plaint pas, mais pourquoi mettre les professeurs libres en infériorité vis-à-vis des professeurs de l'Etat, en leur refusant le droit d'examen. Pour ce qui est des méthodes, l'intérêt de l'Etat est que les méthodes soient libres. L'Etat ne peut déléguer à des personnes indépendantes de lui, à toujours et sans cahier de charges ; c'est vrai, dit M. Laboulaye, mais ce cahier des charges, on peut le faire, et la délégation n'est pas irrévocable. En résumé, M. Laboulaye veut que l'Etat conserve la haute main, que personne ne puisse examiner sans son aveu, mais il ne veut pas que ce droit d'examiner soit le monopole d'un corps quelconque ; c'est là qu'est toute la question. Il nous semble que M. Laboulaye pose une question insoluble ou se paye de mots. L'Etat ayant la haute main, c'est le monopole, non plus peut-être d'un corps quelconque, mais d'une doctrine variable suivant le courant politique dominant.

M. J. Simon, ne voit pas de lien logique entre la liberté de l'enseignement et la collation des grades. La liberté de l'enseignement, il y est dévoué par cela même qu'elle est la liberté. Mais la collation des grades est autre chose, et il insinue qu'en l'unissant indissolublement à la liberté d'enseignement, on risque de compromettre la majorité favorable à cette dernière. Par malheur, cette habile insinuation s'adresse à des gens plus amoureux encore du droit à la collation des grades que de la liberté d'enseigner. M. J. Simon croit qu'à l'Etat seul appartient le droit de conférer des grades, qui ont pour effet, d'ouvrir les carrières publiques et les professions libérales.

Veut-on abolir les grades? M. Simon n'y fera pas grande opposition ; mais si on les conserve, s'il faut un diplôme pour plaider ou soigner un malade, que ce diplôme soit sérieux, qu'il soit une garantie pour la société ; or, cette garantie, ne peut être sérieuse que si l'Etat est sûr de ses délégués. Augmentation irréprochable si elle ne laissait de côté le grade scientifique où la garantie sociale n'a rien à voir. — Sur la question d'argent, il est clair, dit M. Simon, que les frais d'examen payés aux professeurs libres seront autant de pris au budget ; c'est une subvention déguisée. Il faudra combler ce déficit, et qui sait, comme le fait observer M. Gambetta, si l'on ne refusera pas alors le crédit nécessaire.—M. J. Simon ne croit pas qu'il y ait humiliation pour un professeur à ne pouvoir conférer de grades.

Celui qui est maître du programme et juge des examens est, dit-on, maître de l'enseignement. M. Simon ne l'admet pas. Pour le programme, cela pourrait être vrai, s'il était imposé par l'Université aux Facultés libres. Mais d'abord on n'imposera pas de programme, et, si l'on en impose qui le fera ? L'Université ! mais privée du monopole de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, elle n'existe plus, il n'y a que des professeurs enseignant sous la direction du Ministre qui ne peut faire de programme ; le conseil supérieur seul peut en faire ; or, ce conseil fait par l'Assemblée n'est ni l'Université, ni l'Etat. En outre le caractère du haut enseignement est précisément d'être réfractaire à tout programme.

On célèbre les bienfaits de la concurrence, mais sur quoi portera la rivalité? Luttera-t-on à qui aura le plus grand public, à qui fera recevoir le plus de gradués ou à qui fera les meilleurs élèves ? il est bien à craindre que cette rivalité ne produise que des répétiteurs ou des conférenciers, et que l'enseignement supérieur ne devienne très-inférieur.—Pour ce qui est du juge, on oublie que les professeurs des Facultés ne sortent pas tous des lycées, que ce ne sont pas tous des universitaires, qu'ils proviennent de l'élection ou du concours, sont plus vraiment inamovibles que les magistrats, que leur indépendance est par conséquent incontestable.

Enfin en terminant, M. Simon cherche à effrayer les catholiques qui demandent la collation des grades, en se plaignant des doctrines de l'Université par la probabilité de l'apparition de facultés dont les doctrines leur seront encore plus antipathiques. Pleine d'habileté, cette dernière partie du discours de M. Simon a le tort précisément d'être trop habile.

M. Chesnelong croit au contraire à la solidarité de la liberté d'enseignement et de la collation des grades; assez habilement il néglige le grade professionnel pour insister sur le grade scientifique, ce qui fait que, tout en soutenant la thèse absolument opposée à celle de M. J. Simon, il a cependant raison comme lui.

M. J. Simon a raison quand il dit que, la nécessité du grade professionnel admise, l'Etat seul a qualité pour le conférer; M. Chesnelong a raison quand il dit que le privilége actuel de l'Université, à donner le grade scientifique, n'est pas un droit de l'Etat. Tous deux ont tort de ne pas faire nettement cette distinction et de s'escrimer chacun sur un terrain où l'adversaire ne peut le rencontrer. C'est, croyons-nous, à cette confusion qu'il faut attribuer le rejet de l'amendement Ferry. E. T. (*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 *juin* 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M Albert Robin montre à la société des urines bleues proprovenant d'une malade de la clientèle de M. le docteur Maillard, de Dijon. Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant présenté de nombreux phénomènes hystériques, tels que paralysies, amauroses etc. Enfin elle se plaignit d'une névralgie intercostale droite. La disparition de la douleur fut suivie de l'émission d'urines bleues. Puis, survint une nouvelle crise névralgique, qui fut jugée par le même phénomène ; les urines sont troubles, renferment peu d'urée et d'acide urique, beaucoup de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, enfin, une assez notable quantité de silice. La matière bleue se présente sous l'aspect de masses amorphes, de noyaux et de granulations. Elle devient rougeâtre par la chaleur, rouge vin par la fermentation, rouge carmin par l'acide chlorhydrique (réaction caractéristique). Cette matière bleue a les caractères de la cyanourine de Braconnot.

Le soin avec lequel l'observation a été prise ne permet pas de croire à une simulation. On peut se demander si la cyanourine est due, comme le croyait Braconnot, à une transformation de l'acide urique, ou, comme on l'a aussi supposé, à une affection du pancréas. C'est une question que M. A. Robin se propose d'examiner ultérieurement.

M. Jolyet communique à la société les résultats d'intéressantes recherches sur la capacité des voies aériennes chez certains animaux, et notamment chez les oiseaux. Ces mensurations ont été faites par le procédé de M. Gréhant.

M. Paul Bert fait remarquer que les faits observés par M. Jolyet expliquent pourquoi certains oiseaux résistent mieux que d'autres à la submersion. Cela tient à une différence considérable dans la capacité aérienne de ces animaux, différence que les expériences antérieures de M. Bert, faites sur un autre point, n'avaient pas mises en lumière.

M. Vidal présente à la société un malade atteint d'une affection cutanée qu'il ne lui a pas encore été donné d'observer. C'est un homme de 35 ans, d'une bonne santé, ayant eu à dix-huit ans un chancre avec plaques muqueuses, sans autre manifestation syphilitique. Il y a 2 ans, après un refroidissement, il éprouva un malaise, de vives démangeaisons; la peau en divers points prend une coloration rosée, présente une diminution notable de la sensibilité, s'épaissit considérablement au front et au cuir chevelu avec chute des sourcils et des cheveux. Puis apparurent des phénomènes d'asphyxie locale, de cyanose des extrémités, et des ulcérations dont quelques-unes sont cicatrisées. Dans quelques points, notamment derrière les oreilles, survinrent de petits tubercules blanchâtres. Les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés. Toutes ces lésions présentent une symétrie remarquable.

M. Vidal pense que cette affection se rapproche de la lèpre tuberculeuse: il en fait une altération des systèmes veineux, et lymphatique subordonnée à une lésion du système veineux. Il signale l'amélioration obtenue par l'hydrothérapie, la valériane et surtout le bromure de potassium.

M. Poncet, qui a eu l'occasion d'observer au Mexique de nombreux cas de lèpre dans ses trois variétés : tubeculeuse, anesthésique et tachetée, trouve chez ce malade tous les caractères de la lèpre tuberculeuse; il insiste surtout à ce point de vue sur le début par refroidissement, la symétrie des lésions, l'existence des tubercules d'ulcérations. Tous les médecins Mexicains, s'appuyant sur des autopsies, font jouer à l'artérite le rôle principal dans la pathogénie de cette affection. Les heureux effets du bromure de potassium méritent d'être signalés en raison de l'inefficacité de tous les traitements employés au Mexique.

M. Cornil a étudié les lésions que présentent la rate et les ganglions lymphatiques dans la fièvre typhoïde. Lorsqu'on examine le liquide obtenu en raclant une surface de section de la rate, on trouve au microscope des cellules très-volumineuses. Ce sont des globules blancs remplis de globules rouges, ces derniers souvent plus ou moins irréguliers et dé-

chiquetés sont englobés dans le protoplasma granuleux de la cellule. Ces cellules ne se trouvent que dans les veinules de la pulpe splénique. Cette absorption des globules rouges par les globules blancs que l'on peut suivre dans ses différentes phases ne se trouve aussi prononcée dans aucune autre maladie.

Les ganglions lymphatiques présentent les caractères anatomo-pathologiques de l'inflammation aiguë: infiltration du tissu cellulo-adipeux qui entoure le ganglion par une foule de petites cellules embryonnaires; formation de globules de pus dans les vaisseaux afférents au voisinage de la capsule et dans les sinus lymphatiques autour des follicules.

M. P. Bert continue ses recherches sur les effets que produit la décompression brusque d'individus soumis à une pression considérable, de 4 atmosphères par exemple. Ces effets, surtout observés en Amérique, sont très-variables. Ainsi, tandis que la plupart des ouvriers, placés dans ces funestes conditions, ne présentent que des accidents passagers ou peu marqués (étourdissements, troubles de la sensibilité, de la motilité, hémoptysics), quelques-uns au contraire sont rapidement frappés de mort. Peut-être pourrait-on expliquer ce fait de la manière suivante: La présence de bulbes de gaz libres dans le système veineux ne serait pas suivie d'accidents graves. La mort par arrêt brusque de la circulation serait au contraire la conséquence du passage de l'air dans le système artériel. Une expérience de M. Bert vient à l'appui de cette manière de voir. Un chien, sur lequel on a préalablement dénudé les veines jugulaires, est soumis pendant une après-midi à une pression de 5 à 6 atmosphères : après la décompression, on voit cheminer les bulles de gaz dans le sang. Le chien ne présente que peu d'accidents. M. Bert avait signalé chez les animaux soumis à une forte pression un ramollissement blanc considérable de la moelle lombaire avec diffluence des cellules. Cette observation est confirmée par une lettre d'un médecin de l'Archipel, qui a constaté cette lésion à l'autopsie du plongeur.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire : M. Nepveu est élu. L. D.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance annuelle du 21 Juin 1875.

Chimie. — *Prix Jecker.* — La section de chimie a décidé que le prix Jecker serait partagé pour l'année 1874 entre MM. Reboul et G. Bouchardat. Une part de 2.000 fr. a été attribuée à M. Bouchardat fils, agrégé aux Ecoles de médecine et de pharmacie, pour ses travaux sur les éthers de la mannite et de la dulcite, ainsi que pour la reproduction artificielle de cette dernière par l'action de l'amalgame de sodium sur le lactose modifié par les acides.

Botanique. — *Prix Desmazières.* — Un seul mémoire a été envoyé pour le concours au prix Desmazières; il concerne les Fistulines, et a pour auteur M. J. de Seynes, qui y traite des quatre espèces connues; mais c'est surtout la plus répandue, le *Fistulia hepatica*, trouvé dans la Caroline, en Europe et jusque dans l'Himalaya, qui fait l'objet de ce travail. Votre commission, appréciant le mérite du travail de M. de Seynes, accorde à ce savant cryptogamiste le prix Desmazières pour l'année 1874.

Prix de la Fons Mélicocq. — Deux ouvrages out été adressés à l'Académie en vue de ce prix; l'un est : l'Essai d'un catalogue raisonné et descriptif des plantes vasculaires du département des Ardennes, par M. Calley, pharmacien au Chesne (manuscrit de xvii-321 pages). La commission, appréciant les mérites divers des deux travaux, propose de partager entre leurs auteurs, à titre d'encouragement, la valeur du prix de La Fons Mélicocq.

Anatomie et zoologie. — *Prix Thore.* — La commission chargée de décerner le prix Thore, pour l'année 1874, a distingué un ouvrage considérable ayant pour titre : Les fourmis de la Suisse, par Auguste Forel. La commission lui décerne le prix.

Médecine et chirurgie. — *Prix Bréant.* — Le prix de cent mille francs, légué par Bréant à l'Académie pour être décerné à celui qui découvrira la cause du choléra épidémique, ou un moyen spécifique de guérison de cette maladie, a été, cette année, comme les années précédentes, l'objet de nombreux travaux, et si la commission a le regret de ne pouvoir encore proposer de donner ce magnifique prix, elle a cependant reconnu l'importance des mémoires manuscrits ou imprimés qui lui ont été adressés, et a particulièrement distingué ceux de M. le Dr Charles Pellarin et de M. le Dr Armieux, et les a jugés dignes d'encouragements.

M. le Dr Pellarin a fait parvenir à l'Académie : 1° Une note remontant au mois de septembre 1849, Sur la contagion et les modes de transmission du choléra; 2° Une seconde communication sur le même sujet, en 1850, 3° Une brochure intitulée : Le choléra ou typhus indien. Epidémie de 1865, prophylaxie et traitement (Paris, 1866); 4° Une seconde brochure : Le choléra, comment il se propage et comment l'éviter; solution trouvée et publiée en 1849 (Paris, 1873); 5° Une note manuscrite ayant pour titre : Les déjections cholériques, agents de transmission du choléra. (Séance de l'Académie du 15 septembre 1873); 6° Une deuxième note, Sur le rôle des déjections cholériques dans les transmissions du choléra. (Séance du 17 novembre 1873; 7° Note supplémentaire à titre de renseignements. (Séance du 23 février 1874.) Le fait dominant de ces recherches est la constatation du caractère et des modes de la contagion cholérique. — M. le Dr Armieux, l'un de nos médecins militaires les plus distingués, membre résident de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a envoyé à la commission deux mémoires ayant pour titres ; Le choléra à Toulouse. La répartition du choléra en France. — Toute nouvelle source de vérité et de science ne saurait être trop encouragée, et c'est à ce titre que la commission propose à l'Académie d'accorder une récompense de trois mille cinq cents francs à M. Ch. Pellarin, et de quinze cents francs à M. Armieux, à prélever sur les cinq mille francs des intérêts annuels du prix Bréant.

Prix Montyon, médecine et chirurgie. — La Commission des prix Montyon de médecine et de chirurgie, pour l'année 1874, a reçu et examiné trente-cinq ouvrages ou mémoires. Dans ce nombre, elle en a distingué six, qui, par les découvertes qu'ils contiennent ou les progrès qu'ils font faire à l'art de guérir, lui ont paru remplir les conditions indiquées dans le testament de M. de Montyon. Conformément à la tradition des dernières années, la commission accorde à trois de ces travaux un prix, et aux trois autres une mention. La commission a été d'avis de décerner : 1° Un prix de la valeur de deux mille quatre cents francs à M. Dieulafoy; 2° Un prix de la valeur de deux mille quatre cents francs à M. Malassez; 3° Un prix de la valeur de deux mille quatre cents francs à M. Méhu. Elle accorde, en outre, une mention avec un encouragement de mille francs à chacun de MM. Bérenger-Féraud, Létiévant et Peter.

Physiologie. — *Prix de Physiologie expérimentale.* — La commission décerne deux prix de physiologie expérimentale pour l'année 1874 : 1° un prix au travail de MM. Arloing et Tripier sur les Conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés ; 2° un prix aux Etudes sur le cœur et la circulation centrale dans la série des Vertébrés, par M. Sabatier.

Enfin, M. Bertrand a lu l'éloge de J.-B.-A.-L.-L. Elie de Beaumont, secrétaire perpétuel de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président annonce à l'Académie que le *prix triennal de 3,000 fr.* fondé par madame veuve Huguier, sera décerné pour la première fois à la séance annuelle de 1875. D'après les volontés de la donatrice, il ne pourra être partagé et sera donné au meilleur ouvrage traitant des *maladies des femmes*. Il n'est point nécessaire de faire acte de candidature, les mémoires étrangers seuls sont exclus. En cas de manque de travaux dignes sur les maladies des femmes, le prix pourra être partagé entre les meilleurs ouvrages de chirurgie.

M. Ricord, délégué pour représenter l'Académie aux obsèques de M. Demarquay à Longueval (Somme), lit d'une voix émue le discours d'adieu qu'il y a prononcé (Applaudissements.)

M. le Président. Bien que l'Académie ne le sache pas encore officiellement, il est certain que M. Demarquay lui a légué une somme importante. Sur la proposition de M. Devilliers, et pour honorer la mémoire d'un bienfaiteur, le conseil a décidé qu'il prendrait l'initiative d'un service funèbre qui sera célébré à Paris. — Une souscription est ouverte au profit *des inondés* du midi.

M. Depaul montre de la part de M. Moussous, de Bordeaux un placenta provenant d'une grossesse trigémellaire. Il présente ceci de particulier, qu'il est énorme. Il y a trois cordons. L'un très-gros envoie un fort vaisseau à chacun des deux autres. Il y avait trois poches, chacune d'elles contenait un fœtus ; il fallut les déchirer les unes après les autres pour extraire les enfants. Ceux-ci quoique un peu avant terme, étaient vivants et vivent encore. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'*étiologie du choléra.*

M. Briquet inscrit le premier a la parole. L'orateur réfute la théorie de M. Tholozan. Le choléra asiatique ne se développe pas de toute pièce en Europe; les climats de l'Inde et la manière de vivre des habitants diffèrent trop. S'il naît des épidémies cholériques en Europe, elles sont produites par le *choléra nostras*. M. J. Guérin a tort de penser le contraire.

M. Briquet essaie de montrer ensuite que le choléra existe depuis un temps immémorial dans l'Inde et qu'il ne s'est montré ailleurs que depuis 1817; enfin, que les grandes épidémies qui ont parcouru successivemeut le globe sont successivement parties de l'Inde. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 mars 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

33. Fracture du péroné; tumeur du testicule (*tubercules?*); par M. MARCHANT, interne des hôpitaux.

M. Auguste, âgé de 36 ans, entre le 22 janvier 1875 à l'hôpital Cochin, salle Cochin n° 24 (service de M. DESPRÉS).

Cet homme n'a pas eu de maladies autres qu'une blennorhagie il y a plusieurs années; pas de syphilis. Il tousse souvent, et avoue des habitudes alcooliques.

Après une chute, du bord d'un trottoir sur le sol, le 21 janvier 1875, il se trouva dans l'impossibilité de marcher et fut conduit à l'hôpital Cochin le lendemain 22 *janvier*.

Nous constatons alors les symptômes suivants : fracture du péroné, à quelques cent. au-dessus de la malléole externe; déformation en coup de hache de Dupuytren, douleur très-vive localisée en ce point, crépitation. Pas de fracture du corps du tibia, mais arrachement de la malléole interne, et véritable subluxation du pied en dehors, attribuée par le malade aux tentatives de marche qu'il a faites après l'accident.

Le blessé est pris, au 3me jour de sa fracture, d'un délire violent, ayant tous les caractères du délire qu'on observe chez les blessés alcooliques, et il succombe le 27 *janvier*, c'est-à-dire cinq jours après sa blessure.

Pendant la vie, et deux jours avant l'explosion du délire, nous avions noté chez le malade une hydrocèle et une tumeur du testicule droit; il nous apprit que sa maladie remontait à trois mois, mais ces détails ne nous frappèrent qu'à demi à cause de la gravité de la lésion de la jambe. Il en fut de même d'une autre circonstance accusée par le malade, à savoir qu'il toussait assez souvent.

AUTOPSIE *le 28 janvier*. Congestion des méninges. *Poumons* très-congestionnés; tubercules aux deux sommets. — Pas d'adhérences ni d'épanchement des plèvres.

Etat normal du *cœur* et du *foie*.

Les *reins* ont une teinte livide; à droite en faisant une coupe antéro-postérieure, on voit s'écouler des bassinets une certaine quantité de pus. Le rein gauche ne présente rien de semblable.

La muqueuse vésicale est peut-être un peu injectéc. Les *uretères* paraissent sains; les canaux déférents, la prostate, les vésicules séminales semblent normaux. L'*urèthre* est le siége d'une inflammation manifeste au niveau de la fosse naviculaire.

Le testicule gauche est sain. Le *testicule droit* est volumineux, dur au toucher, entouré par la tunique vaginale épaissie, contenant une certaine quantité de liquide; aux deux extrémités (pôles du testicule) se trouvent deux noyaux blancs, durs, homogènes, résistant sous le scalpel et tranchant par ces caractères avec les autres parties de l'organe : on trouve un autre noyau de même apparence dans la partie moyenne.

M. Després pense qu'il s'agit de tubercules du testicule non encore caséifiés, ils peuvent avoir le volume d'une pièce de 20 cent. (*Voir la suite de l'observation dans la séance du 12 février*).

M. PÉRIER. Les caractères de la tumeur à l'œil nu ne sont pas ceux du tubercule et je crois qu'on doit rester dans la réserve sur la nature de cette tumeur, tant que l'examen microscopique n'aura pas été fait. Il est aussi très-important de disséquer avec soin l'épididyme, car c'est là que se développent surtout les tubercules.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la forme sèche et des récidives de la péricardite, par M. LESONNEUR, ex-interne des hôpitaux de Rouen, etc. Lefrançois, éditeur.

M. Leudet, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, a publié en 1862, dans les Archives de Médecine, un travail fort intéressant sur les péricardites secondaires avec épanchements hémorragiques ou purulents. Un de ses élèves, M. Lesonneur a repris cette thèse en insistant surtout sur les péricardites sèches et récidivantes qu'avait étudiées moins complétement son maître, mais en mettant toutefois à profit les observations inédites de ce dernier.

La péricardite sèche est constituée par le dépôt sur les deux surfaces péricardiques de couches fibrineuses avec absence complète de liquide soit dans la cavité du péricarde soit dans les fentes et les mailles des dépôts fibrineux. C'est surtout au point de vue clinique que cette affection mérite d'être étudiée, car les exsudats séreux ou fibrineux qui constituent le caractère anatomo-pathologique de la péricardite avec épanchement de la péricardite sèche ne diffèrent que par la proportion relative de fibrine et de sérosité qu'elles renferment.

L'existence de cette forme sèche de l'inflammation du péricarde est démontrée par des nécropsies. Elle est toujours secondaire et peut parfaitement passer inaperçue si le médecin n'a pas soin d'ausculter la région cardiaque. C'est surtout lorsqu'elle est récidivante que la péricardite revêt la forme sèche. — Le pronostic de cette affection est grave en raison des lésions qu'elle complique et parce qu'elle a de la tendance à des manifestations hémorrhagiques. Elle entraîne souvent la mort des malades par adynamie cardiaque, aussi ce sont surtout les moyens propres à combattre cette adynamie qui constitueront la base du traitement. Dr BOUTEILLIER.

34. Lotion contre l'érysipèle.

Camphre.......... } aa 4 gr.
Acide tannique.... }
Ether............ 36 —

Lotionnez les parties voisines de la peau malade toutes les deux ou trois heures ou plus souvent. (*Philad. Med. Times*, 15 mai.)

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Clinique chirurgicale. Service de M. RICHET. Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, nécrose du grand trochanter; 2, fracture du radius; 7, cysto-prostatite, abcès; 13, loupe du cuir chevelu; 19, fracture du crâne, encéphalo-méningite, 20, oblitération d'une veine variqueuse d'après le procédé de M. Rigaud (de Nancy); 36, fracture de l'épitrochlée; 37, noli me tangere. — Salle Saint-Charles (F.) : 2, adénome du sein; — 3, fracture de jambe arthrite avec rétraction de la jambe; 8, fistule ano-vulvaire; 10, cancer récidivant de l'œil; 11, conjonctivite purulente; 12, arthrite blennorrhagique; 16, phlegmon de la main, de l'avant-bras et du bras, gangrène du petit doigt; 21, kéiloplastie chez un enfant.

Clinique médicale, Service de M. BÉHIER. Clinique les lundis et vendredis à 9 h. Le mercredi, démonstration au laboratoire. Salle Sainte-Jeanne (H.): 19, mal de Bright; 34, péritonite tuberculeuse; 35, insuffisance mitrale; 41, paralysie générale; 2, rhumatisme blennorrhagique. — Salle Sainte-Anne (F.) : 21, affection cardiaque; 22, hémorrhagie cérébrale; 23, myélite; 11, sclérose en plaques; 19, phlegmon iliaque.

M. GUÉRIN. Lundi matin à 9 h. Leçons sur les maladies des femmes. Petit amphithéâtre. — M. CUSCO. Maladies des yeux. Consultations le jeudi. — M. HÉRARD. Visite à 8 h. 1/2. Examen des malades par les élèves. Consultation le mercredi.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Chirurgie.* Service de SÉE. Salle Napoléon : 3, écrasement de la main; 4, ostéite du tibia; 6, fracture de l'avant-bras; 42, plaie de la cuisse par coup de tranchet; 48, résection du coude. — Salle Sainte-Eugénie : 2, fracture compliquée; 5, bec de lièvre; 19, fracture de jambe; 25, ophthalmie purulente; 33, fistule lacrymale.

Médecine. Service de M. TRIBOULET. Salle Sainte-Marguerite : 11, hémiplégie gauche et tuberculose pulmonaire; 13, adénie; 18, fièvre typhoïde; 19, fièvre typhoïde; 23, rhumatisme articulaire aigu généralisé avec pleurésie gauche.

Service de M. BERGERON. Salle Saint-Benjamin : 16, pneumonie gauche; 19, coqueluche; 23, atrepsie; 26, croup opéré; 30, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Mathilde : 5, fièvre typhoïde; 14, rougeole; 18, pleuro-pneumonie, 19, pleurésie tuberculeuse; 24, paralysie.

Hôpital temporaire, rue de Sèvres, 42. Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, Salle Sainte-Hélène : 10, péritonite tuberculeuse; 8, insuffisance mitrale, systolie. — Salle Saint-Jean : 1, lithiase biliaire; 3, hémorrhagie cérébrale; 15, carcinome intestinal; 18, cancer du foie. — Salle Saint-Louis : 8, myélite chronique, arthropathie; 15, rein mobile.

Service de M. LE DENTU. Salle Saint-André (H.): 3, fracture du péroné; 6, cancer du testicule? 7, lésions trophiques des orteils, ancienne blessure des nerfs de la jambe; 21, phlegmon diffus du membre supérieur; 31, rétrécissement de l'œsophage; 32, cystite, hématurie.

Service de M. LARCHÉ. Salle Sainte-Anne (H.) : 9, myélite lombaire;

8, rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire; 19, péritonite tuberculeuse; 24, double affection aortique. — Salle Saint-François (F.) : 1, 13, 15, 16, 25, 31, affections mitrales; 4, 12, corps fibreux de l'utérus; 22, phlegmon iliaque; 26, coliques hépatiques, ictère; 28, bronchite chronique, dilatation des bronches, insuffisance tricuspide.

Service de M. Fernet. Salle Saint-Joseph (F.) : 3, érysipèle de la muqueuse vaginale et du membre inférieur consécutif à une cautérisation du col; 6, cancer de l'utérus, phlegmatia alba dolens, siégeant sur le membre inférieur droit; 15, érysipèle étendu de la face et du tronc; 18, hystérie, toux hystérique. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 6, leucocythémie splénique; 16, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 22, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, érythème noueux; 9, paralysie générale et cirrhose; 15, 16, saturnins; 27, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Antoinette : fièvres éruptives, varioles, rougeoles.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Millard. Salle Saint-Vincent : 1, 12, pleurésie; 2, cancer de l'estomac; 3, rhumatisme articulaire aigu; 9, 19, alcoolisme; 15, tumeur cérébrale syphilitique; 15 bis, rhumatisme chronique; 16, ataxie locomotrice; 17, 26, insuffisance mitrale; 19 bis, diabète; 20, hydropneumothorax; 27, maladie de Bright; 31, rhumatisme, eudocardite, pleurésie; 34, intoxication saturnine. — Salle Sainte-Joséphine : 1, phlegmon iliaque; 2, corps fibreux de l'utérus; 5, rhumatisme chronique; 6, tumeur abdominale, ascite; 9, albuminurie aiguë; 10, phlegmat. alba dolens; 11, syphilide papulo-squameuse; 12, insuffisance mitrale; 13, métrite; 18, pelvi-péritonite; 19, pellagre; 21, tumeur cérébrale syphilitique; 26, hystérie; 33 bis, tumeur abdominale, kyste hydatique.

Service de M. Guyot. Salle Saint-Henri : 2, asthme; 6, coliques de plomb; 9, albuminurie; 12, rhumatisme articulaire aigu; 16, paralysie infantile; 24, cirrhose; 25, fièvre typhoïde; 30, pleurésie purulente, empyème; 32, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Elisabeth : 4, pleurésie purulente, empyème; 6, péritonite tuberculeuse; 10, chorée; 23, cancer de l'estomac; 15 bis, pleurésie; 16, érythème noueux; 31, albuminurie.

Service de M. Sireddy. Salle Saint-Augustin bis : 12, pneumonie, tuberculose; 16, intoxication saturnine; 18, pneumonie, état typhoïde; 19, sciatique; 22, paralysie radiale; 23, spermatorrhée; 25, insuffisance aortique; 28, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Geneviève : 3, albuminurie; 9, phlebite utérine puerpérale; 15 bis, pelvi-péritonite; 16, anévrysme de l'aorte; 17, hystérie; 19, plegmon du ligament large; 27, fièvre typhoïde, érysipèle de la face; 45, paralysie faciale.

Service de M. Raynaud. Salle Saint-Landry : 11, dilatation bronchique; 12, cancer du foie; 19, alcoolisme chronique; 25, congestion pulmonaire; 28, cachexie syphilitique; 30, diabète; 31, pneumonie du sommet; 32, maladie de Bright. — Salle Sainte-Mathilde : 3, chorée; 8, fièvre typhoïde; 10, ictère catarrhal; 19, paralysie labio-glosso-laryngée; 20, insuffisance mitrale; 24, cancer du foie; 32, phlegmon péri-néphrétique.

Service de M. Panas. Salle Saint-Honoré : 4, tumeur blanche du coude; 7, anus artificiel; 25, fracture du crane; 31, désarticulation du tibio-tarsienne gauche; 34, entorse avec anesthésie sur le trajet du nerf plantaire interne.— Salle Saint-Ferdinand : 7, compression du nerf radial par morsure de cheval; 16, tubercule des testicules, arthrite du gros orteil droit; 21, cancer du rectum; 25, ulcère variqueux; 26, hygroma de la bore séreuse olécranienne; 28, mal de Pott.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Guibour. Consultation tous les vendredis à 9 h. Visite le matin à 9 h.—Salle Henri IV : n° 43 eczéma pemphigoïde des mains; 49, impétigo érysipelatoïdes.— Salle Saint-Charles : 2, ulcérations syphilitiques tertiaires des membres inférieurs; 7, chancre de la lèvre supérieure; 43, psoriasis eczémateux.

M. Hardy : Leçons cliniques le vendredi à 9 h. du matin; M. Lallier: Conférences cliniques sur les *teignes*, le mardi à 9 h.

Souscription pour les inondés du Midi.

Le Comité des étudiants en médecine de Paris, adresse l'invitation suivante à tous les étudiants en médecine de France :

Avis aux étudiants en médecine de la province.

Nous vous invitons à agir promptement et à nous envoyer le plus tôt possible le montant de vos souscriptions, avec les noms des souscripteurs. Si elle nous arrive à temps, c'est-à-dire pour le 9 juillet au plus tard, nous joindrons votre souscription à celle des étudiants en médecine de Paris, et nous la présenterons en même temps que cette dernière à Mme la maréchale de Mac-Mahon.

Vous pouvez aussi l'envoyer à l'Ecole de médecine de Toulouse, qui doit centraliser les souscriptions des étudiants en médecine du Midi.

Le Garec, Externe des Hôpitaux, rue Gay-Lussac, 47,
A. Duhard, Etudiant en médecine, rue des Ecoles, 12.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 25 juin 1875, on a constaté 802 décès, savoir : variole, 5; — rougeole, 19; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 20; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 32;— pneumonie, 59; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 15; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 13; — croup, 8; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 261; — affections chroniques, 318, dont 140 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 20; — causes accidentelles, 17.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 13 au 19 juin 1,321, savoir : variole, »; — rougeole, 27; — scarlatine, 53; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 7; — bronchite, 96; — pneumonie, 62; — dyssenterie, 4; — diarrhée, 54; — *choléra nostras*, »; — diphthérie, 12; — croup, 10, — coqueluche, 53.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours public pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale, aura lieu cette année dans le courant de juillet. Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé. Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, du 1er au 10 juillet prochain; de une heure à quatre heures.

Concours d'agrégation. — Voici les sujets de thèse qui ont été donnés aux candidats à l'agrégation en chirurgie; dans notre prochain numéro nous ferons connaître l'ordre et le jour des argumentations. M. Berger : *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques;* — M. Blum : *Des arthropathies d'origine nerveuse;* — M. Julien : *De la transfusion du sang;* — M. Marchand: *Des accidents qui peuvent compliquer les luxations traumatiques;* — M. Monod : *Etude comparative des diverses méthodes d'exérèse;* — M. Pénières : *Déterminer l'influence que l'histologie a eue sur la connaissance et le diagnostic des tumeurs;* — M. Pozzi : *Valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines;* — M. Richelot : *Pathogénie, marche et terminaison du tétanos;* — M. Roustau : *Des lésions traumatiques du foie;* — M. Terrillon : *De l'action musculaire dans les luxations traumatiques.*

Accouchements.—Chantreuil: *Des dispositions du cordon, la procidence exceptée, qui peuvent troubler la marche de la grossesse et de l'accouchement;* — M. De Soyre : *Dans quel cas est-il indiqué de provoquer l'avortement?* ; — Pinard : *Des contre indications de la version dans les présentations de l'épaule et des moyens de la remplacer.*

Ovariotomie ; statistique. — Dans le dernier numéro de « The British medical Journal » (26 juin 1875), on trouve publiée la statistique des cinquante dernières ovariotomies faites par M. T. Keith. Nommé chirurgien pour l'affection de l'ovaire à l'Infirmerie royale d'Edimbourg, M. Keith est l'opérateur qui, jusqu'ici, a obtenu le plus de succès.

Dans une première série de 50 cas, il perdit 11 opérées, dans une seconde 8, dans une troisième 8, et enfin dans la quatrième qu'il publie aujourd'hui, six de ses malades seulement ont succombé. Sur 200 opérées, 33 sont donc mortes, 167 ont guéri. Parmi les cinquante dernières opérations, nous remarquons trois hystérotomies et une ovariotomie pratiquée au cinquième mois de la grossesse; dans six autres cas, le kyste était en suppuration. En résumé, M. Keith a obtenu la guérison de plus de 83 malades sur 100. Nous pouvons ajouter que la simplicité et la modestie de M. Keith sont égales à son habileté.

Herborisation. — M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 4 juillet, dans la vallée de Chevreuse. Rendez-vous à la gare Montparnasse à 7 heures et 1/2.

— M. Bureau, professeur au Muséum fera sa prochaine herborisation le dimanche 4 juillet 1875, dans la forêt de Saint-Germain. Rendez-vous à la station du Pecq, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Saint-Lazare) à neuf heures trente minutes.

Excursion géologique. — M. Daubrée, professeur au Muséum, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique, le dimanshe 4 juillet 1875, à la Côte-Saint-Martin, Ormoy, Morigny, Yeure et Etrechy. On se réunira à la gare d'Orléans, où l'on prendra à 7 h. 15, le train pour Etampes.

Nécrologie. — M. le docteur V. Baud, médecin consultant à Contrexéville; — M. le docteur Focquet, de Vannes, décédé à l'âge de 68 ans; il était l'auteur d'un *Guide* du Morbihan. — L'*Alger Médical* nous annonce la mort de M. le docteur Berchoud, à l'âge de 32 ans. On lui doit, entre autres, un mémoire intitulé : *Quelques mots sur les laryngites chroniques et leur traitement.*

Nomination.—M. le docteur J. Worms vient d'être nommé médecin en chef du chemin de fer du Nord en remplacement de M. L. Gros, décédé.

La loi sur la liberté de l'enseignement supérieur. — Le corps médical et le corps pharmaceutique de Marseille se sont très-vivement émus du vote relatif à la collation des grades. La plupart des médecins et des pharmaciens de Marseille se disposent à rédiger et à signer une protestation, afin d'empêcher, si c'est possible, à la troisième lecture, l'adoption d'un projet de loi qui leur paraît menacer les intérêts supérieurs du pays. Le même mouvement va se produire dans plusieurs villes du Midi. (*Courrier médical*).

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Tumeur cérébrale d'origine hémorrhagique

Chez une femme primipare, âgée de 22 ans, enceinte de 7 mois. Accidents épileptiformes. Mort. Opération césarienne post mortem. Enfant ayant vécu 3 heures.

Par M. le Dr **PINARD**, Chef de clinique d'accouchement de la Faculté.

La nommée P..., agée de 22 ans, fut apportée à la Maternité le 4 décembre 1873, à 3 h. du soir, et couchée au n° 1 de la salle Sainte-Adélaïde (service de M. Tarnier, suppléé par M. Polaillon). D'après le dire des personnes qui l'accompagnaient, cette femme avait eu, chez elle, de nombreuses *attaques d'éclampsie.*

A son arrivée dans le service, elle est plongée dans une prostration profonde. Les yeux sont fermés, et ce n'est qu'en insistant beaucoup qu'on peut la tirer de cet état somnolent. Elle répond difficilement et d'une façon incohérente aux diverses questions qu'on lui adresse. Elle ne peut donner aucun renseignement sur sa maladie. — Elle n'est pas infiltrée : les téguments sont pâles et flasques. Il existe un certain embonpoint. La sensibilité est intacte; quant à la motilité, elle est normale à droite; mais, à gauche, elle est légèrement affaiblie aussi bien au membre supérieur qu'au membre inférieur. La langue elle-même, au moment de sa projection, est déviée à gauche. Les paupières sont exactement abaissées des deux côtés. Les deux narines sont semblables. Il n'y a pas de strabisme et les pupilles sont largement dilatées. Le ventre est régulièrement développé et offre le volume qu'on observe généralement dans une grossesse de 6 mois et demi à 7 mois. Le fœtus est très-agité; le maximum des bruits du cœur s'entend très-bien dans la région hypogastrique et un peu à gauche. Par le toucher vaginal, on reconnait que le col est presque complétement ramolli; il a encore toute sa longueur et l'orifice externe est exactement fermé. La vessie contient peu d'urine : on pratique le cathétérisme. L'urine recueillie est transparente et de couleur citrine; analysée avec soin, elle ne renferme ni albumine, ni traces de sucre. La respiration est légèrement stertoreuse mais régulière (24 inspirations par minute). Le pouls est à 80 et la température axillaire à 37°, 2. — *Traitement :* lavement purgatif, sinapismes. Bouillon, dont quelques cuillerées furent avalées avec la plus grande peine.

5 Décembre. — La nuit a été calme, il n'y a point eu de phénomènes convulsifs, mais il y a eu de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Ce matin, même état. — M. Polaillon rejette le diagnotic d'éclampsie puerpérale et pense qu'il existe plutôt une tumeur cérébrale d'origine syphilitique. En conséquence, il ordonne une potion contenant 2 gr. d'iodure de potassium, du vin et du bouillon.

Le soir, au moment de la visite, j'assiste à un accès convulsif (le premier depuis son entrée à la Maternité). Les mains se retournent, les membres supérieurs et inférieurs se fléchissent et se contractent violemment. Les yeux restent fermés; la face se congestionne; un spasme tonique survient et dure quelques secondes puis, immédiatement après, coma. Durée totale de l'accès : 1 minute. En résumé, une période clonique, une tonique très-courte et aussitôt le coma. P. 84; T. 37°, 3. Dans la nuit, 5 ou 6 attaques semblables furent observées.

6 Décembre, matin. — Toujours même état somnolent. — P. 80; T. 37°,3. Dans la journée, apparition du hoquet. Quatre attaques dans les 24 heures. — Le soir, même pouls et même température. Son mari est venu la voir dans la journée, mais elle n'a pas semblé le reconnaitre. Voici les renseignements que le mari nous a donnés : Sa femme a toujours joui d'une bonne santé, mais, depuis un an, elle dut cesser de faire des ménages tant elle se trouvait faible. Elle devint enceinte au mois de mai et, dès cette époque, elle commença à déraisonner par moments. La faiblesse augmenta progressivement. Les vomissements se montrèrent au mois d'août, mais ne durèrent pas longtemps et furent attribués à la grossesse. Vers les premiers jours de novembre, elle dut rester au lit, car elle ne pouvait plus se tenir debout. A la fin du même mois, il y eu de l'incontinence des urines et des matières fécales. Les premières convulsions se montrèrent le 2 décembre. Deux médecins, qui la virent alors, crurent à de l'éclampsie et conseillèrent à la famille de la mener à la Maternité où, dirent-ils, on l'accouchera et tous les accidents diparaîtront. Le mari nie absolument la syphilis.

7 Décembre. — Les crises deviennent plus fréquentes et plus intenses. La congestion de la face et des extrémités devient de plus en plus marquée à chaque attaque. Il y a une véritable cyanose. P. 124; T. 38°. — Le soir, P. 128; T. 38°, 2.

Dans la nuit, à 1 h. du matin, une saignée de 300 gr. est pratiquée, car l'asphyxie est imminente. Les accès revenant toutes les 10 minutes. Immédiatement les attaques cessent et l'intelligence semble reparaître. La malade ouvre alors les yeux et, interrogée sur ses souffrances, elle répond lentement et péniblement que la tête la fait horriblement souffrir. Puis elle s'endort jusqu'au lendemain matin.

8 Décembre, 8 h. du matin. — Le hoquet reparaît, puis, à 10 heures, nouveaux accès convulsifs. P. 132; T. 38°, 4. — *Traitement :* lavement purgatif. — Dans la journée et la nuit, 12 accès.

9 Décembre, matin. — Coma profond interrompu par des convulsions qui reviennent toutes les heures environ. La sensibilité persiste, mais les joues deviennent flasques, la malade fume la pipe et de l'écume apparaît à la bouche. La déglutition devient impossible. Si on lui pince les membres inférieurs, immédiatement sa figure se contracte et ses bras s'agitent. Le pouls est tellement fréquent qu'on ne peut guère le compter. T. 39°.

Soir. T. 40°. — Les attaques se succèdent sans interruption pendant la nuit et la mort arrive à 8 heures du matin. 5 minutes après en, présence de M. le Dr Hervieux, je pratique *l'opération césarienne,* car les battements du cœur de l'enfant s'entendent encore. J'extrais l'enfant qui est en état de mort apparente, mais le cœur bat régulièrement; je pratique immédiatement l'insufflation et après un quart d'heure la respiration devient régulière, puis elle se ralentit, je recommence l'insufflation : nouvelle régularité de la respiration. Mais, malgré tous les soins possibles, l'enfant se refroidit et mourut à onze heures du matin.

Autopsie de la mère faite le 11 décembre. A l'ouverture du crâne, on trouve que les circonvolutions célébrales sont aplaties, non-seulement sur la face convexe, mais encore sur la face concave. La *dure-mère* est incisée : les vaisseaux cérébraux sont médiocrement gorgés de sang. La masse encéphalique est détachée. Sur la surface du cerveau on ne trouve point d'épaississement de l'arachnoïde, point de granulations de nature tuberculeuse ou autre. Point de tumeurs. La glande pinéale est volumineuse, elle offre une dureté squirrheuse et elle a érodé la selle turcique dont les apophyses postérieures ont disparu. — Le cervelet est sain. — Après l'avoir enlevé on trouve sur la face inférieure des cornes cérébrales postérieures une tuméfaction fluctuante qui permet de constater à travers l'écorce cérébrale la présence d'une grande quantité de liquide dans les ventricules latéraux. Le *ventricule latéral gauche* est incisé par sa face supérieure et laisse écouler une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Le *ventricule latéral droit* est incisé de la même manière à sa partie postérieure et laisse écouler une grande quantité de la même sérosité mais mêlée à des caillots d'un rouge foncé, de la consistance de la

gelée de groseille. En prolongeant l'incision vers la partie antérieure on trouve que cette partie antérieure du ventricule est distendue par une grande quantité de caillots dont on peut évaluer le volume total à celui d'une orange de moyenne grosseur. En le débarrassant avec un filet d'eau de ces caillots, on trouve implanté sur la paroi latérale et supérieure de ce ventricule une *tumeur* mamelonnée qui primitivement était enveloppée par tous ces caillots. Cette tumeur paraît implantée sur la paroi latérale externe du ventricule latéral droit, en avant de la couche optique. Elle se détache facilement et on trouve que son point d'implantation est formé par la substance cérébrale qui limite le ventricule et que cette substance est ramollie. Les parois de ce ventricule sont amincies par la distension et ramollies sans présenter d'injection. Les circonvolutions de l'insula à droite sont extrêmement ramollies. La substance blanche ramollie présente une teinte jaune clair. Le ramollissement s'étend jusque dans la couche optique et au pédoncule cérébral qui eux-mêmes présentent leur consistance et leur coloration normales et ne paraissent pas malades. Le *septum lucidum* paraît intact. Le corps calleux droit ne paraît ramolli qu'au niveau de la partie antérieure. Sur la voûte du ventricule latéral, on trouve implanté un petit mamelon gros comme une lentille, lequel paraît une tumeur de la même nature que la grosse. Cette dernière est mamelonnée, on trouve 6 ou 7 mamelons gros soit comme une noix, soit comme une grosse noisette. Ell est limitée par une membrane bien organisée. Sa couleur est rouge foncé et elle contient beaucoup de sang en état de coagulation gélatiniforme.

L'examen histologique a été fait par mon excellent ami le Dr Renaut. En voici le résultat : La masse de la *tumeur* était formée par du sang enveloppé d'une membrane que l'on pouvait séparer facilement en une série de lamelles de plus en plus minces en allant de la périphérie au centre. Toutes ces lamelles étaient constituées par un lacis extrêmement serré de vaisseaux capillaires présentant des caractères embryonnaires dans les lamelles périphériques, beaucoup mieux organisées au contraire que celles avoisinant les caillots, et même sur un certain nombre de points à ce niveau ayant subi une atrophie granulo-graisseuse plus ou moins complète. Il est permis de supposer, d'après ces faits, qu'un foyer hémorrhagique, développé d'une manière quelconque et enveloppé d'une fausse membrane a été le siége d'une organisation périphérique siégeant dans la fausse membrane elle-même, qui s'est vascularisée comme se vascularise une fausse membrane pleurétique ou péricardique par exemple (très-probablement par la suite de l'organisation d'un réseau vaso-formatif dans la grande membrane). La résorption complète de la fibrine excepté dans les couches les plus périphériques, permet en outre de penser que la lésion est ancienne et que son évolution a été lente.

Réflexions. — Cette observation nous semble être intéressante à plus d'un titre. Mais, nous plaçant au point de vue purement obstétrical nous ne voulons faire ressortir que les quelques points suivants.

Le diagnostic pouvait dans ce cas certainement embarrasser tout d'abord. Cette femme fut apportée comme étant éclamptique. A son arrivée, elle n'avait pas de convulsions, il est vrai, mais elle présentait des troubles intellectuels caractérisés par une apathie cérébrale extrême. Examinons les raisons qui pouvaient militer en faveur de l'éclampsie, et celles qui nous ont permis de la rejeter. Les médecins qui l'avaient vue avaient porté le diagnostic : *éclampsie puerpérale*, et les personnes qui l'accompagnaient affirmaient qu'elle avait eu des accès ; elle était primipare, enceinte de sept mois et présentait des troubles intellectuels. Certainement, à ce moment, il était impossible de se prononcer car c'est un état qu'on observe souvent chez les éclamptiques quelques heures après l'accès, surtout quand ceux-ci ne doivent plus reparaître. Cependant ce fait, qu'en analysant les urines avec soin, nous ne trouvâmes pas trace d'albumine éveilla notre attention, nous savons bien que chez quelques femmes éclamptiques l'analyse la plus minutieuse a été impuissante à déceler la présence de l'albumine dans l'urine, mais ces faits sont exceptionnels. Enfin lorsque nous eûmes assisté aux premiers accès convulsifs nous fûmes certains alors qu'on n'avait pas affaire à une éclampsie puerpérale. En effet la physionomie de l'accès différait complètement du véritable accès éclamptique ; il n'y avait que deux périodes, la première clonique, l'autre tonique, puis immédiatement une détente générale sans aucune secousse convulsive, et le coma. De plus la température prise avec soin était à 37°,2; or, depuis les recherches thermométriques de Bourneville nous savons, ce que nous avons pu constater, depuis bien des fois déjà, que dans l'éclampsie puerpérale la température est plus élevée dans la période d'état, et qu'elle ne baisse que dans la période de déclin.

Nous n'avions fait jusque-là qu'un diagnostic négatif et ce ne fût qu'après avoir eu connaissance des renseignements fournis par le mari et après avoir observé attentivement la malade que nous posâmes le diagnostic, *tumeur cérébrale,* déterminant des attaques épileptiformes.

La persistance de la vie du fœtus n'est pas moins intéressante; cette femme, eut un nombre considérable d'accès convulsifs pendant dix ou douze jours ; les dernières vingt-quatre heures de sa vie ne furent qu'un long spasme et cependant les battements du cœur fœtal étaient toujours forts et leurs rhythmes non troublés; ce n'est pas généralement ce qu'on observe chez les éclamptiques qui ont eu un certain nombre d'accès.

Nous avons pratiqué l'opération césarienne et n'avons pas eu recours à l'accouchement forcé comme le conseillent quelques accoucheurs et en particuliers l'Ecole Italienne et Belge, voici, pour quelles raisons : le col jusqu'à la mort était resté long et les deux orifices tout-à-fait fermés ; or nous ne pouvons pas admettre que dans ce cas on doive, dans la période d'agonie, pratiquer la dilatation forcée qui doit être extrêmement pénible et difficile, sinon impossible, ou encore comme le conseille Esterlé, employer le tampon ou la douche, car l'on sait avec quelle lenteur bien souvent les contractions apparaissent à l'aide de ces moyens.

Enfin, nous terminerons en ajoutant que les parois utérines revinrent parfaitement sur elles-mêmes, la contractilité de l'organe n'avait pas disparu. L'incision qui fut pratiquée comme si la femme avait été vivante et qui mesurait au moins 12 centimètres, ne mesurait guère, une demi-heure après que 7 cent. Nous enlevâmes l'utérus et ses annexes pour les montrer en détail aux élèves sages-femmes, de la Maternité et nous leur fîmes remarquer, que cet organe avait la forme et le volume qu'on observe généralement quand une femme vient d'être délivrée. Ses parois mesuraient 2 centimètres d'épaisseur; le placenta inséré au fond de l'utérus et sur la paroi postérieure était res t adhérent. Nous rappelons ces faits parce que dans une observation très-intéressante, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux,* par M. Bailly, il est dit que l'utérus avait perdu toute contractilité, l'opération césarienne ayant été pratiquée un quart d'heure après la mort.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

II. — Mais, avant d'entrer dans le détail de la description de ces vaisseaux, il est tout à fait nécessaire, Messieurs, d'envisager de plus près que nous ne l'avons fait jusqu'ici, les parties auxquelles ils vont se distribuer. Dans l'exposé qui précède, nous nous sommes bornés, pour ainsi dire, à nommer ces parties et à indiquer, d'une façon sommaire, ce qu'il y a de plus général dans leur configuration. Maintenant cet aperçu rapide devient insuffisant. Il nous faut entrer dans les détails nécessaires pour acquérir une connaissance anatomique plus profonde.

Il s'agit, et je n'ai pas besoin d'insister à cet égard, de parties très-intéressantes, au point de vue de la théorie des localisations cérébrales, à savoir la *couche optique*, le *noyau caudé*, le *noyau lenticulaire* et enfin la *capsule interne* : tels sont les divers compartiments dont la réunion forme ce qu'on pourrait appeler le *système central*, par opposition au *système cortical*.

Rappelez-vous comment le pédoncule cérébral, arrondi au moment où il aborde la *couche optique*, s'aplatit après qu'il l'a dépassée de dedans en dehors, en même temps qu'il s'élargit d'avant en arrière à l'instar d'un éventail. Sur cet éventail, laissez-moi continuer la comparaison, les noyaux de substance grise sont disposés ainsi qu'il suit : en dedans et en arrière la *couche optique;* en dedans encore, mais en avant et au-dessus, le *noyau caudé*. En dehors de l'éventail et au-dessous de la couche optique et du noyau caudé est situé le *noyau lenticulaire* qui s'étend en avant à peu près aussi loin que la tête du corps strié et en arrière, aussi loin, ou peu s'en faut, que l'extrémité postérieure de la couche optique.

Je ne veux faire qu'indiquer en passant, la forme et les principaux rapports des noyaux gris que je viens d'énumérer:

1° La *couche optique* a l'aspect d'un ovoïde aplati. De ses deux faces, la supérieure regarde le ventricule latéral et l'inférieure, qui est aussi interne, le ventricule moyen. Elle se sépare difficilement par la dissection en raison de ses connexions très-multipliées et très-étroites avec les parties contiguës;

2° Le *noyau caudé* a la forme d'une virgule — ou encore d'une pyramide, — dont la grosse extrémité est dirigée en avant et en dedans et la queue en haut et en dehors. La face supérieure fait saillie dans le ventricule; la face interne, fictive, est, en grande partie, appliquée sur l'extrémité supérieure de la capsule interne. Ce noyau est très-facile à détacher par la dissection; toutefois, il faut rompre, pour l'isoler, les nombreux faisceaux qu'il reçoit par la capsule interne;

3° Le *noyau lenticulaire*, bien que recouvert dans toute sa périphérie, peut être aisément isolé des parties avoisinantes, sans trop d'artifice, comme nous le verrons. Sa configuration générale est celle d'un ovoïde avec une extrémité antérieure, l'autre postérieure. On distingue, dans sa composition, deux parties : *a)* Le tiers antérieur, plus obtus et constitué par une masse uniforme de substance grise, se confond à son extrémité la plus antérieure avec le noyau, intra-ventriculaire du corps strié ; — *b)* La seconde portion qui répond aux deux tiers postérieurs du noyau lenticulaire, est aplatie de haut en bas, de manière à offrir un angle tourné en dedans vers la capsule interne. La face interne et supérieure est intimement unie à la capsule interne, et la face inférieure est parallèle à la base du cerveau. La face externe est en rapport avec la capsule externe et par son intermédiaire avec l'avant-mur et l'insula. L'insula la recouvre médiatement dans toute son étendue. Une préparation qu'il est intéressant de faire, consiste à enlever avec soin successivement la substance grise des circonvolutions de l'insula, l'avant-mur et la capsule externe; on tombe enfin sur la face externe du noyau lenticulaire.

Sur des pièces durcies, la séparation entre la capsule externe et la face externe du noyau lenticulaire s'opère, pour ainsi dire, sans artifice, avec la plus grande facilité. C'est que, en effet, il n'y a pas de faisceaux médullaires, — et vous verrez qu'il n'y a pas non plus de vaisseaux — qui relient la capsule externe au troisième segment du noyau lenticulaire.

On peut dire, d'après les relations qui viennent d'être indiquées, que les trois noyaux ou masses grises centrales, couche optique, noyau caudé, noyau lenticulaire, sont en quelque sorte, comme l'a dit M. Foville, appendus à la capsule interne, prolongement des pédoncules cérébraux, à la manière de cotylédons.

Du côté des ventricules, la couche optique et les noyaux caudés sont isolés, le noyau lenticulaire est isolé, lui aussi, virtuellement du moins, du côté de l'insula. Ces noyaux de substance grise forment donc comme un système distinct des autres parties du cerveau, tant par leurs connexions que par leur mode de vascularisation.

Des coupes verticales vous feront, sans peine, comprendre les rapports des parties centrales. Je n'insisterai pas, pour le moment, sur les détails de structure relatifs aux différents noyaux ; j'y reviendrai quand l'occasion se présentera. Mais je crois indispensable maintenant d'entrer dans quelques développements à propos de la constitution de la capsule interne.

La capsule interne est, pour une portion au moins, la prolongation, non pas de tout le pédoncule cérébral, mais seulement du *pied* ou *crusta, étage inférieur*. Le *tegmentum* ou *étage supérieur*, qui est séparé du pied par le *locus niger*, entre en connexité surtout avec les tubercules quadrijumeaux et la couche optique : il ne prend point une part directe à la formation de la capsule interne.

Une opinion, déjà ancienne, considérait la capsule interne comme une émanation complète et immédiate du pied de la couronne rayonnante. C'est là une erreur qui a été relevée par MM. Luys et Kölliker. Ces auteurs ont, en effet, démontré que des fibres provenant du pied s'arrêtent en chemin pour pénétrer dans les divers noyaux. Cependant, j'estime qu'ils sont allés beaucoup trop loin, en avançant que la capsule interne est formée toute entière : 1° de fibres de la couronne rayonnante qui se terminent dans les ganglions; 2° de fibres qui, partant des ganglions, se répandent dans la couronne rayonnante.

Se fondant sur des observations anatomiques, à la vérité fort délicates, MM. Meynert, Henle et Broadbent, ont émis l'opinion qu'il existe un troisième ordre de fibres, lesquelles se continuent directement, d'un côté, avec la couronne rayonnante et partant avec l'écorce grise, de l'autre côté, avec le pied du pédoncule.

La réalité de l'existence de ces derniers faisceaux repose, ainsi que nous le verrons, sur un certain nombre de preuves pathologiques. J'invoquerai, entre autres, certains cas de dégénération descendante observés par M. Vulpian et par moi. Dans les cas auxquels je fais allusion, il s'agissait de plaques jaunes ayant détruit dans une grande étendue des circonvolutions médianes, sans altération concomitante du corps strié et ayant donné lieu à une dégénération descendante qui pouvait être suivie à travers l'isthme, jusque dans les régions les plus inférieures de la moelle épinière. On doit à M. Gudden, une série d'expériences dont j'aurai à vous entretenir, et dont les résultats plaident dans le même sens.

Henle (1) va peut-être trop loin quand il écrit dans sa description du système nerveux que la capsule interne est composée *surtout* de fibres contenant celles du pied. — Toujours est-il — et nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet — que les faits du domaine pathologique et ceux du domaine expérimental en faveur de ces fibres sont

(1) Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

(1) Henle. — *Nervenlehre*, p. 261.

nombreux et importants. Ils ont même permis d'avancer, nous en verrons la démonstration plus loin, que parmi ces fibres directes, les unes (ce sont les antérieures) sont centrifuges et en rapport avec les mouvements des membres, tandis que les autres (les postérieures) sont en rapport avec la transmission des impressions sensitives (*Fig. 32*).

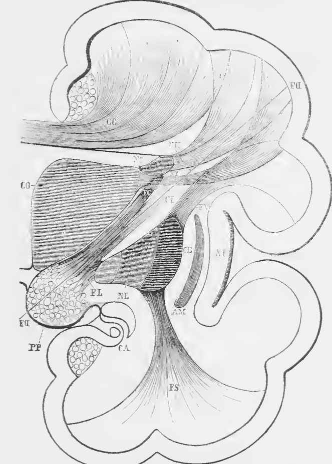


Fig. 32. — N C, noyau caudé. — C O, couche optique. — N L, noyau lenticulaire avec ses trois segments. — A M, avant mur. — C E, capsule externe. — C I, capsule interne. — P P, pied du pédoncule. — C A, corne d'Ammon. — I N, insula de Reil. F L. fibres du pédoncule destinées au noyau lenticulaire. — F C, fibres pédonculaires destinées au noyau caudé. — F S, fibres du noyau lenticulaire qui se jettent dans le lobe sphénoidal. — F N, fibres du noyau lenticulaire qui vont à la périphérie. — F R, fibres du noyau caudé qui vont à la périphérie. — F T, fibres de la couche optique qui vont à la périphérie. — F D, fibres directes.

En résumé, la *capsule interne*, d'après les recherches modernes (1) serait constituée ainsi qu'il suit :

1° Par des *faisceaux pédonculaires directs* qui traversent la capsule sans s'arrêter aux ganglions;

2° Par des *faisceaux pédonculaires indirects*. Parmi ceux-ci : les uns se rendent aux corps striés qu'ils abordent par la face inférieure ; les autres vont aux noyaux lenticulaires qu'ils pénètrent par le premier segment. Très-nombreuses dans ce segment, elles le sont de moins en moins dans le second et le troisième et c'est à cette inégale répartition qu'est due la différence de couleur des trois segments qui composent le noyau lenticulaire.

Il n'est pas question de fibres pédonculaires provenant du pied de la couronne rayonnante pour la couche optique, celle-ci ne recevant du pédoncule cérébral, d'autres faisceaux que ceux du *tegmentum*.

A ces faisceaux qui, du *pied* du pédoncule se rendent aux noyaux gris centraux succèdent dans la partie supérieure de la capsule interne des faisceaux qui, prenant origine dans les noyaux gris, vont concourir à la formation de la couronne rayonnante et se dirigent vers la couche grise corticale. Ces faisceaux portent le nom de *faisceaux rayonnants* (*Stabkranzbündel*). Il y a lieu de distinguer : 1° les faisceaux rayonnants des corps striés ; 2° les faisceaux rayonnants de la couche optique ; 3° les faisceaux rayonnants issus du noyau lenticulaire, lesquels se détachent principalement du bord supérieur du second et du troisième segment. (*Fig. 33*).

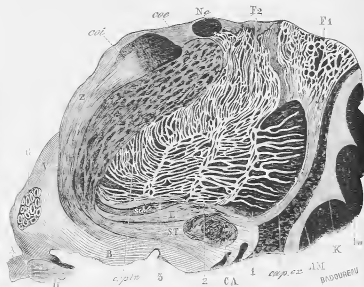


Fig. 33 — 1, 2, 3, noyau lenticulaire. — B, portion basilaire du noyau caudé. — I V, insula. — K, substance blanche intermédiaire à l'insula et à l'écorce grise de l'insula. — A M, avant-mur. — *Caps. ex.*, capsule externe. — *Caps. in.*, capsule interne. — C A, commissure antérieure. — H, nerf optique et son ganglion optique. — A, commissure dans la cavité cenrrale de la masse de substance grise. — d, pilier descendant de la voûte. — V, substance grise du troisième ventricule. — C O L et C O F, partie interne et externe de la couche optique. — N C, noyau caudé. — F_1, fibres émanés du *tapetum*. — F_2, fibres émanées des deux segments internes du noyau lenticulaire. — S T, L, S ch l et Z, les quatre couches de la substance innominée.

Il suit de cet exposé que quatre ordres de faisceaux entrent dans la composition de la couronne rayonnante et rattachent la capsule interne à l'écorce des circonvolutions.

Ce sont : 1° les faisceaux rayonnants de la couche optique ; 2° ceux du corps strié ; 3° ceux du noyau lenticulaire — ces divers faisceaux rattachent à l'écorce grise les noyaux gris centraux ; — 4° les faisceaux directs qui, du pied du pédoncule, se rendent à l'écorce grise sans s'arrêter dans les noyaux gris centraux.

On peut, dans la capsule interne elle-même et encore dans le pied de la couronne rayonnante, reconnaître ces divers modes de provenance sur des coupes minces convenablement durcies et examinées à un faible grossissement ; à la vérité, cette recherche n'est pas exempte de difficultés ; mais un peu au-dessus de ce point tous les faisceaux s'entrecroisent dans les directions les plus variées, soit entre eux, soit avec les fibres commissurales, de manière à donner naissance à un lacis inextricable qu'on appelle la substance blanche centrale. Nous nous rendrons prochainement un compte exact de l'intérêt qui s'attache aux dispositions que nous venons d'étudier. (*A suivre.*)

(1) Huguenin. — *Allg. Patholog. der Krankh. des Nerven systems*; Zurich, 1873, p. 94, fig. 70; p. 85, fig. 63; p. 119, fig. 82; p. 127.

35. Glycéré de borate de soude.

M. E. Gandolphe a remarqué que la glycérine medicinale dissolvait à froid son poids de borate de soude, tandis que 100 grammes d'eau distillée ne dissolvent que 8 gr. 33 de ce même sel et 50 gr. à chaud. Cette dissolution à chaud de 50 gr. de borate de soude dans 100 gr. d'eau distillée abandonne 41 gr. 67 de ce sel par le refroidissement.

Pour obtenir la solution qu'il propose, M. Gandolphe conseille de prendre 100 gr. de glycérine médicinale et 100 gr de borate de soude pulvérisé, de triturer le tout ensemble dans un mortier de verre jusqu'à ce que la solution soit complète. On peut activer la dissolution du borate de soude dans la glycérine en plaçant le mélange dans une étuve ou en l'introduisant dans un flacon et en soumettant celui-ci au bain-marie.

Dans les collutoires, le borate de soude est généralement associé à du miel blanc, à du miel rosat, ou bien encore à du sirop de mûres, c'est-à-dire à des produits qui dissolvent une très-faible quantité de ce sel. Il y aurait donc avantage à faire entrer dans ces mélanges des parties égales de glycérine et de borate de soude ; on obtiendrait ainsi une solution définie et beaucoup plus active, car la glycérine s'assimile très-bien au miel ainsi, qu'aux sirops. (*La pharmacie de Lyon.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notes et observations sur le tétanos traumatique,

Par **A. CARTAZ**, interne des hôpitaux (1).

A la suite de ces faits terminés fatalement, nous citerons une observation qui nous paraît intéressante à plus d'un titre : Je ne parlerai pas du traumatisme et de la résection qu'il a nécessitée, ayant l'intention d'en faire le sujet d'un travail ultérieur. Mais, pour ne prendre que ce qui a trait au tétanos, nous avons eu une forme lente, il est vrai, mais qui, si l'on en juge par les élévations de température, a dû certainement une partie de sa bénignité à la médication énergique que l'on a entreprise. Le jour où on cessait le traitement (29 juillet) pour laisser dissiper l'ivresse produite par le chloral, on voyait les accidents reprendre une intensité croissante. Notons enfin deux particularités intéressantes : la forme rare qu'a affectée le tétanos dans une période de son évolution (pleurosthotonos) et l'abaissement de température sous l'influence du chloral ; ce dernier fait est confirmatif des expériences nombreuses entreprises à ce sujet par M. le professeur Vulpian. La lecture de l'observation en dira du reste plus que les réflexions que je pourrais y ajouter.

Observation. V. — *Large plaie contuse de l'articulation tibio-tarsienne avec issue de l'extrémité inférieure du tibia. Résection de cette extrémité. Pansement ouaté. Tétanos au dix-neuvième jour. Chlorhydrate de morphine et hydrate de chloral à doses élevées. Guérison du tétanos. Deux érysipèles consécutifs. Guérison.*

Proust (Sylvain), mécanicien, âgé de 32 ans, entre le 5 juillet 1874, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 1 (service de M. Labbé).

Ce malade vient de tomber d'une échelle haute de trois mètres ; il est apporté presque immédiatement à l'hôpital, vers les sept heures du soir. Le pied droit est complètement renversé en dehors, à angle droit sur l'axe de la jambe, ne tenant que par les attaches externes. Enorme déchirure partant de six centimètres au-dessus de l'interligne articulaire et descendant au-dessous de la malléole interne, le long du bord interne du pied jusqu'à la première rangée du tarse. Au travers de cette plaie, le tibia luxé fait une saillie de 0. 08 ; le périoste est décollé sur une grande partie de cette étendue et l'extrémité articulaire est partagée en deux par une fracture portant sur la partie interne. La malléole interne a été arrachée. Pas de fracture du péroné. Les tendons extenseurs sont conservés à l'exception de celui du gros orteil. Hémorrhagie en nappe partant du fond de la plaie.

Appelé comme interne de garde, je cherche en vain à réduire le tibia et à replacer le pied dans sa situation normale. Ne pouvant y parvenir, je détache de son périoste, au moyen du détache-tendons, toute la surface saillante de l'os et je résèque avec la scie à chaîne les six centimètres du tibia qui font saillie. L'hémorrhagie est facilement arrêtée par un tamponnement avec la charpie sèche. J'applique alors le pansement ouaté, en immobilisant le pied au moyen d'une attelle coudée en fil de fer placée sur les premières couches d'ouate. Je fais remonter le bandage jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

6 *Juillet*. T. R. 39°, 9. — *Soir*. T. R. 39° : Nuit tranquille. Un peu de tiraillement dans la jambe.

7 *Juillet*. T. R. 39°, 2. — *Soir*. T. R. 39°.

8 *Juillet*. T. R. 38°, 3. — *Soir*. T. R. 39°, 2. Le bandage donne assez d'odeur. Pas de douleurs.

9 *Juillet*. T. R. 38, 8. — *Soir*. T. R. 39°.

10 *Juillet*. T. R. 38°. 3 — *Soir*. 40°, 2. Malgré l'odeur assez forte que répand le bandage, on se décide à le maintenir. Il n'y a du reste rien de particulier qu'un peu d'adénite inguinale. Pas de douleurs abdominales. Langue un peu sèche. Pas de frissons.

11 *Juillet*. T. R. 40°, 2. — *Soir*. T. R. 39°, 4. Pas de frissons. Peau sèche. Le bandage est maintenu. — 0. 50 Sulfate de quinine.

12 *Juillet*. T. R. 40°. — *Soir*. T. R. 39°, 3.

13 *Juillet*. T. R. 39°, 3. — *Soir*. T. R. 39°, 3. Le malade reprend un peu d'appétit, mais la langue est toujours sèche. Pas de frissons, ni de diarrhée.

14 *Juillet*. T. R. 39°. — Soir. T. R. 40°. — 15 *Juillet*. T. R. 38°, 4. — *Soir*. T. R. 39°, 1.

16 *Juillet*. 39°, 2. — *Soir*. 39°. Même état général un peu : affaissé, mais conservation de l'appétit. Sommeil assez tranquille. Pas de frissons. Pas de douleurs dans la jambe.

17 *Juillet*. T. R. 38°, 3. — *Soir*. T. R. 40°, 4.

18 *Juillet*. 38°, 1. — *Soir*. 40°. Ces chiffres élevés persistants font présager quelque complication du côté de la plaie, mais comme l'état général est relativement satisfaisant on décide de ne pas enlever l'appareil.

19 *Juillet*. *Matin*. T. R. 38°, 1. — *Soir*. T. R. 39°, 6.

20 *Juillet*. T. R. 38°. — *Soir*. T. R. 38°, 3.

21 *Juillet*. T. R. 37°, 4. — *Soir*. T. R. 38°, 1.

22 *Juillet*. T. R. 37°, 4. — *Soir*. T. R. 38°, 3.

23 *Juillet*. T. R. 38°, 2. — *Soir*. T. R. 39°, 1.

24 *Juillet*. T. R. 38°, 1. — Ce matin, on constate un peu de trismus. Les mâchoires ne peuvent pas s'écarter de plus de 0. 03.

Le malade n'a pas éprouvé de crampes ni de lancées douloureuses le long de la jambe. La croisée est restée ouverte dans la nuit près de son lit ; il ne se plaint cependant pas d'avoir eu froid. Pas d'opisthotonos. Respiration libre. A mangé ce matin encore assez facilement. Potion avec 10 grammes de chloral.

Soir. T. R. 39°. 3. Moins de resserrement des mâchoires. La potion a été prise en entier ; le malade a mangé un peu. Injection hypodermique de 0,03 de chlorhydrate de morphine dans la cuisse droite. Pour la nuit, 5 pilules de 0,05 chaque extrait d'opium.

25 *Juillet*. T. R. 40°, 1. Le malade est calme, n'a pas éprouvé de secousses convulsives. Figure un peu colorée, congestionnée. Trismus aussi prononcé qu'hier matin, mais n'a pas augmenté. Le malade y prête moins d'attention. Pas d'opisthotonos. 10 grammes de chloral.

Soir. T. R. 40°, 2. Trismus égal à celui de ce matin. Le malade se réveille au moment où je l'examine ; le regard est hébété, la parole hésitante comme chez un homme ivre. Les 10 grammes de chloral ont été ingérés. Pas de secousses convulsives, ni de crampes douloureuses dans le membre inférieur. Il y a un peu de raideur des muscles de la nuque. Deuxième potion avec 10 grammes de chloral. L'urine examinée, est jaune rouge, claire, sans dépôt ; le malade a rendu dans la journée et la nuit 1,100 gr. d'urine ; le dosage de l'urée donne une proportion de 15 grammes par litre, soit 16 grammes 50 pour ses 24 heures.

26 *Juillet*. P. 104; T. R. 37°, 4 (température rectale prise avec deux thermomètres différents pour vérifier s'il n'y avait pas erreur). Le malade a fini de prendre sa potion dans la nuit, soit 20 grammes de chloral hier. La nuit a été très-calme. Ce matin il ouvre la bouche plus facilement et la roideur de la nuque a disparu. Etat de somnolence presque continuel sous l'influence de l'ivresse chloralique. Même dose de chloral, 20 gr. pour les 24 heures.

Soir. — R. 36; P. 116, T. R. 37°, 1. Quand je le vois à 6 heures, le malade sommeille assez profondément pour que les explorations de température puissent être faites sans le réveiller. Pas de refroidissement périphérique ; pas de sudations. Urine jaune clair, sans albumine. Le bandage ouaté laissant couler un peu de pus à la racine du membre, j'ajoute un fort paquet de ouate que je serre par-dessus le premier bandage.

27 *Juillet*. P. 124 ; R. 40 ; T. R. 38°. Dans un état complet d'ivresse. Sommeil presque continu. Trismus moins prononcé. Pas de secousses convulsives. Rétrécissement très-marqué des deux pupilles.

Soir. P. 124 ; R. 40; T. R. 37. 10 gr. de chloral dans les vingt-quatre heures.

28 *Juillet*. T. R. 38°, 3. — *Soir*. P. 124; R. 36; T. R. 38°, 4. Ivresse complète : le malade n'a cependant pas pris de chloral aujourd'hui. Pas de dysphagie ; pas de convulsions thoraciques ; pas de raideur des muscles de la nuque. Râles fins à la base des deux poumons.

29 *Juillet*. P. 112 : T. R. 38°, 1 ; R. 28. Toujours un peu de trismus. Le malade se plaint de douleurs gravatives dans la jambe, mais il n'a éprouvé ni crampes, ni secousses tétaniques. Pas d'administration de chloral.

Soir. P. 124 ; R. 32 ; T. R. 38°, 2. Urine rouge jaune, sans dépôt, sans albumine.

30 *Juillet*. P. 96 ; R. 28 ; T. R. 38°. Le malade est complétement remis de son ivresse chloralique. Toujours un peu de trismus. — *Soir*. T. R. 38°, 2. Pas de chloral.

31 *Juillet*. P. 84 ; R. 26 ; T. R. 38°, 3. Même état de resserrement des mâchoires. Il s'y joint un peu d'opisthotonos. Injection de 0. 05 de chlorhydrate de morphine dans les muscles du cou. — *Soir*. P. 104; R. 28; T. R. 38°, 3.

1er *Août*. P. 84 ; R. 26 ; T. R. 38°, 3. Trismus un peu plus marqué. Opisthotonos également plus accentué. Pas de secousses convulsives ; pas de crampes dans le membre inférieur.

Soir. P. 96 ; R. 28 ; T. R. 39°. Dans la journée, deux injections de 0.04 chaque de chlorhydrate de morphine.

2 *Août*. P. 92 ; R. 28 ; T. R. 38°, 2. Le trismus paraît un peu moins fort, Injection de 0 08 comme hier. — *Soir*. P. 104 ; R. 28; T. R. 39°, 2.

3 *Août*. P. 92; R. 28 ; T. R. 38°, 1. Pas de dysphagie. Même trismus. Pleurosthotonos. La tête est renversée sur le côté gauche et ne peut être redressée.

Soir. P. 108 ; R. 32 ; T. R. 39°. Le malade boit devant moi sans avoir aucun spasme. Toujours même pleurosthotonos avec léger opisthotonos. Injection de 10 centigrammes.

4 *Août*. P. 108 ; T. R. 37°, 4 ; R. 28. Même état de la contracture. Deux injections de 0.05.

Soir. 39 , 1. J'enlève le bandage ouaté Il existe à la face postérieure de la jambe un vaste décollement avec foyer contenant environ 200 gr. de pus jaune, bien lié, sans grande odeur. Le pied est à angle droit sur la jambe, dans une position parfaite. Bourgeons granuleux au niveau de la plaie tibio-tarsienne, recouvrant tout le fond de l'anfractuosité. J'ouvre le foyer du haut en bas sur la face interne de la jambe, je lave avec soin à l'alcool camphré et j'applique un appareil plâtré, formant attelle au niveau de la jambe et gouttière au niveau du pied et de la cuisse. Pendant ce pansement, sueurs abondantes ; pas de crampes ; la raideur paraît plus prononcée. A huit heures du soir. T. R. 39°, 4.

(1) Voir le n° 27.

5 *Août*. P. 108 ; R. 28 ; T. R. 37°, 4. Moins de trimus et de pleurosthotonos. Le malade a déliré un peu cette nuit.

Soir. P. 108 ; R. 24 ; T. R. 38°, 4. Pas de délire. Pas de douleurs du côté de la jambe. Moins de pleurosthotonos. On peut lui remuer la tête, mais les mouvements volontaires sont encore difficiles. La bouche s'ouvre bien. Une seule injection de 5 centigrammes.

6 *Août*. P. 116 ; R. 32 ; T. R. 38°, 3. Le trismus existe à peine. Plaie en bon état. Pansement à l'alcool phéniqué. — *Soir*. P. 112 ; R. 28; T. R. 39.

7 *Août*. Pas de morphine ; ni hier, ni aujourd'hui. P. 108 ; R. 28 : T. R. 38°, 3.

Soir. P. 116 ; R. 28 ; T. R. 39°. Plus de trismus, ni d'opisthotonos. Mouvements de la tête parfaitement libres. Urine jaune rouge, contenant 14 grammes 50 d'urée par litre ; l'émission d'urine a été de 950 grammes dans les 24 heures. Pas de dépôt, pas d'albumine, ni de sucre.

9 *Août*. Les accidents tétaniques ont complétement disparu.

Depuis ce moment jusqu'au jour de la sortie (24 décembre 1874) la guérison a été entravée par deux érysipèles successifs survenus à une quinzaine de jours l'un de l'autre et la formation de deux ou trois petits abcès de la jambe. Mais il n'y a jamais eu à nouveau d'accidents tétaniques.

Dans les derniers jours de mars 1875, j'ai revu ce malade ; la guérison en tant que plaie a marché sans entrave. Il commence aujourd'hui à se servir utilement du pied, malgré la raideur des orteils ; cette raideur serait facilement surmontée par quelques mouvements, mais la pusillanimité du malade n'a pas permis aux personnes de son entourage de triompher de sa résistance.

A ces observations nous pouvons joindre celle que notre collègue et ami Budin a publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (avril 1874) ; l'autopsie nous a permis d'examiner la moelle et le cerveau et de comparer ces organes à ceux du malade qui fait le sujet de notre observation IV. Nous donnons plus loin le résultat de ce double examen histologique.

En résumant ces divers faits on verra que la médication, quoique fort active, n'a pas suffi pour enrayer la marche des accidents ; le bromure de potassium a été donné à la dose de vingt grammes par jour ; chez ce même malade on a pratiqué la section des trois gros troncs nerveux du bras ; malgré tout, l'issue a été fatale. Je sais bien que pour être conséquent avec la théorie de la névrotomie dans le tétanos on aurait dû pratiquer la section de tous les nerfs du membre sans exception, c'est au moins une des raisons qu'invoque M. Létiévant contre l'insuccès dans ces cas-là.

Dans les autres observations, on a employé le chloral associé à la morphine pour obtenir un résultat efficace, il faut d'emblée administrer des doses massives, 10, 15, 20 grammes dans les 24 heures, en tâtant la susceptibilité individuelle, c'est-à-dire en procédant graduellement, mais de manière à amener le sommeil profond en quelques heures. Il n'y a pas à s'exagérer la crainte de phénomènes toxiques avec ces doses énormes ; les accidents de ce genre sont des plus rares ; je n'en ai pu recueillir que quatre faits (Levinstein, *Berliner klin. Wochenschrift*, 24 novembre 1873. — Anstie, *The Practitioner*, mars 1874. — In *Revue des Sciences médicales*, 1874, III et IV. — Chouppe, *Gazette hebdomadaire*, février 1875) ; et on ne doit pas oublier au surplus la tolérance remarquable aux agents médicamenteux narcotiques ou autres que présentent les malades atteints de tétanos. Dans sa thèse, M. Gontier cite l'observation d'un enfant de 12 ans et demi auquel on a donné jusqu'à 14 grammes de chloral par jour.

L'association de la morphine au chloral a pour but d'éviter en partie la nécessité de donner des doses énormes de l'un ou l'autre agent ; nous avions pensé d'autre part unir les effets des deux médicaments et agir de la même façon qu'en donnant simultanément le chloroforme et la morphine. En tenant compte des effets du chloroforme et du chloral, nous avions trouvé entre ces deux corps une certaine similitude d'action ; dans deux cas d'injection intra-veineuse de chloral, l'une pratiquée par M. Labbé chez un tétanique, l'autre pour un cas de rage par mon collègue Hanot et moi (voir *Progrès méd.* 1874), la marche de l'anesthésie avait été sensiblement la même que pour le chloroforme. Des recherches physiologiques plus précises ont prouvé que ces substances n'agissent pas de la même façon ; voici en effet ce que nous lisons dans le dernier ouvrage de Claude Bernard (*Leçons sur les Anesthésiques*, 1875). Partant de l'idée que le chloral agit comme le chloroforme, nous avons eu l'idée de combiner l'action de cet agent, le chloral, avec celle de la morphine, nous aorions dû observer dans ce cas ce que nous observions précédemment en morphinant un animal chloroformé ; il n'en a rien été. Cette double administration augmente l'état de sommeil ; l'effet hypnotique est plus considérable, mais l'excitabilité de l'opium n'est pas éteinte par le chloral comme par le chloroforme, etc.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, concernant l'épilepsie et l'hystérie.

Par **BOURNEVILLE** (1).

Deux observations d'hystérie.

Après avoir terminé la description de cette *grande attaque*, qui se continue encore du 1er avril au mois de juin, nous indiquerons les caractères d'une *arthropathie* de l'épaule droite ; puis nous rapporterons une nouvelle série de phénomènes qui, par leur singularité, méritent assurément d'attirer l'attention de nos lecteurs : il s'agit d'une variété de *contracture* qui revêt la forme du crucifiement.

1er *avril*. — Hier, de 10 à 11 heures, accès tétanique, puis dyspnée jusqu'à 3 heures du matin. Alors, la langue s'est de nouveau contracturée, et, aujourd'hui, on est obligé de recommencer l'alimentation par la sonde. L... vomit presque immédiatement les liquides ingérés. La motilité est très affaiblie dans le bras droit ; la jambe du même côté est contracturée. Toute la moitié droite du corps est anesthésiée. La motilité est diminuée à gauche et des divers modes de la sensibilité, seule, la sensibilité à la douleur est abolie. — Les régions ovariennes, plus particulièrement la gauche, sont douloureuses. Il existe un besoin incessant de se gratter, dû aux sensations de fourmillements.

2 *avril*. Le pilier postérieur droit du voile du palais est plus rapproché de la ligne médiane que le gauche. A onze heures, accès épileptiforme avec rotation des yeux, écume et ronflement. T.R. 37°,2. — A midi : T.R. 37°,9.

4 *avril*. On a compté, dans la journée d'hier, 27 accès épileptiformes. La douleur ovarienne prédomine à droite.

5 *avril*. Grande attaque avec cris et délire se rattachant aux différents épisodes de la jeunesse de la malade.

7 *avril*. L'hyperesthésie ovarienne droite est toujours plus accusée. A la palpation, on sent un petit corps dur, tendu. La sensibilité est revenue sur la moitié gauche du corps, sauf à la face où la malade ne distingue pas la chaleur du froid. — Le membre supérieur droit est repris de contracture.

9 *avril*. Cette nuit, la malade n'a pu dormir à cause des douleurs ovariennes et des fourmillements qu'elle ressent dans l'épaule et la main gauches. Ce matin, outre la contracture de la langue et des membres du côté droit il y a une rigidité du coude gauche et des secousses dans les muscles de l'avant-bras et de la main.

Soir. Le bras gauche est tout-à-fait rigide, l'avant-bras est fléchi sur le bras, le poignet fléchi sur l'avant-bras et en pronation ; la main repose sur la poitrine ; les doigts sont fléchis, le pouce étant placé entre le médius et l'annulaire.

10 *avril*. Les sensations que la malade éprouvait dans la tête, et surtout dans la tempe et l'oreille gauches, ont disparu : « Les bêtes sont parties, dit-elle. » Le membre inférieur gauche est redevenu insensible.

11 *avril*. Seize accès depuis hier matin. Les membres du côté gauche sont libres ; l'anesthésie persiste partout, sauf au membre inférieur gauche. Les membres du côté droit sont flasques ; en outre, ils sont le siége de tremblements et de fourmillements. P.68; T.R. 37°, 2.— A onze heures, accès épileptiforme. T.R. 37°,4. — A 11 h. 20 : T.R. 37°, 4 ; P.72.

(1) Voir les nos 16, 24, 25 et 27 du *Progrès médical*.

12 avril. — La contracture de la langue a cessé. L..a mangé seule. — Agitation; tremblement choréiforme des membres, notamment du membre supérieur droit. L... remue constamment, prend ses jambes, se plaint de la tête, essaie de s'arracher les cheveux, dit qu'elle ne voit plus clair. Comme l'agitation ne se calme pas, on administre le chloroforme. En quelques instants, on obtient une résolution complète : T.V. 37°,9. — Après un répit de 25 minutes, accès épileptiforme avec ronflement, écume, etc. T.V. 37°,4. — L'élévation thermométrique précédente est due sans doute au chloroforme. Consécutivement à l'accès, l'agitation reparait : mouvements du bassin, borborygmes, fourmillements, hallucinations. L... se mord l'avant-bras avant qu'on ait pu s'y opposer, essaie de s'égratigner, etc. Au bout de 7 à 8 minutes, cette crise se termine : la malade demande à boire.

17 avril. Le membre inférieur gauche, dans toute sa hauteur, est sensible. L'hyperesthésie ovarienne est plus prononcée à droite. L... ne peut se tenir debout.

19 avril. Hier et avant-hier, deux grands accès avec cris. L... se figure qu'on veut l'empoisonner. Les membres sont toujours animés de tremblement.

21 *avril.* Elle a passé toute la journée couchée sur deux chaises, exécutant un mouvement continuel de balancement antéro-postérieur du tronc, accompagné d'un chant monotone. Elle a des hallucinations, prétend avoir des « moigneaux » dans la tête: elle les entend chanter et les sent remuer.

22 avril. Le délire continue : hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle a du plomb dans la tête, on l'a empoisonnée, elle va mourir, la fin du monde approche ; elle pleure. Paraplégie avec flaccidité.

23 *avril.* Même délire. De plus, L... a des lézards dans le ventre : ils la mordent et la déchirent. Les autres symptômes sont les mêmes : impossibilité de se tenir sur les jambes, incontinence d'urine, tremblement des membres supérieurs, hyperesthésie ovarienne double.

24 avril. Même état mental, même chant monotone. Elle a, dit-elle, une chaudière et des moineaux dans la tête. Bien qu'on ne lui ait pas vu d'attaque pendant la nuit, elle a, ce matin, une contracture des membres du côté droit lesquels, hier, étaient le siége d'engourdissements et de secousses convulsives. La pression de l'ovaire droit est très-douloureuse et produit les divers phénomènes qui caractérisent l'aura, puis une attaque avec mouvements toniques des bras, élévation des jambes, spasmes pharyngiens, etc.

3 mai. L... est plus calme. Cette nuit, en tombant de son lit, dans une attaque, elle s'est *luxé l'épaule droite.* La réduction s'opère avec facilité.

13 *mai.* Elle a eu quinze accès pendant la nuit, dans l'un d'eux, elle s'est luxé de nouveau l'épaule droite, bien qu'elle n'ait pas été précipitée de son lit.

14 mai. De midi à 9 heures du soir, 45 accès épileptiformes. Dans la nuit, trente accès semblables. De 8 à 11 heures, ce matin, douze accès; total, en 24 heures, 87 accès hystéro-épileptiformes. Elle s'est mordu la langue. T.R. 37°,7. Aussitôt après les accès, L... recouvre la connaissance et accuse des douleurs dans la tête.

15 mai. Depuis hier matin, 55 accès. La contracture a cessé. Dans un intervalle de calme, P. 80; T.R. 37°,3.

16 mai. Dans la journée d'hier, 8 accès ; le soir, état tétanique, sans perte de connaissance. Ce matin, contracture des membres du côté droit et de la langue, alimentation par la sonde. — *17 mai.* Après une grande attaque, la contracture de la langue et des membres a disparu.

23 mai. La rétention d'urine a cessé le 20 mai. Les quatre membres sont flasques; néanmoins, de temps en temps, ceux du côté droit sont encore pris d'une contracture passagère. Tous sont parétiques, surtout ceux du côté droit. La faiblesse est telle que la malade ne peut manger seule. Elle marche, en trainant les pieds, et soutenue par deux personnes. Le tégument facial est complétement anesthésié. La conjonctive oculaire est insensible des deux côtés. L'odorat est aboli à droite, très obtus à gauche; le goût est éteint, la muqueuse linguale est également indifférente au contact, à la piqûre, etc. L'anesthésie est totale sur toute la moitié droite du corps. Le contact, seul, est perçu sur le membre supérieur gauche. La sensibilité à la douleur est revenue sur le membre inférieur gauche. L'hyperesthésie ovarienne persiste toujours, mais prédomine à droite.

25 mai. Contracture du bras droit. Gonflement notable des doigts et du dos de la main, sans rougeur ni chaleur; gonflement au niveau de l'épaule droite. La malade se lève et passe ses journées assise dans un fauteuil.

25 juin. Contracture de la langue qui nécessite encore une fois l'alimentation par la sonde. Contracture du bras et de la jambe du côté droit. — *26 juin.* Urine de 24 heures, 525 gr. —

27 juin. Urines de 24 heures, 875 gr. Hier soir, vers dix heures, accès très violent, suivi d'une contracture du bras gauche qui s'est fixé dans le dos. — Du 28 au 30 juin, la malade a rendu quotidiennement de 2 litres 80 à 1 litre 320 d'urine.

10 juillet. A la suite d'une série d'attaques, le mouvement est revenu dans les quatre membres ainsi que dans la langue et la rétention d'urine a cessé. La malade ne se plaint plus que de fourmillements dans les parties qui ont été contracturées, (langue, bras, etc.). Elle mange seule.

7 septembre. Depuis la dernière grande attaque que nous avons décrite, Ler... s'est toujours plaint de son épaule droite. Un examen attentif montre qu'il existe une hyperesthésie, à la pression profonde de la moitié droite du cou, limitée en dedans par une ligne verticale allant de la protubérance occipitale à la septième ou huitième vertèbre dorsale, intéressant les fosses sus et sous-épineuses, sus et sous-claviculaires jusqu'aux attaches inférieures du sterno-mastoïdien. L'épaule est abaissée en masse ; l'angle inférieur de l'omoplate est à cinq centimètres au-dessous de celui du côté opposé. Le malade soulève l'épaule, mais avec douleur. Lorsqu'on imprime au bras des mouvements d'élévation et d'abduction, l'omoplate suit les mouvements exécutés par le bras. Quand, fixant l'omoplate avec la main, on porte le bras dans l'élévation, les mouvements sont impossibles et des douleurs se font sentir, principalement dans la région deltoïdienne. La persistance des mouvements de rotation de l'humérus indique qu'il n'y a



Fig. 34. — *Attaque hystéro épileptique* : Période des contorsions. (Dessin fait par M P. Richer d'après un croquis de M. Charcot.)

pas d'ankylose de l'articulation. Il est donc probable qu'il s'agit là d'une *périarthrite.* — Peu à peu ; ces accidents ont diminué et la malade a récupéré l'usage parfait de cette jointure.

20 octobre. Attaque hystérique, avec contorsions violentes (*Fig. 34*), suivie, le 21, de *paralysie de la vessie* avec *rétention d'urine*, nécessitant le cathétérisme et, le 22, d'une *contracture de la langue* exigeant l'alimentation par la sonde œsophagienne. — La langue est dure, comme tassée, rétrécie dans sa largeur, mais épaissie, recourbée en S. La pointe est appliquée contre la

face postérieure de la partie droite de l'arcade dentaire inférieure. La première courbure de l'S, comprend les deux tiers postérieurs de la langue qui fait gros dos. Les piliers antérieurs du voile du palais sont contracturés, insensibles au contact. La base de la langue obture à peu près absolument l'isthme du voile palatin.

27 octobre. Attaques violentes à la suite desquelles disparaissent la contracture de la langue et celle du col vésical. A la rétention d'urine succède une incontinence. D'habitude, les contractures disparaissent en deux temps.

29 octobre. A 10 heures du matin, *attaque tétanique* revêtant la forme du *crucifiement.* D'une façon générale, immobilité complète de la face, du tronc et des membres. Tout le corps présente une rigidité extrême. La tête est rectiligne, fortement portée en arrière; les paupières sont entr'ouvertes et, parfois, animées de mouvements convulsifs très rapides; elles laissent voir les globes oculaires qui sont immobiles, portés en haut et en dedans. La conjonctive n'est pas injectée, la face regarde à droite. Les joues sont flasques. Les muscles des mâchoires sont contracturés; les arcades dentaires, distantes d'un centimètre l'une de l'autre ne peuvent être ni rapprochées ni écartées. La langue est souple.

La face antérieure du cou, convexe, comme gonflée, est soulevée momentanément par des mouvements bruyants de déglutition. Les muscles du cou sont durs, tendus.

Les membres supérieurs sont très contracturés étendus, perpendiculairement au tronc, EN CROIX; les mains sont fermées et les doigts fléchis si violemment sur la paume des mains qu'il est impossible de les allonger.

Le tronc est légèrement incurvé, de telle sorte que sa face postérieure est concave et que le ventre, par conséquent, est un peu projeté en avant. Les membres inférieurs sont rapprochés, allongés; les orteils sont fléchis.

La rigidité est telle qu'on soulèverait le corps tout d'une pièce, comme une barre de fer. (*Fig. 35.*)

Cette *attaque de crucifiement* a duré depuis 10 heures du matin jusqu'à 2 heures un quart. Alors, Ler.. a ouvert très largement les paupières, surtout à gauche, et a recouvré momentanément la connaissance. « Ah, mon Dieu! dit-elle; j'étais si bien! » Après un répit de cinq minutes, elle est reprise et le crucifiement dure jusqu'à trois heures et demie.

30 octobre. Nouvelle *attaque de crucifiement.* Elle commence à 9 heures du matin et se termine à 10 heures du soir. Pendant ces 13 heures, elle n'a eu que deux retours très brefs de la connaissance. T.V.37°, 6.

31 octobre. Le *crucifiement* a pu être mieux observé dès le début. Agitation, hoquet, mouvements de déglutition. La tête porte en arrière, les bras s'étendent, le tronc se raidit, enfin les jambes deviennent rigides. Alors, le crucifiement est complet. Cette attaque, commencée à 9 heures et demie, a fini à 11 heures 1/2. La malade, revenue à elle, a mangé. A midi, elle a été reprise et est restée dans l'attitude du crucifiement jusqu'à 2 heures et-demie.

La descente de croix s'effectue peu à peu. Les membres qui, pendant l'attaque, sont pâles, presque froids, deviennent cyanosés et chauds, les avant-bras se fléchissent puis s'étendent comme si la malade se détirait. Elle porte les mains à son cou qu'elle déchirerait si on ne la surveillait. Elle a un hoquet qui se précipite de plus en plus. La tête se fléchit. A ce moment, L... semble se réveiller d'un songe: « Où suis-je? » Elle se soulève, s'assied, se lamente: « J'étais si bien là haut!... C'était si beau! » Bientôt, elle se plaint d'être fatiguée et courbaturée.

1er novembre. De 9 heures du soir, hier, à 2 heures du matin aujourd'hui, attaque de crucifiement. Lorsqu'elle avait déjà en partie recouvré la connaissance, qu'elle se détirait, elle a eu coup sur coup deux attaques épileptiformes. Depuis lors, jusqu'à ce matin, 11 heures, elle n'a rien offert de nouveau. Voici quelle est maintenant sa situation.

La langue, qui était redevenue libre, est contracturée mais à un degré moyen. Elle a sa forme habituelle en S et la pointe est arcboutée contre l'arcade dentaire inférieure, un peu à droite; elle est insensible au toucher et à la piqûre. La voûte palatine participe à cette insensibilité. Les piliers antérieurs du voile du palais sont modérément tendus; le contact du doigt, inaperçu à droite, est à peine senti à gauche; quelques instants après l'excitation, exercée à gauche, on observe quelques mouvements réflexes. Le contact de la tête d'une épingle sur le globe oculaire droit et sur les paupières correspondantes ne détermine aucune réaction; à gauche, il produit des mouvements réflexes peu accusés.

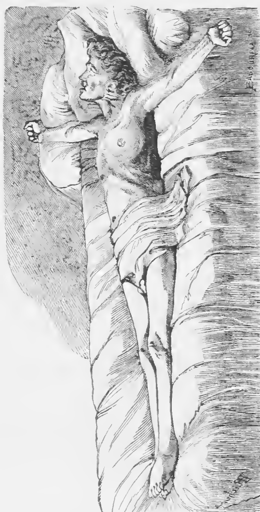


Fig. 35. — Attaque de contracture. (Dessin fait par M. P. Richer, interne des hôpitaux.)

D'une façon générale, la sensibilité est abolie sur toute la moitié droite du corps et lorsque, la malade ayant les yeux clos, on change la position soit du bras, soit de la jambe, elle ne sait plus où ils se trouvent et, cherchant avec la main gauche, elle se trompe. — A gauche, la sensibilité est notablement émoussée. — Les piqûres d'épingle ne donnent de sang ni à droite, ni à gauche. Peut-être de ce côté, la piqûre rougit-elle plus qu'à droite. — L'incontinence d'urine existe toujours.

Quand on demande à Ler... de raconter ce qu'elle a vu, sa physionomie revêt une expression de bonheur: « Elle était dans le ciel au milieu d'une lumière éblouissante. Partout il y avait de la mousse, des petits Saint-Jean, des moutons frisés, des diamants qui brillaient, des dessins, des tableaux, des étoiles de toutes les couleurs. Notre-Seigneur a de longs cheveux bouclés marron; une grande barbe rouge; il est beau, grand, fort, tout en or. La Sainte-Vierge est dorée. Il y a deux jours, elle était en argent). Notre-Seigneur lui a parlé, mais elle ne peut se rappeler ses paroles. Elle n'a pu lui répondre, tant elle était émue!... Elle a vu Mlle Léontine D... (1) qui lui a dit qu'elle était bien heureuse, qu'elle avait, au ciel, une place pour sa mère et pour elle. — Elle gémit et semble regretter de ne plus avoir ses visions. (*A suivre*).

(1) Mlle Léontine D... était la fille de la surveillante.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La liberté de l'Enseignement supérieur.

L'amendement Ferry, c'est-à-dire le *statu quo*, repoussé, M. Raoul Duval établit d'abord qu'il y a aujourd'hui 72 jurys d'examen différents, que l'Etat donne par suite le même sceau à des produits de valeur différente ; il fait remarquer que la proportion des ajournés s'abaisse de 54 p. 0[0 pour les grades purement scientifiques, à 10 p. 0[0 pour les grades professionnels, ce qui démontre bien la nécessité d'en faire cesser la confusion. M. Raoul Duval propose un jury unique qu'il croit facile à constituer. Quatre examinateurs suffisant pour 1,200 candidats à Saint-Cyr, sera-t-il impossible d'en trouver 8 pour 2,400 candidats annuels aux divers grades ? On en trouvera aisément 16 et 20 pour chaque ordre de connaissances. Pour les sciences, l'Ecole centrale, l'Ecole polytechnique, l'Académie des sciences; pour les lettres, la Sorbonne, l'Institut; pour le droit, la magistrature; pour la médecine, le corps des médecins hospitaliers fourniront autant d'examinateurs qu'on en voudra. Ce jury aura l'avantage de séparer le corps enseignant du corps examinateur, de mettre celui-ci à l'abri de tout soupçon de partialité. Le professeur examinateur n'est-il pas involontairement porté à l'indulgence pour celui qui a suivi son cours et adopté ses doctrines ?

Tel que l'entend M. Raoul Duval, le jury d'Etat confère seul les grades purement scientifiques, comme ceux qui entraînent de droit des priviléges sociaux. C'est un progrès sur ce qui existe, en ce que le corps examinant serait distinct du corps enseignant, mais c'est toujours le monopole de l'Etat. Tel que nous le comprenons, le jury d'Etat, laissant toutes facultés, officielles ou libres, conférer les grades qu'il leur plaira et comme il leur plaira, n'interviendrait seulement que pour vérifier la capacité de ceux qui, avec ou sans grade, aspirent aux fonctions publiques ou veulent pratiquer les professions, à déterminer, dont l'importance sociale sera réputée exiger cette vérification préalable.

M. Laboulaye reconnait que le système de M. R. Duval réservant les droits de l'Etat, établissant l'unité du grade, est très-séduisant, mais il ne le croit pas applicable. D'abord il bouleverserait ce qui existe, pauvre raison, opposable à toute innovation, et qui surprend venant de M. Laboulaye; puis, il réduit le traitement des professeurs qu'il faudra dédommager autrement, au profit de facultés qui ne sont pas nées encore. La constitution de ce jury d'Etat sera chose plus difficile qu'on ne croit. Les hommes du métier ne sont pas tous propres à bien examiner ; hormis pour la médecine, on n'aura pas de gens compétents. On se querellera sur la composition du jury, la politique interviendra. Ce jury se fera une doctrine qu'il faudra étudier, de là des manuels spéciaux, la science d'Etat et l'abaissement des études.

Le jury d'Etat est rejeté et M. Paris développe son amendement qui, conservant pour les facultés de l'Etat l'ordre de choses établi, institue un jury spécial pour les élèves libres qui le préfèreront. Ce jury sera composé par le Ministre de professeurs de l'Etat et, en nombre égal, de professeurs de la Faculté à laquelle appartiendront les élèves ; le président sera choisi par le Ministre. M. Laboulaye croit ce système très-dangereux ; c'est la négation de la délégation du droit de l'Etat; la Faculté libre s'impose sans conditions. Telle Faculté sans élèves, telle Faculté professant des doctrines contraires à nos lois, à la constitution, fera violence au Gouvernement, lui arrachera sa délégation sans nulle garantie. L'examen sera une déception, les questions seront convenues à l'avance. — M. Wallon répond que les garanties se trouvent dans les conditions imposées pour qu'une Faculté soit reconnue comme telle. Il entend que dans la pensée de l'amendement, les professeurs de l'Etat en nombre égal d'après le texte aux professeurs libres, auront toujours la majorité par la prépondérance donnée à la voix du président qui, dans la pensée de l'amendement, sera toujours pris parmi les premiers. Cela fait bien des pensées sous-entendues. Il faut reconnaître que M. Wallon exprime nettement son idée dans une rédaction qu'il propose de substituer à celle de M. Paris.

M. Beaussire ne regarde pas comme des garanties suffisantes les conditions de création d'une faculté ; elles équivalent à celles qu'on exige des écoles secondaires auxquelles on ne voudrait pas donner le droit de conférer les grades. Elles seront composées de docteurs, mais tout docteur n'est pas digne d'examiner au nom de l'Etat, et cependant le Ministre aura la main forcée. Le professeur de l'Etat, suspect de partialité, inclinera vers une indulgence exagérée, tandis que les juges libres se feront les avocats de leurs élèves; le niveau des examens baissera dans les nouveaux jurys et par suite dans les facultés de l'Etat, qui seront désertées si elles se montrent sévères. M. Beaussire rectifie ensuite, en la complétant, une citation extraite par M. Dupanloup d'une leçon de M. Léon Le Fort. M. Dupanloup défend l'exactitude de son accusation : la phrase qu'on lui reproche de n'avoir pas lue n'est qu'un artifice oratoire. Il est fâcheux qu'il maintienne son opinion sur la destruction de la bibliothèque d'Alexandrie; cela fait tort à ses connaissances historiques (1). Mais peut-être n'est-ce là qu'une façon d'entendre la liberté de l'enseignement. M. Dupanloup défend ensuite l'amendement Paris, qu'il appelle l'amendement de la conciliation équitable, de la sincérité, de l'honneur et de la liberté. M. Wallon demande à l'Assemblée de voter cet amendement bourré de si belles choses, en réservant pour la troisième délibération la question du « nombre égal. Réservons, dit M. Paris. » C'est trop de réserve, réplique M. Picard, qui voudrait savoir sur quoi il va voter. Comment voter sur un principe dont la formule, les termes ne peuvent pas même être présentés ? Où veut-on

(1) Art. 13. — Les élèves des Facultés libres pourront se présenter pour l'obtention des grades devant les Facultés de l'Etat en justifiant qu'ils ont pris, dans la Faculté dont ils ont suivi les cours, le nombre d'inscriptions voulu par les règlements. Ils pourrout se présenter, s'ils le préfèrent, devant un jury spécial formé dans les conditions déterminées par l'art. 14.

Toutefois le candidat ajourné devant une Faculté de l'Etat ne pourra se présenter ensuite devant le jury spécial, et réciproquement, sans en avoir obtenu l'autorisation du Ministre de l'Instruction publique. L'infraction à cette disposition entraînera la nullité du diplôme ou du certificat obtenu.

Art. 14. — Le jury spécial sera formé de professeurs ou agrégés des Facultés de l'Etat et de professeurs des Facultés libres, pourvus du diplôme de docteur. Ils seront pris, en nombre égal, dans les Facultés de l'Etat et dans la Faculté libre à laquelle appartiennent tous les candidats à examiner ; ils seront nommés, pour chaque session, par le Ministre de l'Instruction publique, qui désignera le membre chargé de la présidence. — Les sessions d'exameu seront fixées, chaque année, par un arrêté du Ministre, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

(1) Brûlée une première fois par les soldats de César (48 ans avant J.-C.), détruite de nouveau en 390 dans l'émeute de moines soulevée par le patriarche Théophile, le persécuteur de saint Jean Chrysostôme, et fort mauvais chrétien, la bibliothèque d'Alexandrie avait depuis longtemps perdu tous ses trésors, quand survint Omar en 641.

aller avec ce système de s'accorder pour demander de voter des textes sur lesquels on ne s'entend pas, en rejetant les différends à la troisième délibération? Pour un peu, M. Picard s'écrierait : « Qui trompe-t-on ici? » L'Assemblée lui répond en votant l'amendement Paris, qui constitue désormais les articles 13 et 14.

En face de cette décision, M. Laboulaye abandonne les art. 14, 15 et 16, supposant que les Facultés libres conféraient les grades. Il se réserve de présenter à l'art. 14 actuel, en 3e délibération, des conditions de détail pour l'examen. L'Assemblée passe ensuite au Titre IV, relatif aux pénalités, et adopte, sans discussion, les art. 17, 18, 19 et 20. Sur l'art. 21, un amendement de M. Giraud transporte des tribunaux civils, aux conseils de l'instruction publique, avec recours devant le conseil supérieur, le jugement de l'opposition faite à un cours. Pour M. Giraud les tribunaux civils sont incompétents; ne pouvant juger que sur l'intitulé du cours, il sera facile d'éviter une condamnation. — M. de Massy répond que les tribunaux seront plus indépendants et tout aussi compétents pour apprécier si le sujet d'un cours est contraire à l'ordre public ou à la morale; les conseils d'instruction ne pourront juger eux aussi que sur l'intitulé. Le cas prévu d'ailleurs ne se rencontrera guère. S'il se présente, il faut qu'on statue promptement; or, les conseils académiques ne se réunissent que très-rarement et le conseil supérieur n'a que deux sessions par an. Un cours pourrait donc être arrêté pendant six mois. L'amendement est rejeté, et l'article 21 adopté.

A l'article 22, M. Giraud propose d'ajouter que tout professeur pourra être réprimandé, suspendu à temps ou à toujours, par le conseil académique, pour cause d'inconduite ou d'immoralité, ou de désordre grave occasionné ou toléré par lui à son cours. — M. Giraud pose en principe qu'il ne faut pas attendre qu'un professeur ait commis un crime ou un délit pour le réprimander ou fermer son cours. Ce qu'il demande n'est d'ailleurs que la disposition édictée en 1850 pour l'enseignement secondaire. — M. Robert de Massy dit que cette disposition visant le régime intérieur d'un établissement et non l'enseignement lui-même, ne peut s'appliquer en matière d'enseignement supérieur. Il reconnaît que la loi ne prévoit pas le cas où le cours ne serait pas conforme à la déclaration. Il formule des réserves à ce sujet pour la 3e délibération. — M. Wallon appuie l'amendement Giraud, et soutient que la loi de 1850 s'applique aussi à la personne et à la moralité des professeurs et chefs d'institutions. Les professeurs de l'enseignement supérieur eux-mêmes y sont soumis. M. Laboulaye, qui marche de surprises en surprises, s'étonne qu'on vienne au dernier moment apporter un amendement qui renverse tout le système de la loi et rétablit indirectement le monopole de l'Université; il remarque que le jour venant où le Gouvernement serait hostile à l'Eglise, cet article permettrait d'interdire tous les professeurs catholiques, sous prétexte de fausses doctrines. M. le général Robert lui fait observer qu'il ne s'agit pas de l'immoralité de l'enseignement mais de celle du professeur, et nous serions de son avis si M. Alfred Dupont ne venait ensuite déclarer qu'il est nécessaire de prendre des précautions contre un enseignement qui pourra être pestilentiel. Sans s'effrayer du fantôme que M. Laboulaye a évoqué, l'Assemblée adopte l'amendement et décide qu'elle passera à une 3e délibération. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 juillet 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

A propos du procès-verbal, M. PONCET soutient, ainsi qu'il l'a fait dans son mémoire adressé à l'Académie, que le mal perforant du pied vrai, avec insensibilité de la région dorsale, artérite, lésions profondes symétriques, etc., est une variété de la lèpre antonine ou anesthésique.

M. VIDAL dépose sur le bureau un mémoire de M. Bureau sur l'inoculabilité de certaines lésions de la peau : M. Bureau est parvenu à inoculer l'herpès et l'impétigo : il n'en a pas été de même du zona et du pemphigus.

M. VIDAL montre ensuite à la Société un malade sur lequel il demande l'avis de ses collègues. C'est un homme de 29 ans, qui, à 17 ans en se réveillant, ressentit de l'engourdissement et des fourmillements dans le bras gauche. Deux mois après survint une paralysie faciale gauche, de la diplopie, du strabisme interne gauche; puis la pointe de la langue se dévia à gauche avec gêne de la déglutition et de la phonation ; enfin apparurent des troubles de la sensibilité et de la motilité dans les membres du même côté, et un gonflement notable avec déformation du coude. Aujourd'hui on constate les symptômes suivants : hémiatrophie de la langue à gauche avec conservation de la sensibilité ; léger strabisme interne : atrophie de certains muscles du membre supérieur et demi-ankylose du coude et de l'épaule du même côté, diminution de la sensibilité, surtout aux excitations électriques dans la moitié gauche du corps.

M. CHARCOT, d'après la marche des *arthropathies* du coude et de l'épaule et le caractère paroxystique des douleurs dans les membres inférieurs, conclut que ce malade est atteint d'ataxie locomotrice. Il a, dans son service à la Salpêtrière, une femme, qui avec l'hémiatrophie de la langue, présente les caractères très-accusés du tabes dorsalis et une arthropathie de l'épaule et du genou du côté droit.

M. GALIPPE communique au nom de M. Byasson et au sien une méthode de dosage volumétrique du cuivre fondée sur le même procédé que celui employé par M. Briquet pour le dosage de l'acide cyanhydrique. Ce procédé est extrêmement sensible.

M. BOURNEVILLE communique à la Société l'observation d'une hystéro-épileptique, Etch..., malade du service de M. Charcot à la Salpêtrière qui, entre autres *symptômes permanents*, a été atteinte pendant des mois entiers d'*ischurie hystérique*. — M. REGNARD donne les résultate de ses recherches sur les urines de cette malade. Cette observation sera publiée *in extenso* dans un prochain numéro du journal.

M. CORNIL communique les résultats de l'examen microscopique d'un épithélioma primitif du corps thyroïde. La tumeur s'était propagée aux ganglions et au tissu cellulaire sous-œsophagien, en soulevant la muqueuse œsophagienne et déterminant ainsi des symptômes très-marqués de rétrécissement. Elle s'était exclusivement développée dans les follicules glandulaires et non dans le tissu conjonctif. Les cellules qui tapissent la paroi du follicule sont considérablement hypertrophiés, ont une forme assez nettement cylindrique : la matière colloïde située au centre du follicule a presque entièrement disparu. On trouve à ce niveau un certain nombre de cellules dégénérées. En certains points, la paroi semble avoir végété et il s'est formé ainsi des culs-de-sac, sortes de papilles, qui proéminent à l'intérieur du follicule. Dans le tissu cellulaire sous-œsophagien on trouve des cellules embryonnaires infiltrées sans ordre et sous formes d'alvéoles, comme dans le cancer. Cette variété d'épithélioma semble échapper à toute classification.

M. RENAUT se demande, si cette tumeur ne rentre pas dans la variété d'épithéliomas, décrite par M. Malassez sous le nom de myxoïdes et qui ont une remarquable tendance à former des surfaces de revêtement. M. Renaut en a récemment observé deux cas : l'un au niveau du col utérin, l'autre au milieu d'une masse caséeuse pulmonaire.

M. CORNIL fait observer que dans les faits de M. Malassez il y a formation nouvelle d'épithélium et de cavités, tandis que dans ce cas épithélium et cavités préexistent.

M. LÉPINE prend date pour deux communications qu'il compte faire à la Société dans une prochaine séance. La première a trait à l'influence de l'excitation électrique du cerveau sur la respiration. Si l'excitation porte sur la partie antérieure, des circonvolutions, il y a arrêt; si elle porte sur la partie postérieure, il y a accélération de la respiration. M. Lépine a en outre constaté avec M. Bochefontaine la dilatation de la pupille à la suite de l'excitation des hémisphères.

M. MAUMENÉ présente à la Société un appareil qui permet de mesurer avec une graude rapidité la quantité d'urée contenue dans les urines. — A six heures la société se constitue en comité secret pour entendre le rapport de M. RENAUT sur les candidats au titre de membre de la Société. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. LE PRÉSIDENT remercie ses collègues de l'empressement qu'ils ont mis à assister au service funèbre dont l'Académie avait pris l'initiative pour honorer la mémoire de M. Demarquay.

M. BLOT prie les directeurs des services de vaccine départementaux d'adresser leurs rapports avant le 1er juillet de chaque année. Les envois postérieurs à cette époque ne peuvent être proposés à temps pour les récompenses. — L'ordre du jour appelle la reprise de la discussion sur l'*Origine et l'étiologie du* choléra.

M. BRIQUET achève la lecture commencée dans la dernière séance. Les épidémies cholériques, avait-il dit, sont toujours importées. Aujourd'hui, il cite des faits à l'appui de sa doctrine. L'armée Hongroise quitta son pays, infecté par le choléra, pour venir combattre en Italie, partout sur son passage l'épidémie se développe, notamment dans le Tyrol, où le choléra n'avait jamais sévi, et en Lombardo-Vénétie. Un régiment de ligne quitte la France pour aller au siége de Constantine, il s'embarque à Toulon, où régnait le choléra, pendant la traversée plusieurs hommes meurent. Les corps morts sont jetés à la mer, quelques-uns sont rapportés par les flots sur les rivages où le choléra se développe.

En 1833, époque de la guerre de succession de Portugal, ce pays et l'Espagne étaient indemnes, mais le fléau avait sévi en France, en Angleterre et en Allemagne; un navire, portant des soldats de ces pays arrive à Oporto, où ils débarquent bientôt, la ville est infectée. Le navire se rend à Vigo; là le mal se développe encore et les gens du port sont les premiers atteints. N'y a-t-il pas là des preuve évidentes d'importation ? Passant en revue les mesures préventives jusqu'alors employées, l'orateur cite plusieurs cas où des cordons sanitaires ont été efficaces, d'autres où ils ont été inutiles. Il arrive à cette conclusion qu'ils préservent s'ils ne sont pas trop étendus, autrement il sont inutiles.

A 4 heures comité secret pour la lecture du rapport de M. Th. Roussel, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale.

G. du B.

SOCIÉTE ANATOMIQUE.

Séance du 12 mars 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

34. Laryngite ulcéreuse dans la fièvre typhoïde; par M. E. ORY, interne des hôpitaux.

La nommée B... âgée de 19 ans, domestique, habitant Paris depuis un an, entre à l'hôpital Saint-Louis le jeudi 7 janvier dans la salle Saint-Jean n° 68 (service de M. HARDY). Cette jeune fille a l'air hébété; la face est pâle, les yeux sont éteints : elle éprouve, dit-elle, une grande faiblesse et de la surdité. Elle fait remonter le début des accidents à 2 mois environ, époque à laquelle elle éprouva un violent point de côté avec fièvre et toux fréquente. Ces symptômes se calmèrent lentement; puis, il y a environ 15 jours, vers le 25 décembre, elle fut prise de diarrhée abondante, avec douleurs lombaires et épistaxis.

7 janvier, soir. La diarrhée n'existe plus, le ventre n'est pas ballonné ; il est très peu douloureux à la pression, même dans la fosse iliaque droite. Ce qui domine, avec l'état d'abattement et de prostration, c'est une grande dyspnée. A l'auscultation on perçoit en arrière, du haut en bas, des râles humides généralisés, et quelques bouffées de râles crépitants surtout à droite. La percussion n'indique pas grands changements : son plus obscur à droite; rien en avant. La respiration est bruyante, et laisse difficilement ausculter le cœur. Le pouls est petit, fréquent, à 120 ; T. 40° — Catapl. sur le ventre et 20 vent. sèches sur la poitrine.

8 janvier. Elle a eu du subdelirium la nuit, la langue est sèche; tympanisme abdominal très-peu marqué, pas de gargouillement, pas de diarrhée ; une seule tache se trouve à la partie supérieure gauche de l'abdomen, au-dessus de l'ombilic. L'état de la poitrine est le même qu'hier au soir. M. Hardy établit le diagnostic de fièvre typhoïde, à forme thoracique, probablement dans le cours du 3e septenaire. P. 112; T. 38°,8. — *Prescription.* Limonade ; 2 vésicatoires sur la poitrine. Potion ext. de quinquina 4 gr. ; bouillon.

Soir. T. 40° ; P. 124. La malade est prise dans la soirée d'une entérorrhagie abondante. L'interne de garde prescrit un julep avec 4 gr. d'extrait de ratanhia.

9 janvier. Prostration très-marquée; fuliginosités des lèvres et des dents, langue très-sèche; la face est cyanosée. Le ventre persiste à être très-modérément douloureux à la pression. P. 116; T. 39°,8, malgré l'hémorrhagie abondante.

M. Hardy prescrit une potion avec extrait de quinquina 3 gr. et extrait de ratanhia 2 gr., et un lavement avec 15 gr. de décoction de ratanhia. Compresses froides sur le ventre. Eau vineuse.

Soir. P. 120; T. 39°,8. L'hémorrhagie n'a pas continué; mêmes signes du côté de la poitrine, très-peu de toux.

10 janvier. P. 112; T. 38°,8. Même état; même traitement *Soir.* T. 39°; délire la nuit.

11 janvier. P. 132; T. 39°. La malade a saigné du nez ; la peau est moins sèche, les râles moins gros et moins nombreux, mais toujours généralisés des deux côtés ; pas de selle. --Même traitement. Le *soir*, la légère amélioration du matin ne persiste pas. P. 140 ; T. 40°. — Délire la nuit.

12 janvier. Un peu moins d'hébétude; ventre moins tendu. Les narines sont encore pulvérulentes. P. 120; T. 36°,6. Pas de taches, surdité. La malade répond aux questions à voix basse et a toujours un aspect hébété. La langue est moins sèche, mais on constate une respiration abdominale et de la cyanose de la face, avec gonflement marqué du système veineux. — Lavement émollient, potion de Todd, ventouses sèches sur le thorax.

Le *soir*, T. 39°,3 ; P. 124. Délire la nuit. — Les jours suivants, persistance du même état.

Le 18 *janvier*, souffle dans le creux de l'aisselle du côté droit de la poitrine et à la racine des bronches du côté gauche. P. 132. — Vésicatoire sur le côté droit. — Grande dyspnée le soir; 12 ventouses sèches.

18 janvier. Amélioration dans l'état de la poitrine, mais persistance de l'état adynamique.

Dans la journée, vers quatre heures et demie, la malade est prise d'un violent accès de suffocation. Cet accès dure plus de trois quarts d'heure. A la visite du soir, état dyspnéique très-grave; la malade, assise sur son lit, soutenue par des oreillers, est prise plusieurs fois d'accès de toux voilée. L'apnée est considérable, l'inspiration est très-gênée, l'expiration, au contraire, reste facile; il y a un tirage marqué; difficulté pour avaler. Je pense aussitôt qu'il y a une complication du côté du larynx. La malade est visitée plusieurs fois dans la soirée, et l'on discute l'opportunité de la trachéotomie.

Un nouvel accès d'oppression très-violent se déclare à 8 heures et demie, mais il dure à peine un quart d'heure. Il y a du délire, la malade parle haut. A ce moment, on constate que la voix est cassée, et je me souviens alors que depuis quelques jours, il y avait un peu de raucité de la voix. Ces symptômes font admettre la possibilité d'un œdème de la glotte, bien que le toucher ne fournisse aucun renseignement. Dans la nuit survient encore un petit accès de dyspnée, mais moins intense que les deux premiers; on temporise donc pour faire l'opération qui, d'ailleurs, offre peu de chance de succès

à cause de l'état d'adynamie du sujet, de la complication pulmonaire, et de l'affaiblissement général tenant à la durée de la maladie et aux récentes hémorrhagies nasales et intestinales qui se sont présentées il y a peu de jours. — Sinapismes sur le devant du cou, injections de morphine.

20 *janvier*. L'enrouement de la voix persiste; l'expiration est facile, l'inspiration est bruyante; il y a, comme hier au soir, du sifflement laryngieu; la toux est aphone, néanmoins l'état est moins grave qu'hier au soir.

M. Hardy prescrit un vésicatoire sur le devant du cou, et du calomel, 10 centig. en 10 paquets. Il conseille de ne faire la trachéotomie qu'à la dernière extrémité, si les accès augmentent de fréquence et d'intensité, et porte le diagnostic de laryngite ulcéreuse probable.

Le 21 *janvier*, la malade meurt sans avoir eu de nouveaux accès de dyspnée, mais dans un état d'affaiblissement qui a été progressif, ainsi que le cyanose des extrémités.

L'Autopsie est pratiquée le 23 *janvier*.

Au voisinage de la valvule iléo-cœcale, on constate plusieurs ulcérations des plaques de Peyer. Les ganglions mésentériques correspondants sont rougeâtres à la coupe et notablement augmentés de volume. Le foie, la rate, les reins, le cerveau, paraissent sains. Le cœur a son volume normal; on constate sur les bords de la valvule mitrale, des traces d'*endocardite végétante*. Dans les plèvres, il y a un peu de liquide citrin à gauche; du côté droit, du haut en bas, des fausses membranes nombreuses et déjà anciennes unissent la plèvre pariétale à la plèvre viscérale. Les deux poumons sont congestionnés, les bronches et leurs divisions sont remplies d'une spume abondante.

Le *larynx* est ouvert sur la ligne médiane: on constate alors trois taches ecchymotiques, sans ulcération, sur l'épiglotte, pas de gonflement des replis aryténo-épiglottiques, mais des ulcérations au niveau des ventricules entre les cordes vocales supérieures et inférieures. Ces ulcérations sont profondes. La plus considérable siége sur le côté droit; un liquide muco-purulent la recouvre, un filet d'eau en entraîne une partie et permet alors de voir qu'il existe, dans le fond et en arrière du ventricule droit, une cavité dont l'orifice à bords déchiquetés, festonnés, a une coloration jaune qui tranche avec la coloration verdâtre des tissus avoisinants, et spécialement du muscle crico-aryténoïdien. Cet orifice a environ 4 mm. de diamètre, est situé au niveau de la face interne du cartilage aryténoïde, que l'on voit à nu et comme à l'état de séquestre au fond de l'ulcération. Enfin, du côté gauche, le cartilage aryténoïde a disparu et l'on ne voit plus que les parois ulcérées de la cavité où il se trouvait contenu avant l'ulcération. Une autre ulcération se retrouve à gauche, près de l'insertion antérieure de la corde vocale inférieure gauche, plus petite que la précédente, linéaire et superficielle.

Dans la gaine des muscles droits antérieurs de l'abdomen et dans une étendue du tiers inférieur de ces muscles, on constate un épanchement sanguin abondant. Les autres muscles paraissent sains.

Réflexions. — L'autopsie a confirmé le diagnostic de fièvre typhoïde avec complications pulmonaires (bronchite généralisée et congestion). Les recherches nécroscopiques ont montré la nature des accidents laryngiens: ce sont des ulcérations décrites sous le nom de laryngotyphus; ulcérations qui se sont développées silencieusement, et qui, comme cela est la règle, ont éclaté à la fin d'une fièvre typhoïde chez une jeune fille débilitée autant par les ravages d'un état fébrile prolongé que par les hémorrhagies survenues, peu de jours avant la mort, sous forme d'épistaxis, d'hémorrhagie musculaire, et surtout, d'entérorrhagie abondante. D'après les lésions, il semblerait ici que la *muqueuse a été ulcérée primitivement*, et non pas consécutivement à une périchondrite, comme cela a été avancé dans plusieurs observations où les accidents sont survenus d'ailleurs, plus tardivement, par rapport à l'affection typhoïde qui en était également le point de départ.

M. Charcot. On a vu, dans un certain nombre de cas analogues, la trachéotomie être suivie de guérison.

M. Ory. L'état de faiblesse de la malade qui avait eu des hémorrhagies intestinales, et l'existence de phénomènes cérébraux graves, ne permettaient guère de compter sur un succès; aussi l'on crut devoir s'abstenir.

35. Compression de la moelle épinière par rupture d'un kyste hydatique dans le canal vertébral : (*Induration péri-méningée; hydatides autour de la dure-mère ; ramollissement médullaire et myélite avec dégénération ascendante et descendante ; paraplégie à début très-rapide et à troubles trophiques consécutifs multiples*) ; par MM. Liouville et Straus.

M. Liouville, au nom de M. Straus et en son nom, communique un fait recueilli dans le service de M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme, âgé de 52 ans, marbrier, entré en juillet 1874, d'abord soigné par M. le docteur Ball, et qui, jouissant d'une bonne santé, fut pris presque subitement, à son réveil, d'une paraplégie avec sensation de fourmillements dans les membres inférieurs. Tout d'abord, on aurait pu croire à une hémorrhagie ou à un ramollissement intra-rachidien, car le malade ne souffrait d'aucune manifestation antérieure : toutefois, on fit des réserves, quant au diagnostic, la cause échappant complètement à toute investigation.

Bientôt la maladie s'accentua, puis évolua dans le sens d'une compression de la moelle: des eschares survinrent à la région sacrée, il y eut de l'arthropathie, des troubles urinaires et de la constipation. Le malade mourut en janvier 1875.

L'Autopsie, dont les pièces sont présentées (1), démontra qu'on avait affaire à un kyste hydatique, ouvert dans la cavité rachidienne, au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales, et comprimant la moelle. Celle-ci était anémiée presque absolument, au-dessous du point enserré par la pachyméningite et les vésicules hydatiques : il en était ainsi des nerfs de la queue de cheval, dont la couleur était d'un blanc mat.

A l'état frais, on constata à l'œil nu et au microscope des lésions de myélite spéciale, au point comprimé, et des conséquences descendantes et ascendantes très-marquées. Le ligament intervertébral correspondant au kyste était détruit, et le corps des vertèbres creusé de cavités dans les fentes desquelles se voyaient des hydatides, les unes à parois résistantes et opaques, les autres transparentes et fragiles.

D'autre part, on trouvait, entre le poumon gauche et le diaphragme, une vaste collection de vésicules arrondies de grandeurs variées, depuis une cerise jusqu'à un grain de raisin, emprisonnées dans une matière gluante, visqueuse, jaunâtre, composée de graisse et de cholestérine. Cette collection avait détruit le tissu cellulaire, les muscles et érodé les os, en s'infiltrant en tous sens, mais n'avait jamais fait de saillie apparente à l'extérieur. La coexistence de plusieurs foyers hydatiques rendrait difficile la question de savoir quel était le vrai point de départ de l'affection, si l'on n'avait pas constaté dans les parties extra-rachidiennes des lésions paraissant plus anciennes.

Toutefois, la rupture, probablement préparée sourdement, a été brusque, et la compression, déjà alors assez forte, car les premiers symptômes, rapidement sérieux, furent presque subits, comme on l'a vu.

M. Liouville ajoute que M. Charcot, dans ses *Leçons sur les compressions lentes de la moelle* (2), prévoyait le cas d'ouverture d'un kyste hydatique dans le canal rachidien et prémunissait contre la difficulté du diagnostic. On peut aussi rapprocher utilement ce fait de cas cités dans les traités spéciaux (3).

M. Charcot. La paraplégie a-t-elle été précédée, pendant un certain temps, de douleurs intercostales ou abdominales ayant le caractère de douleurs névralgiques ?

M. Liouville. Le malade a eu quelques douleurs après la paraplégie, mais avant il n'avait jamais rien éprouvé de semblable.

M. Charcot. C'est là un fait assez extraordinaire. Presque toujours, il existe une période névralgique pendant deux ou trois mois avant la paraplégie.

(1) Les pièces ont été aussi présentées à la Clinique de M. le professeur Béhier, et à la Société de Biologie.

(2) J. Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux, recueillies par Bourneville, T. II, p. 99 et 100.

(3) Davaine. Traité des Entozoaires, p. 666 et suivantes.

M. Reclus. Dans le travail de MM. Duplay et Morat sur le mal de Pott, on trouve l'observation d'un kyste hydatique comprimant les nerfs de la queue de cheval.

36. Calcul salivaire ayant provoqué une inflammation du voile du palais et de la base de la langue : expulsion de ce calcul et guérison des accidents inflammatoires; par M. Gouguenheim, membre titulaire.

Ce calcul a été recueilli chez un homme de 35 ans, sujet à s'enrhumer les hivers, mais ne présentant aucun signe rationnel ou physique de tuberculose. Cet homme se plaignit un peu de douleurs de gorge, dont l'acuité devint de plus en plus intense. A l'examen, on constata une rougeur assez légère du voile du palais et de ses piliers, le toucher ne permit de reconnaître aucune modification dans la consistance des parties malades. La douleur était seulement plus aiguë quand on déprimait, dans l'examen, la base de langue. Le malade était tourmenté par des mouvements incessants de déglutition et se plaignait d'une sensation continuelle de spasme à la gorge. Au bout de quatre jours, ces douleurs, de plus en plus intolérables, cessèrent brusquement après l'évacuation d'une concrétion allongée, cylindro-conique, ayant un peu plus de un centimètre de longueur. Cette concrétion avait une couleur d'un jaune sale et paraissait formée d'un certain nombre de couches de matières organiques et inorganiques, disposées d'une façon concentrique.

La forme de ce petit corps m'avait fait penser que j'avais à faire à une concrétion bronchique, mais l'examen histologique pratiqué par M. Coyne, a montré la structure des calculs salivaires. Je n'ai pu déterminer d'une façon précise dans quel point se trouvait logé ce corps étranger.

M. Périer. Il s'était probablement arrêté au-dessus des replis aryténo-épiglottiques, ou derrière la grande corne de l'os hyoïde.

37. Fracture spiroïde du fémur; par M. Léger.

Richard, Arsène, âgé de 51 ans, couvreur, étant tombé d'un second étage, est amené dans le service de M. Dolbeau, à l'hôpital Beaujon. Il a toute sa connaissance; il présente au sourcil droit une plaie contuse, transversale, sur laquelle on pose trois points de suture, et se plaint surtout d'une douleur à la cuisse. En découvrant le malade, on est frappé d'une déformation qui ressemble absolument à celle d'une fracture sous-trochantérienne simple; l'impotence est complète, le raccourcissement considérable, et la crépitation très-facile à produire dans les efforts de réduction. On applique un bandage de Scultet. — Le *soir*, il y a de la rétention d'urine. Le pouls est fréquent et faible.

Le 6 *janvier*, la fièvre persiste d'une manière inquiétante, et le malade éprouve une soif continuelle.

Le 7 *janvier, soir*, il se plaint d'une vive douleur abdominale; le ventre est ballonné, et la fièvre est toujours aussi forte. il n'y a pas eu de selles depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 8 *janvier*, on prescrit de l'huile de ricin qui ne provoque aucune garde-robe, et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. Pas de traces de péritonite. — Au niveau de la *fracture*, foyer sanguin considérable, sans qu'on trouve aucun vaisseau important lésé par les fragments De cet épanchement, part une infiltration sanguine qui remonte vers l'abdomen, passe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et se retrouve surtout abondante dans l'atmosphère celluleuse des reins. Elle gagne aussi en bas la partie supérieure de la jambe, et à ce niveau se trouve séparée par une collection purement séreuse du reste de l'infiltration sanguine du membre.

Quant à la fracture, on voit qu'il y a trois fragments; le supérieur est formé par la tête fémorale, le col, le petit et le grand trochanter. Celui-ci est lui-même fracturé longitudinalement et sans que sa partie externe s'enfonce par son tiers postérieur dans la face correspondante du fragment voisin. Ces deux fragments forment par leur réunion un V dont l'ouverture regarde directement en bas, et dans l'intervalle duquel pénètre la pointe du fragment inférieur, formé par le corps du fémur lui-même. Enfin, en arrière et en dehors, se trouve un troisième fragment, formé par la partie correspondante de l'os éclaté. C'est en résumé une *fracture spiroïde* du *fémur* avec pénétration du fragment inférieur par sa pointe dans l'épaisseur du trochanter de manière à le faire éclater, de sorte que cette fracture trochantérienne n'ayant pas eu lieu par écrasement, il ne s'est pas produit l'engrènement qu'on voit ordinairement dans les fractures de cette éminence.

M. Berger. Cette fracture ressemble, en effet, d'une manière frappante, aux fractures en V de l'extrémité inférieure du tibia; comme dans celles-ci, on trouve des fissures qui, partant de la fracture principale, se dirigent vers l'épiphyse, et il existe aussi un épanchement de sang très-abondant. A-t-on pu avoir quelques renseignements sur le mécanisme suivant lequel s'est produite la fracture, et par exemple, y a-t-il eu rotation du membre inférieur sur son axe?

M. Léger. La lésion s'était produite dans une chute d'un deuxième étage, mais nous n'avons rien pu savoir sur la position de la jambe et de la cuisse à ce moment.

M. Dupuy. J'ai présenté en 1873 (1) une fracture absolument semblable, et à cette occasion, j'ai eu une discussion avec M. Després qui assimilait cette variété avec celle qu'a décrite Robert, dans laquelle il y a pénétration dans le grand trochanter. Ici comme dans la pièce que j'ai montrée, il y a éclatement de cette tubérosité, mais non pénétration.

M. Després. Je crois me rappeler que dans le fait de M. Dupuy le grand trochanter était écrasé; or, ici, il tient au col et est seulement entamé dans sa partie externe; ce n'est pas une fracture du col.

38. Guérison d'une hernie par une adhérence de l'épiploon hernié; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Hurpon, Lucien, âgé de 34 ans, entre le 4 janvier dans le service de M. Dolbeau, pour une tumeur inguinale droite.

Le malade dit avoir eu pendant 6 ans une hernie réductible. Il y a huit mois la hernie fut remplacée presque subitement par une tumeur dure et irréductible, mais qui n'a jamais été douloureuse. On trouve en effet une tumeur oblongue, mate, régulièrement cylindrique, dont l'extrémité supérieure se termine brusquement au niveau de l'orifice cutané du canal inguinal et ne peut être en aucune manière repoussée dans ce canal. Au-dessus, et à travers les parois abdominales, on sent manifestement une espèce de corde se dirigeant vers la tumeur. La pression, au niveau de cette bride est douloureuse. Enfin depuis l'apparition de cette tumeur qui n'a pas augmenté de volume, il n'est plus jamais sorti d'intestin. Le malade présente aux sommets des poumons des lésions tuberculeuses très-avancées, auxquelles il succombe le 24 janvier.

A l'autopsie, outre les cavernes pulmonaires, on trouve au niveau de la tumeur, un bouchon épiploïque très-régulier, surtout adhérent par son extrémité supérieure, au-dessus de laquelle les deux piliers de l'anneau inguinal sont revenus sur eux-mêmes. En suivant jusque dans la cavité abdominale la portion épiploïque, on trouve une dépression cupuliforme formée par la péritoine et représentant le reste du sac de l'ancienne hernie. On a donc eu dans ce cas encore un exemple très-net de guérison d'une entérocèle par une épiplocèle devenue adhérente.

39. Gastrite catarrhale pseudo-membraneuse chez les jeunes enfants; par M. Parrot, médecin des Enfants-Assistés.

J'ai fait hier l'autopsie d'un enfant de 11 mois qui était entré dans mon service onze jours auparavant; il avait alors de la diarrhée, un peu de toux, une température de 38° et quelques dixièmes, en un mot toutes les apparences du choléra infantile; à l'auscultation, on ne trouvait rien dans les poumons. Les jours suivants, il maigrit rapidement comme tous les enfants athrepsiés, puis on constata dans les deux côtés de la poitrine quelques râles muqueux et du souffle, en même temps que la température s'élevait au-delà de 40°.

A l'autopsie, nous avons trouvé une double broncho-pneumonie, ainsi que nous l'avions prévu, mais il existait en outre une lésion de l'estomac sur laquelle je désire appeler l'attention.

La face interne de l'*estomac* est dans presque toute son étendue, sauf au niveau du cardia et du pylore, recouverte par une

(1) V. *Bullet. de la Société*, 1873, p. 14.

couche pseudo-membraneuse ; cette couche épaisse de 1 millim. environ, assez intimement adhérente au centre, est au contraire facile à détacher sur ses bords, qui sont un peu irréguliers. La muqueuse est légèrement rouge, tomenteuse, et forme des plis au-dessus desquels la fausse-membrane passe comme un pont ; enfin les parois de l'estomac sont épaissies surtout au centre.

Cette lésion n'est pas très-rare chez les nouveau-nés, mais se voit quelquefois aussi à une période plus avancée, à 11 mois comme dans le fait actuel, et même aussi à un an ; elle est surtout fréquente chez les enfants morts de cette affection qu'on désigne sous le nom de gastro-entérite, bien que l'intestin y soit complétement étranger ; pourtant elle n'existe pas toujours dans ces cas.

C'est là, je le répète, une lésion assez fréquente, bien connue et décrite par tous les auteurs, mais sur la nature de laquelle on n'a pas, jusqu'ici, de données précises. Aussi l'examen histologique présente-t-il un certain intérêt, or voici ce qu'il nous apprend :

Les glandes de l'estomac sont toujours très-malades ; elles sont, pour la plupart, élargies à leur extrémité superficielle qui présente trois fois le diamètre des parties profondes et sont remplies de cellules épithéliales ; cet épithélium est trouble à la partie centrale de la glande, plus clair et moins altéré à la périphérie. Les glandes, outre cette disposition en forme d'entonnoir, sont plus ou moins sinueuses ; çà et là, se trouvent quelques glandes aplaties dont l'épithélium est normal. A la base de la couche glandulaire, les veines sont distendues par du sang.

Quant à la fausse-membrane, on peut y distinguer deux couches : la partie profonde, contiguë aux glandes, est formée aussi en grande partie de cellules épithéliales altérées ; ces éléments sont là séparés par des faisceaux de fibrilles circonscrivant des mailles irrégulières ; dans la couche superficielle, les fibrilles n'existent plus et on ne trouve que des granulations graisseuses. C'est là la variété la plus fréquente ; mais d'autres fois, et surtout chez les nouveau-nés, on constate des apparences un peu différentes : la muqueuse est plus foncée, rouge ponceau, et la fausse-membrane est plus molle. Les glandes sont beaucoup moins altérées, mais dans leurs intervalles, les vaisseaux sont gorgés de sang ; la lésion porte ici principalement sur les vaisseaux. En outre, on trouve autour des veines, et en particulier autour des veines de la couche cellulo-graisseuse de l'estomac, une accumulation de leucocytes devenus graisseux. Quelle que soit du reste la variété, je crois que l'on peut considérer cette lésion comme une gastrite catarrhale, et pour la caractériser, je proposerai de l'appeler *Gastrite catarrhale pseudo membraneuse* ou *diphthéroïde*, non pas que je la rattache à la diphthérie, mais seulement pour rappeler l'aspect de la fausse-membrane.

40. Ecchymoses vésicales dans les cas d'œdème des nouveau-nés; par M. Parrot.

Ces pièces proviennent d'un enfant mort après avoir présenté les signes de l'œdème des nouveau-nés, quelquefois désigné, mais improprement, sous le nom de sclérème. Il avait eu des vomissements noirs, analogues à ceux qu'on observe chez les cancéreux. A l'autopsie, nous avons trouvé du muguet de l'œsophage, et dans l'estomac les lésions de la congestion et des ecchymoses, mais sans ulcérations : il existait en outre des ecchymoses à la surface du rein, dans l'intestin, et particulièrement dans le rectum ; mais j'appelle surtout l'attention sur des ecchymoses qu'on trouve dans la vessie ; ou plutôt, ce ne sont pas des ecchymoses véritables, mais de petites tumeurs ayant la forme d'un petit grain de raisin et qui sont constituées par du sang épanché sous la muqueuse.

Ces ecchymoses vésicales, plus ou moins saillantes, se retrouvent dans presque tous les cas d'œdème des nouveau-nés; je les ai vues généralement 7 ou 8 fois sur 10.

41. Lipome intra-musculaire ; par M. Farabeuf, prosecteur de la Faculté.

Cette pièce recueillie à l'Ecole pratique, est un exemple peut-être unique, de Lipome intra-musculaire. Cette petite tumeur évidemment graisseuse, était développée dans le couturier, au-dessous de l'aponévrose, entre les fibres musculaires elles-mêmes.

42. Cicatrice musculaire; par M. Farabeuf.

Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme de 40 ans environ, d'ailleurs très-bien musclé. Le couturier est vers sa partie moyenne, interrompu par une bandelette fibreuse de 10 cent. de long ayant tous les caractères d'un tissu de cicatrice. Il a dû y avoir rupture de ce muscle ; car le tissu cellulaire ne présente aucune lésion qui permette de penser qu'il y a eu une plaie ; la peau était, à ce niveau, le siége d'une cicatrice analogue à celle que laissent les brûlures ou les cautérisations.

43. Laryngite pseudo-membraneuse avec bronchite généralisée de même nature chez un homme de 43 ans ; par M. Chenet, interne des hôpitaux.

Entré le 21 janvier 1875, dans le service de M. Proust, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Etienne n° 1, cet homme était malade depuis la veille seulement. Il présentait de la raucité de la voix, et une gène considérable avec douleur pendant la déglutition. Peu de toux, très-peu d'expectoration muqueuse, pas de point de côté, quelques râles sibilants disséminés. Peau légèrement moite, teint coloré, mais sans plaques aux pommettes, P. 92.

L'examen de l'arrière-gorge ne fournit que des signes négatifs : peu de rougeur, pas de gonflement des amygdales ; sensibilité très-vive de la région.

Le 22 *janvier*, à la visite du matin, même état. Vésicatoire au-devant du cou. — A 3 heures, même état.

Le 23 *janvier*, nous trouvons le malade asphyxiant avec la face pâle, les lèvres violacées. P. 96. R. 36 ; peau légèrement moite. Cette aggravation date de la veille, vers 10 heures du soir. A ce moment, d'après le récit de ses voisins, il a commencé à *avoir le râle* mais il n'a pas eu d'accès de suffocation ; la respiration est restée bruyante toute la nuit. — Le matin, au moment de la visite, ce râle trachéal persiste et s'entend à distance. L'examen de l'arrière-gorge nous permet de voir des mucosités purulentes très-adhérentes tapissant tout l'isthme du gosier qui paraît en même temps rétréci par le gonflement des régions circonvoisines. Quelques crachats visqueux et mucopurulents se trouvent dans son vase. On pense à un œdème des replis aryténo-épiglottiques dû à un abcès de voisinage. Le malade a rendu des boissons par le nez à plusieurs reprises. Il n'y a pas de tumeur apparente dans le pharynx ou sur les côtés du cou. Pas de cornage. Même entrave aux deux temps de la respiration. Légère dépression à l'épigastre pendant l'inspiration. La percussion du thorax fournit de la submatité dans toute la poitrine, mais surtout à droite et à la base. Le râle trachéal couvre tous les bruits pulmonaires.

La trachéotomie est discutée et repoussée, mais on décide qu'elle sera pratiquée au premier accès de suffocation.

A 2 heures de l'après-midi, l'état est toujours aussi grave, mais non davantage, R. 36 à 40. Il est toujours aussi impossible d'entendre les bruits pulmonaires. Le râle trachéal s'entend et domine dans toute la poitrine.

A 4 heures et demie, même état. — Ventouses sèches sur tout le thorax. Très-légère amélioration et de courte durée. — Le malade meurt à 10 heures du soir sans avoir présenté un seul accès de suffocation.

Autopsie 38 heures après la mort. Aucun abcès au voisinage du larynx, mais il existe des fausses membranes très-épaisses depuis le bord libre de l'épiglotte jusqu'aux plus petites ramifications bronchiques. Aucun produit analogue dans toute l'arrière-gorge. La délimitation de la diphthérie à la partie supérieure du larynx est parfaitement nette. La lumière du larynx n'est pas absolument effacée, mais elle est devenue fort étroite, et les fausses membranes, un peu moins épaisses dans la trachée, remplissent à peu près complètement les fines ramifications bronchiques. Au dessous d'elles, existe une injection assez vive de la muqueuse.

La plus grande partie du lobe inférieur du poumon droit présente les lésions de l'hépatisation grise, plusieurs foyers

plus récents d'engouement s'observent dans le reste du poumon. A gauche et de même dans le lobe inférieur et surtout en arrière, existe une atélectasie notable. Les points d'hépatisation grise sont les seuls qui s'enfoncent dans l'eau.

Le cœur droit contient un énorme caillot et les vaisseaux pulmonaires sont aussi gorgés de sang.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous a paru intéressante à relever à plusieurs titres : elle démontre une fois de plus l'inutilité d'une intervention chirurgicale dans les cas de croup chez l'adulte : en effet, chez notre malade, le larynx et les grosses bronches étaient encore perméables à l'air, alors que les ramifications bronchiques étaient absolument oblitérées.

En second lieu, l'affection a été méconnue. Elle a attaqué le larynx d'emblée et le malade n'a expectoré aucune fausse membrane, et la douleur à la déglutition, la paralysie du voile du palais nous ont fait penser plutôt à un abcès rétro-pharyngien et à un œdème de voisinage.

Nous relèverons aussi la marche rapide de l'affection. Existait-il déjà des fausses membranes dans le larynx au moment où le malade est entré dans nos salles ? Ou bien la diphthérie a-t-elle attaqué simultanément tout l'arbre aérien ? La première hypothèse est plus vraisemblable. Mais la raucité de la voix était le seul signe manifeste que présentât le malade ; il n'y avait, à ce moment, pas du tout d'anxiété, la dyspnée n'a commencé que le lendemain soir, et l'asphyxie s'est faite graduellement en 24 heures, sans accès de suffocation. L'examen local du larynx était absolument impossible au moment de l'entrée, à cause de la sensibilité de la région, et le surlendemain, à cause de l'asphyxie imminente.

44. Cancer du pied (*Lymphadénome?*) **: opération ; hypertrophie ganglionnaire généralisée: mort ;** par le docteur G. MARTIN (de Nevers).

M.... 60 ans, cultivateur à Four-de-Vaux (Nièvre) porte à la partie interne du talon gauche, une tumeur d'environ 3 centimètres de long sur 2 de large. A la périphérie existe une tache mélanique. Cette tumeur aurait débuté il y a trois ans.

Le 14 septembre 1871, la tumeur est enlevée avec le bistouri, la plaie est cautérisée au fer rouge. La cautérisation se fait rapidement.

En 1872, les ganglions de l'aine augmentent de volume, il n'y a cependant pas de récidive locale. Vers la fin de 1873, les ganglions axillaires se prennent également et des deux côtés ; de plus il est apparu, sur toute la surface du tégument externe, des petites tumeurs qu'on ne saurait mieux comparer qu'à des ganglions hypertrophiés. Ces tumeurs viennent par poussées successives, et ces poussées s'accompagnent de fièvre.

En 1874, le malade est pris d'un érysipèle sur le membre inférieur, tout le membre est très-œdématié ; les ganglions inguinaux correspondants forment une masse volumineuse, en partie fluctuante. Il existe de la matité et du retentissement de la voix au sommet du poumon droit. Le malade est très-amaigri. Il meurt dans le courant du mois de février.

L'examen de la tumeur et l'autopsie n'ont pu être faites ; je pense cependant avoir eu affaire à un cancer de nature lymphadénique en raison de la marche toute spéciale dont s'est faite la généralisation, et aussi à cause de la ressemblance frappante qui existait entre la tumeur primitive et une autre tumeur que j'ai enlevée vers la même époque. Cliniquement, celle-ci était bien un cancer au pied ; mais l'examen histologique pratiqué par M. Malassez a montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome à grosses cellules. (La pièce a été présentée à la Société anatomique, on en trouvera l'observation dans les *Bulletins* de l'année 1872, p. 158.) J'ajouterai à propos de ce dernier cas que le malade qui en a fait le sujet a fini par succomber après avoir présenté un amaigrissement considérable. L'autopsie n'a pu être faite.

Je rapprocherai de ces deux faits, le suivant, malheureusement très-incomplet : L.... 66 ans, entré à l'hôpital de Nevers le 11 mars 1872, présente à la plante du pied gauche une tumeur arrondie de la largeur d'une pièce de cinq francs. Il aurait eu a ce point une plaie à l'âge de 17 ans, et ce serait sur la cicatrice de cette plaie qu'aurait apparu la tumeur. Cette tumeur est indolente, la marche est encore possible. Les ganglions inguinaux sont très-volumineux. — Le malade quitte l'hôpital et est perdu de vue.

45. Cancer des deux ovaires avec compression du rectum ; mort par obstruction intestinale ; par M. le docteur DANLOS, membre adjoint.

La malade était une femme âgée de 59 ans. Depuis un an elle s'était aperçue qu'elle portait, au côté gauche de l'abdomen, une tumeur qui d'ailleurs ne lui causait aucune souffrance. Un mois seulement avant d'entrer à l'hôpital, elle commença à ressentir quelques troubles morbides : coliques violentes, tuméfaction énorme du ventre, constipation opiniâtre. Malgré de grands efforts, elle n'allait à la selle que tous les trois jours et rendait à chaque garde-robe des matières très-dures et en très-petite quantité.

A son entrée à l'hôpital de la Charité, on constata l'état suivant : amaigrissement général ; facies altéré, d'une grande pâleur ; pouls petit, filiforme ; éructations continuelles. Quelques vomiturations avaient eu lieu depuis trois ou quatre jours.

Le ventre était énormément distendu, globuleux, faisant une saillie considérable, tout-à-fait comparable à celle que détermine un gros kyste de l'ovaire ou l'utérus au 9e mois. Pas de réseau veineux supplémentaire. A la percussion, l'abdomen rendait partout un son tympanique bien caractérisé ; nulle part de matité ; pas d'ascite appréciable. De temps en temps les anses intestinales se dessinaient nettement sur les parois amaigries du ventre. Depuis quatre jours la malade n'avait pas eu de selles.

En déprimant fortement la paroi abdominale, manœuvre qui ne provoquait que peu de douleur, on constatait immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, de chaque côté du ventre, la présence d'une tumeur dure, globuleuse, solide et immobile comme si elle eût été fixée au bassin. Cette sensation était parfaitement nette, mais on ne pouvait préciser, en déprimant la région sus-pubienne, s'il s'agissait d'une seule ou de deux tumeurs. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué, non plus que le toucher vaginal. La malade n'avait jamais rendu de sang dans ses garde-robes.

A l'hôpital, on lui fit prendre du jalap et du calomel à la dose de 1 gramme, en même temps que l'on donnait, au moyen d'une sonde introduite profondément dans le rectum, des lavements d'eau de seltz ; pas d'évacuation.

Cette médication fut répétée deux fois sans résultat. Le ventre continuant à se développer, et la gêne de la respiration étant extrême, on fit avec un trocart capillaire des ponctions multiples à l'intestin. Il s'écoula une certaine quantité de gaz peu fétides. Les ponctions faites à droite donnèrent beaucoup plus de gaz que celles pratiquées à gauche.

Cette petite opération fut suivie d'un peu de soulagement. Le lendemain, vingt grammes d'eau-de-vie allemande provoquèrent une selle composée d'un peu de matières dures. Trois jours après, la malade s'éteignit dans un état comateux. Pendant les six jours qu'elle était restée à l'hôpital, elle avait à peine eu quelques vomissements de matières muqueuses et bilieuses.

L'AUTOPSIE montra dans la cavité abdominale des lésions fort intéressantes. Tout d'abord, à l'ouverture du ventre, on fut frappé de la disposition qu'offrait l'intestin. La moitié gauche de l'abdomen était occupée par l'intestin grêle recouvrant le colon descendant ; la moitié droite était remplie par le cœcum et le colon ascendant énormément dilatés. Cette disposition explique pourquoi les ponctions de droite donnèrent plus de gaz que celles de gauche. Le cœcum mesurait vingt-deux centimètres de circonférence.

L'intestin présentait une apparence normale, sauf un état poisseux de sa surface, et, çà et là, quelques arborisations violacées. En quelques points vivement injectés, on crut reconnaître la trace des ponctions capillaires qui s'étaient du reste parfaitement oblitérées. Pas de péritonite ni d'épanchement abdominal.

En enlevant l'intestin, on vit que la dilatation portait principalement sur le gros intestin, qu'elle s'étendait jusqu'à la portion la plus élevée du rectum et qu'elle cessait brusquement dans l'excavation du petit bassin.

Celle-ci était remplie par deux volumineuses tumeurs. L'une d'elles, celle que l'on sentait à gauche au-dessus du

ligament de Poupart, avait aplati et comprimait le rectum contre la paroi osseuse du bassin. Un examen attentif montra que cette tumeur s'était développée dans l'ovaire gauche. A sa surface on pouvait reconnaître nettement le ligament rond et la trompe. Elle était parfaitement distincte de l'utérus, sans adhérence d'aucune sorte avec aucun viscère. Sa consistance était dure et ferme. sa surface régulièrement arrondie. Elle remplissait une grande partie du bassin. Une coupe pratiquée dans sa masse montrait l'apparence lardacée du tissu encéphaloïde ; du suc cancéreux coulait par le raclage.

La tumeur que, pendant la vie, on avait perçue dans la partie droite du ventre, était développée dans l'ovaire droit. Elle était de tous points identique à la précédente, sauf sous le rapport du volume qui était moindre ; elle n'exerçait d'ailleurs aucune compression. Pas d'autres cancers viscéraux. Quelques nodosités de nature douteuse dans l'épaisseur du grand épiploon ; quelques rares granulations blanchâtres disséminées çà et là sur la surface péritonéale de l'intestin. L'utérus parfaitement sain n'avait subi d'autre altération qu'une élongation considérable de son col, par suite de la traction que les tumeurs en se développant avaient exercée sur le fond de la matrice.

Réflexions. L'observation précédente est un exemple fort complet d'une variété d'obstruction intestinale dont les symptômes spéciaux ont été jusqu'à présent fort peu étudiés.

Dans son livre sur les étranglements internes, M. Besnier n'a pu réunir que huit observations d'étranglement par compression. Une d'elles, empruntée à Abercrombie et rapportée en quelques mots, offre avec la nôtre une grande analogie. Il s'agissait également d'une tumeur du petit bassin comprimant le rectum. Le résumé de M. Besnier dit simplement que la constipation fut très-opiniâtre et les vomissements peu accusés. Cette absence ou plutôt cette rareté des vomissements dans l'espèce d'étranglement à laquelle nous avons affaire, nous paraît constituer un caractère différentiel d'une certaine valeur.

Nous insisterons aussi sur la nécessité d'explorer dans les cas douteux le rectum à l'aide du toucher. Si l'on y avait eu recours dans le cas actuel, il est possible que du vivant de la malade le diagnostic eût pu être posé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juillet 1875. — Présidence de M. Léon Le Fort.

Le débat continue sur la question du service chirurgical des enfants dans les hôpitaux de Paris.

M. Després apporte à l'appui de l'opinion qu'il défend, une série de chiffres empruntés à la statistique de 1863. Comme le lui ont fait observer MM. Giraldès et Marjolin, ces arguments ne sont pas sérieux ; il suffit en effet de prendre le chiffre de douze ophthalmies purulentes (nombre des cas traités pendant l'année 1863, — d'après la statistique), pour être entièrement convaincu d'erreur capitale. Tous ceux qui ont passé dans les hôpitaux d'enfants savent que cette affection y règne, pour ainsi dire, d'une façon endémique et qu'à plusieurs reprises, les chefs de service ont été obligés de faire évacuer les salles pour mettre fin à la contagion. Une commission de trois membres sera nommée pour examiner la question et apporter à la société les documents qui lui manquent pour éclairer un débat aussi important. Disons toutefois que, quelles que soient les conclusions émises par les chirurgiens, l'administration sera probablement peu disposée à subir une pression et à modifier l'organisation de ses services hospitaliers. Elle s'appuiera au surplus sur l'avis de quelques membres de la Société qui ne partagent pas les idées de la majorité, sur l'insuffisance du nombre des lits consacrés aux maladies chirurgicales des enfants.

M. Guéniot lit un rapport sur un travail de M. Jules Hue, de Rouen, concernant le traitement de certaines complications graves des fibroïdes utérins, telles que compression des voies urinaires et de l'intestin. Ce traitement consiste à mobiliser en quelque sorte la tumeur et à la refouler par pressions manuelles hors de la cavité du petit bassin.

Dans un second rapport sur une observation adressée à la Société par M. Létiévant (de Lyon), M. Paulet critique avec juste raison les conclusions un peu trop radicales de ce chirurgien. Voici en quelques mots le sujet de cette observation : chez un malade atteint d'empyème et traité par le drainage, survient une hémorrhagie qu'on ne parvient pas à arrêter par divers moyens. Dans le but de chercher la source de l'hémorrhagie et d'y porter remède, M. Létiévant débride largement l'espace intercostal ; et l'ouvertuture étant insuffisante pour reconnaître d'où partait le sang, ce chirurgien n'hésita pas à pratiquer ce qu'il décore du nom de fenestration de la paroi thoracique. Il résèque successivement 4 centimètres des deux côtes parallèles à sa première incision et cela sans être plus édifié sur la source de l'hémorrhagie ; il pratique alors le tamponnement de la cavité thoracique et parvient ainsi à arrêter l'écoulement sanguin.

Le malade a guéri ; tout est bien qui finit bien, mais on se demande vraiment ce qui motivait la résection de deux côtes qui n'étaient pas malades, a dit le rapporteur ; l'ouverture de l'espace intercostal suffisait pour pratiquer le tamponnement.

Satisfait de son procédé, l'auteur voudrait l'ériger en principe ; M. Paulet a fait des réserves sur les conclusions trop téméraires de M. Létiévant et critique l'adoption d'un procédé opératoire qui aplanit par trop la distance qui sépare la chirurgie des vivisections.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

X. Journal d'oculistique et de chirurgie, du docteur Fano. (Dernier semestre de 1874).

XI. La cronica oftalmologica, organo oficial del instituto oftalmico de Madrid; director Gayetano del Toro.

Ce recueil mensuel contient trois parties : 1° Des mémoires ou des observations possédant la plupart une originalité incontestable ; 2° Une revue de la presse étrangère ophthalmologique, et 3° quelques faits de chirurgie pure. Les travaux personnels de M. Fano occupent la moitié de cette revue.

Le relevé des affections oculaires qui se sont présentées à cette clinique pendant le dernier semestre de 1874 offrirait un certain intérêt s'il comprenait aussi le résultat des opérations ; malheureusement il n'en est rien. M. Fano nous apprend bien qu'il a vu 62 cas de cataracte, mais nous ne savons ni si l'opération a été faite, ni si elle a été suivie d'un bon résultat. Une telle statistique est donc entièrement stérile pour le lecteur.

Il ne nous serait pas possible d'analyser les nombreuses observations cliniques qui forment le fond même de cette publication et lui donnent pour ainsi dire sa couleur locale ; mais il est quelques faits principaux que nous signalerons plus spécialement à l'attention.

1° *Un essai d'un procédé opératoire d'extraction de la cataracte par la méthode sous-conjonctivale.*

M. Fano ayant observé un cas de luxation traumatique sous-conjonctivale du cristallin droit, en dehors et en bas, en a tiré son procédé opératoire qu'il appellerait volontiers : méthode d'extraction sous-cutanée.

Voici comment il le pratiquerait : 1er *temps* : Décollement du tissu cellulaire sous-conjonctival avec un couteau lancéolaire ; une ponction serait pratiquée à 12 mill. du cercle cornéen pour aller près de cette circonférence, en décollant la conjonctive, vers l'angle externe de l'œil. — 2e *temps*. Section de la sclérotique. Incision de 6 à 7 mill. à 2 mill. en dehors de la cornée, avec le même couteau et en continuant le premier temps opératoire. — 3e *temps*. Ouverture de la capsule comme à l'ordinaire. — 4e *temps*. Incision de l'iris faite avec le kystitome lui-même en suivant un rayon passant par la plaie conjonctivale. — 5e *temps*. Extraction du cristallin ; — Ce procédé n'a pas encore été appliqué sur le vivant ; c'est comme le dit l'auteur, une conception de l'esprit fondée sur l'observation clinique.

2° *Note sur une variété de luxation du cristallin dans la chambre postérieure.*

Ayant eu d'abord l'occasion d'examiner un exemple de luxation congénitale en haut et en dedans des 2 cristallins, M.

(1) Voir les nos 1, 10 et 16.

Fano a pu observer aussi une autre luxation traumatique de la lentille. Un enfant de 13 ans reçoit 2 contusions violentes de chaque côté de la tête et s'aperçoit 2 mois et demi après, d'une diminution considérable de la vision. L'éclairage oblique de l'œil permet de constater que le cristallin, légèrement blanc bleuâtre, a exécuté un mouvement de rotation d'avant en arrière et de dehors en dedans. Le côté externe de la pupille à l'ophthalmoscope laisse voir au fond une teinte rosée. A l'œil droit, même disposition, moins développée. Les deux Iris étaient tremblotants.

La circonférence de la lentille se présentait sous l'aspect d'une ligne courbe sombre, ressortant sur toute la partie claire de la pupille. Les lois de la physique démontrent que ce liseré sombre est un effet de réflexion totale, analogue à celui, qui, se produisant sur l'arête d'un prisme dans un certain milieu, rendrait cet angle obscur sur une partie de la courbe.

3° Dans ce recueil figure encore une grande quantité d'observations présentées sous leur forme la plus intéressante, celle de la discussion clinique : un cas difficile s'offrant à la consultation, le professeur discute le diagnostic, le pronostic, et le traitement dans leurs particularités tout-à-fait spéciales. Nous avons pu malheureusement constater que les idées professées par M. Fano sont souvent en désaccord très-net avec les recherches des physiologistes les plus autorisés. En pareil sujet toutefois, nous devons lui savoir gré d'exprimer aussi nettement cette divergence.

Nous noterons, par exemple, certains axiomes qui demanderaient au moins plus ample démonstration (p. 183) ; c'est ainsi qu'à propos du strabisme convergent, voulant réfuter la thèse de Donders qui fait de l'hypermétropie la cause ordinaire du strabisme, M. Fano déclare que « l'hypermétropie se produit surtout après la quarantaine, et que le strabisme étant au contraire très-fréquent chez les enfants, il y a opposition entre ces deux résultats. » De telles doctrines, pour être acceptées, devraient s'appuyer sur des recherches longues et précisés, sur des chiffres et non sur de simples assertions. Mais continuons : le sujet en consultation pour ce strabisme convergent est reconnu hypermétrope par M. Fano lui-même. C'est le fait des lunettes qu'a portées la malade ! et l'hypermétropie, la brièveté du diamètre antéro-postérieur de l'œil sont les conséquences de cet usage irrationnel des lunettes !

A de telles opinions, contraires à ce qu'ont écrit Donders, Græffe, Giraud-Teulon, etc., une seule réponse suffirait :

Une enfant non hypermétrope pourrait-elle supporter pendant 20 minutes des verres bis-convexes n° 30 ? Au contraire, il n'y a pas de symptômes plus nettement accusé par les hypermétropes de tout âge que cette détente de l'accommodation par des verres bi-convexes bien choisis. Et si M. Fano était logique jusqu'au bout, puisqu'il accuse les lunettes biconvexes d'avoir amené le raccourcissement de l'œil, pourquoi ne pas prescrire à ce strabisme convergent hypermétrope des verres bi-concaves qui rétabliraient l'œil dans son diamètre normal ?

XI. Ce recueil mensuel de 20 pages comprend quelques articles originaux et une revue de la presse étrangère ; mais il est aisé de voir combien les événements que traverse l'Espagne ont influé sur l'abondance des matériaux qu'un journal ainsi constitué devrait contenir. Son directeur don Gayetano del Toro n'épargne cependant ni sa peine, ni son travail et il faut bien le lui dire, sa modestie dût-elle en souffrir, les seules parties intéressantes de ce journal émanent jusqu'à présent de sa plume. Nous signalerons de cet auteur :

1° Une étude sur les accidents consécutifs au tatouage de la cornée qu'il considère comme une cause d'ophthalmie sympathique.

2° Un procédé d'extraction de la cataracte : l'opérateur fixe le globe et les paupières avec les doigts de la main gauche, il ponctionne suivant le grand diamètre de la cornée, et fait décrire au couteau une courbe légère qui taille un lambeau dont le point le plus élevé effleure le bord supérieur de la pupille ; division de la capsule ; pas d'iridectomie. Sortie du cristallin par la pression du doigt sur le bord palpébral inférieur. La résection de l'iris n'est indiquée que dans les cas de cataracte incomplétement mûre, de synéchie, ou de pusillanimité du sujet non endormi. Il paraitrait (p. 85, n° 5. 1874), que ce procédé pratiqué depuis longtemps à l'hôpital de Guay par Toro, aurait été vu par Liebreich antérieurement à la description du procédé auquel cet auteur a voulu donner son nom.

3° Nous citerons ensuite la description d'un optomètre construit sur le principe de celui de Graeffe et de Hasner la règle métallique d'un mètre de longueur, possède une plaque à fils de fer d'un millimètre de largeur placés à distance d'un millimètre les uns des autres, cette plaque court sur la règle par une manivelle. Les formules ne diffèrent pas de celles que nous connaissons déjà.

Nous noterons encore des recherches intéressantes de Santoz Fernandez sur la pustule maligne des yeux (cinq observations) et sur l'opération de la cataracte chez les poules. Une étude de physiologie pathologique sur l'innervation de l'œil par Benito Alsina, et c'est tout ! Bagage un peu léger après douze mois de publication ! PONCET (de Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie; par le Dr TILLAUX, Paris, Asselin, éditeur.

Le *Traité d'anatomie topographique* de M. Tillaux, est comme il le dit lui-même, la reproduction des leçons qu'il a faites depuis plusieurs années à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Ce n'est pas une *anatomie chirurgicale*, car l'auteur n'a pas fait suivre ses descriptions de longues considérations pathologiques: c'est encore moins un traité de *chirurgie anatomique*. La description de chaque région ne consiste pas uniquement dans l'étude de la superposition des plans et des organes compris entre chaque plan ; elle repose surtout sur la figuration des rapports chirurgicaux des organes de la région entre eux et avec les régions voisines. M. Tillaux a accompli heureusement ce but a l'aide d'une série de coupes, suivant différentes directions. Il ne s'est pas guidé dans le choix de ses sections d'après les règles d'une méthode unique : il s'est inspiré des nécessités de la pathologie chirugicale. Ainsi, pour le conduit auditif externe, ce sont les rapports de sa paroi inférieure avec la loge parotidienne, ou avec la cavité glénoïde qui l'ont surtout préoccupé ; pour la caisse du tympan, ce sont les relations de sa paroi supérieure avec la cavité crânienne ; dans l'orbite, ce sont les raports avec les autres cavités de la face, du nez, du sinus maxillaire, etc. Les coupes pratiquées sur le cadavre sont reproduites dans le courant de la description, par des dessins schématiques et coloriés, d'une très-grande clarté.

Le premier fascicule comprend l'étude du crâne, de l'appareil auditif, les organes de la vision, de l'olfaction, et des autres régions de la face : régions parotidienne, massétérine, zygomatique, buccale, etc.

Les nombreux élèves, qui suivent les leçons de M. Tillaux, à l'Amphitheâtre de la rue du Fer-à-Moulin, lui seront reconnaissants d'avoir entrepris lui même la publication de ses cours. Pour nous, nous pouvons leur assurer qu'ils trouveront dans le *Traité d'anatomie topographique*, ces qualités qu'ils aimaient dans les leçons de leur maître : la brièveté, la lucidité d'exposition, les déductions pratiques, la représentation des régions anatomiques par des figures faciles à saisir, et, animant tout cela, un vif désir d'être utile à ses auditeurs. H.D.

VARIA

Souscription pour les inondés.

En transmettant à nos lecteurs, dans le dernier numéro du *Progrès médical*, les renseignements qui nous avaient été communiqués sur l'organisation d'un Comité destiné à recueillir les souscriptions pour les Inondés du Midi, nous rappelions que nous étions toujours disposés à prêter notre concours à toute œuvre généreuse inspirée par l'esprit de fraternité et de solidarité. D'où qu'elle vienne, l'initiative individuelle, en pareille circonstance, doit être encouragée.

Toutefois, nous ne nous faisions aucune illusion sur la destinée de ce Comité, et, abstraction faite des opinions religieuses de ses membres, nous savions parfaitement qu'on se pose-

rait les questions suivantes : « Qui les a nommés ? Que sont-ils ? etc. » Et nous nous sommes pris à regretter alors l'insuccès des tentatives faites naguère pour créer une *Association fraternelle des étudiants en médecine* et plus récemment pour fonder un *Cercle des internes en médecine*. De telles institutions, si elles existaient, rendraient dans les circonstances de ce genre, des services considérables. L'initiative de leurs bureaux ou de leurs conseils d'administration se comprendrait sans peine, couperait court à des discussions oiseuses et aurait, en outre, l'immense avantage de permettre d'agir immédiatement.

— Le Comité Le Garrec a disparu et, à la suite d'une réunion qui a eu lieu le 3 juillet dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, la décision suivante a été prise.

MM. les étudiants en médecine de la Faculté de Paris sont prévenus que la souscription pour les inondés sera ouverte du lundi 5 juillet au samedi 10 inclusivement. Les souscriptions seront reçues dans le cabinet de M. le doyen tous les jours de une heure à cinq heures, par MM. les étudiants dout les noms suivent :

Lundi. — MM. Hellet, rue Blainville, 6 ; Constantin, rue des Ecoles, 27.
Mardi. — MM. Fesq et Chambige, rue des Bernardins, 35.
Mercredi. — MM. Lochard, rue Racine, 23 ; Lemaire, rue des Ecoles, 18.
Jeudi. — MM. Verneuil et Dupont.
Veudredi. — MM. Cotret, rue des Bernardins, 35 ; Thiellé, rue Jacob, 25.
Samedi. — MM. Béranger, rue Gozlin, 1 ; Froger, rue du Four.

N. B. — Le montant de la souscription sera adressé, ainsi qu'il a été convenu, au journal *Le Temps*, qui l'enverra directement au comité de Toulouse.

Cette décision n'a pas été du goût des étudiants qui trouvent l'enseignement de l'Ecole de médecine déplorable, et l'un de leurs journaux, l'*Univers* s'est empressé de jeter l'injure à la face de l'immense majorité des étudiants en médecine. L'injure est, d'ailleurs si grossière, qu'elle ne méritait pas autre chose que le mépris. — Cependant les membres du nouveau comité ont cru devoir adresser à l'*Univers* la lettre suivante :

*A monsieur le rédacteur en chef de l'*Univers.

Monsieur le rédacteur,

On lit dans votre numéro du 8 juillet :

« Après que le charivari de l'autre jour eut fait fuir de l'amphithéâtre une grande partie de l'assistance ; une douzaine d'étudiants sont restés, et d'eux-mêmes, et sans autre délégation, se sont constitués en comité. »

Il est vrai, monsieur, que nous sommes douze, et que nous sommes constitués en comité. Mais là s'arrête l'exactitude de vos informations. Le comité a été constitué le 3 juillet, à l'issue de la réunion, avec l'assentiment de la majorité des étudiants.

Forts de cet assentiment, nous profitons de notre qualité de *délégués* pour vous remercier, au nom des étudiants de la Faculté de Paris, de la publicité dounée par vous à notre souscription. Nous accomplissions un devoir de charité, et pensions l'accomplir sans bruit. En doutant de la charité des étudiants en médecine, vous la manifestez au grand jour.

Il est bien d'autres faits dénaturés par vous dans votre article. Nous nous proposons de faire l'histoire véridique et non « quelconque » de ce qui s'est passé.

Francis Fesq. — Coltret, B. — Thiellé. — Henry Lemaire. — Léon Châmbige. — Paul Hellet. — Georges Verneuil. — Dupont. — Constantin. — Froger. — Bérenger. — Lochard, *Etudiants en médecine*.

— Quant à la question personnelle au comité, ses membres la tranchent en opposant à M. Veuillot un démenti formel. Ces douze étudiants ne se *sont pas constitués eux-mêmes* eu comité. Ce sont douze étudiants de bonue volonté, sortis des rangs à l'issue de la séauce de samedi, et acceptaut la charge de recevoir les souscriptions de leurs camarades.

Du reste, la grande majorité des étudiants est avec eux, les chiffres suivants en font foi :

Le 1er jour, le comité a reçu	383	
Le 2e jour,	586	
Le 3e jour,	601	
Total des trois jours	1.570	
Plus, versés par M. Le Garrec,	326	50
Total	1.896	50
8 juillet, 4e jour de la souscription,	448	
Total général	2.344	50

— La souscription doit être close demain soir *samedi* ; nous encourageons vivement tous les Etudiants à porter le montant de leur souscription ; nous engageons aussi, ceux, en grand nombre, qui ont déjà souscrit ailleurs, à porter une nouvelle offrande. Ce sera là une excellente réponse à de grossières injures.

Prix de l'Académie.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1875. *Prix de l'Académie*. Question : « Du traitement des anévrysmes par les différents modes de compression. » Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. Les candidats sont libres d'adresser un mémoire *sur un sujet quelconque* d'anatomie pathologique. Toutefois l'Académie croit devoir recommander à leur atteution les sujets suivants : 1° Du cancer secoudaire des os ; 2° Des atrophies musculaires ; 3° Des diverses espèces de cirrhose du foie. Ce prix sera de la valeur de 2000 fraucs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. Questiou : « De l'insomnie. » Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

Prix fondé par M. le Dr Capuron. Ce prix sera décerué au meilleur travail inédit *sur un sujet quelconque* de la scieuce obstétricale. Il sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Barbier. (Voyez plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Ernest Godard. Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Amussat. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches hasées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimeutation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Lefèvre. Question : « De la mélaucolie dans ses rapports avec la paralysie générale. » Ce prix sera de la valeur de 300 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1869 à 1875), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix sera de la valeur de 8000 francs.

Prix proposé par la commission de l'hygiène de l'enfance. Question : « Détermiuer les chiffres de la mortalité des eufants de zéro jour à un an. 1° Suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaiue pendant le premier mois ; puis de un à trois mois, de trois à six, de six à neuf, de neuf à douze mois ; 2° Suivant le sexe ; 3° Suivant l'état civil ; 4° Suivant les lieux, c'est-à-dire par département et daus les plus grandes villes ; 5° Suivant les mois de l'année. » Ce prix sera de la valeur de 1200 francs.

Prix fondé par M. le Dr Saint-Lager. (Extrait de la lettre du foudateur). « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'uu prix de pareille somme, destinée à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienue à la suite de l'administration, aux auimaux, de suhstances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expérieuces auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1875. *Prix de l'Académie*. Question : « Etude comparée des divers modes de pansement des graudes plaies. » Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. Question : « Au meilleur mémoire *sur un sujet quelconque* d'auatomie pathologique. » Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. Question : « Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie. » Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Capuron. Question : « Des altérations du placenta et de leur influence sur le développemeut du fœtus. » Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Barbier. Ce prix sera décerué à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurahles, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le hut iudiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Ernest Godard. Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1000 francs.

36. Gargarisme contre les ulcérations syphilitiques (*Ibid.*)

Sublimé	0 gr. 10.
Glycérine	15 —
Eau	250 —

Cours complet d'anatomie. — M. le Dr Laskowski, professeur libre recommencera son cours complet d'anatomie descriptive, le lundi 12 juillet prochain, à 3 h. de l'après-midi, dans son amphithéâtre particulier, rue Monsieur-le-Prince, 29, et le coutinuera tous les jours à la même heure. Ce cours durera trois mois et sera terminé au commencement d'octobre. Il est spécialement destiné aux élèves qui désirent passer leur premier examen de doctorat ou le deuxième de fin d'année immédiatement après les vacances, ainsi qu'à ceux qui doivent se présenter au mois d'octobre au concours de l'externat.

Accouchements. — M. Migon commencera un nouveau cours le mardi 13 juillet à 8 heures du soir, rue du Jardinet, n° 13, ou l'on peut s'inscrire.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — *Chirurgie.* Service de M. Després. Salle Cochin (H.): 12, phlegmou des paupières; 19, plaie de la paume de la main; 7, fracture du péroné; 23, fracture de jambe compliquée. — Baraque III H.): 14 et 19, entorse de l'articulation radio-cubitale inférieure; 11, nécrose du maxillaire inférieur.

Médecine. Service de M. Bucquoy. Salle Saint-Jean (F.) : 6, 7, 8 et 23, fièvres typhoïdes; 11, péritonite tuberculeuse; 17, pleurésie tuberculeuse. — Salle St-Philippe (F.) : 7, rougeole; 10, ictère catarrhal; 15, rhumatisme articulaire. — Salle Sainte-Marie (F.) : 2, état puerpéral, thrombose de la veine cave supérieure; 6, kyste hydatique du foie, guérison par ponctiou aspiratrice.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy. Leçons sur les maladies de la peau, le veudredi à 9 h. — Conférences sur les *teignes*, par M. Lailler, tous les mardis à 9 b.

Hôtel-Dieu. — M. Béhier. Clinique médicale, lundi et veudredi, à 9 h. — Leçons sur les maladies des femmes : M. Guérin, lundi à 9 h.

Hôpital Lourcine. — M. Alf. Fournier : Leçons cliniques tous les jeudis à 9 b.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Henri Gipoulou, interne provisoire des hôpitaux de Paris. Ami intime de Vallerian, dont la mort l'avait beaucoup affecté, il a succombé comme lui, à une affection contractée dans son service à l'hôpital des Enfants. Il meure dans sa 24e anuée, d'une angiue diphtéritique.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 2 juillet 1875, on a coustaté 812 décès, savoir : variole, 9; — rougeole, 24; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 16; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 23; — pneumonie, 48; — dysseuterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 16; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 19; — croup, 9; — affections puerpérales, 8; — autres affections aiguës, 256, — affections chroniques, 302, dont 149 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 43; — causes accidentelles, 29.

Londres. — Population 3,445,160 babitants. Décès du 20 au 26 juin 1,413, savoir : variole, 2; — rougeole, 25; — scarlatine, 62; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 6; — bronchite, 92; — pneumonie, 64; — dyssenterie, »; — diarrhée, 77; — *choléra nostras*, 5; — diphthérie, 12; — croup, 8, — coqueluche, 62.

La ville de Bordeaux est-elle menacée d'une invasion de la fièvre jaune ? M. Armaingaud ayant été chargé de faire un rapport sur cette questton à la *Société de médecine de Bordeaux* a terminé son travail par les conclusions suivantes qui ont été adoptées :

1° La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux s'associe énergiquement et sans réserve aux réclamations du conseil sanitaire de la Gironde, du directeur du lazaret de Pauillac, de la Chambre de Commerce de Bordeaux et de l'administration municipale. La ville de Bordeaux est menacée de l'invasion de la fièvre jaune si des mesures immédiates et énergiques ne sont pas prises pour isoler et mettre en quarantaine de rigueur les navires qui vont arriver prochainement des pays atteints par la fièvre jaune;

2° En attendant que les travaux d'agrandissemeut du lazaret de Pauillac soient effectués, ces mesures doivent consister daus la construction rapide de baraquements destinés au logement des quarauteuaires, et, pour parer aux besoins les plus pressants, dans l'iustallatiou immédiate des pontons ou lazarets flottants réclamés par le conseil sanitaire de la Gironde;

3° La santé publique n'ayant pas été suffisammcnt protégée jusqu'ici, la société de médecine a cru devoir iuterveuir et n'hésite pas à déclarer que, si la fièvre jaune venait à nous envabir, la responsabilité en retomberait sur *l'administration supérieure* qui, depuis cinq aus, a été suffisamment avertie. (*Bordeaux médical.*) Que dira M. l'inspecteur Fauvel ?

Facultés et Ecoles de pharmacie. — « Article premier. — Il est ouvert au Ministère de l'Instruction publique des Cultes et des Beaux-Arts, sur l'exercice 1874, section 1re, chapitre VII, un crédit supplémentaire de 150,320 fr. 75 applicable aux dépenses de facultés et d'écoles de pharmacie.

» Art. 2. — Il sera pourvu à cettc dépeuse au moyen des ressources de l'exercice 1874. »

Les deux articles du projet de loi sout successivemeut mis aux voies et adoptés et le projet dans son ensemble est soumis à un scrutin dont le dépouillement donne pour résultat : pour l'adoption, 564; — contre, 1.

Crémation. — Le gouvernement du duché de Gotha vient de publier une ordonnance qui autorise la crémation des morts (*Temps*, du 2 juillet).

Elections. — M le Dr Maréchal, candidat républicain, a été élu conseiller général pour le canton de Wattigny Aisne).

Choléra. — *Le Petit Marseillais*, qui avait fait connaître l'existence d'uue épidémie en Syrie, vient de publier à ce sujet la note suivante : «D'après des renseignements puisés à bonne source, il résulte que les hruits au sujet du choléra en Syrie se résument à très-peu de choses. Des lettres d'Alep, à la date du 7 juin, mentionnent seulement quelques légers cas de cholérine, produits par les fruits plus hâtifs que dans nos contrées (l'abricot). Ensuite à la date du 10 juin, de Beyrout, uue lettre siguale dans le nord de la Syrie, à Homs et à Hama, sur la lisière de l'Arabie (ces deux villes ont une population de 10,000 habitants), quelques cas de choléra (3 ou 4) qui ont fait apparition dans ces deux villes par le déplacement des troupes turques venant de l'Arabie (Hodeidah et Djeddah), lesquelles ont importé cette épidémie; mais elle est circonscrite par quelques cas isolés qui ne présentent pas un caractère sérieux et alarmant. Hodeidah et Djeddah sont distantes de 25 à 30 jours d'étape de Homs à Hama. Le choléra morbus a beaucoup perdu de sa furie depuis quarante ans.

— M. le professeur Pajot, à la fin de sou cours, a prié Messieurs les étudiants qui avaient ouvert une souscription pour lui offrir une médaille, de reporter leurs offrandes sur la souscription en faveur des inoudés.

— Le Muséum vient de faire une perte considérable dans la personne de M le professeur Deshayes, dont les travaux sur la conchylialogie sout si appréciés du monde savaut. M. Desbayes était presque octogénaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — Si nous sommes hien informés, la faculté de médecine de Montpellier vient de présenter en première ligne M. Dubrueil, agrégé de la faculté de médecine de Paris, pour la place de professeur de clinique chirurgicale actuellement vacante par la mort de M. Moutet.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jacquemet. agrégé, est rappelé à l'activité pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1874-1875.

On demande un MÉDECIN ASSOCIÉ dans un établissement hydrothérapique en pleiue prospérité, dans une ville de province. — Clientèle facile en dehors de l'établissement. S'adresser aux bureaux du journal de midi a quatre heures.

Librairie GERMER BAILLIÈRE, 17, r. de l'École-de-Médecine

Delmas (P.) Des paraplégies hypérémiques et ischémiques traitées par l'hydrothérapie. In-8° de 50 pages.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Daguenet (V.). Manuel d'ophthalmoscopie, diagnostic des maladies profondes de l'œil. In-18 de 168 p. 4 fr.

Schroeder (Carl.). Mauuel d'accouchements. Iu-8 de VIII-744 p. avec 135 fig. 14 fr.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Voisin (A.) De l'emploi du bromure de potassium daus les maladies nerveuses. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. In-4 de 258 pages et une planche coloriée. 8 fr.

Librarie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bourneville. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. 1er fascicule : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau.* In-8 de 168 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50. 2e fascicule : *Urémie et éclampsie puerpérale*; — *Epilepsie et hystérie.* In-18 de 160 pages, avec 14 figures : 3 fr.

Balestre. (A.) Du rôle de l'inanition dans la pathologie. Thèse d'agrégation In-8 de 92 p. 2 pages, 2 fr. 50.

Bouland (P. . Recherches anatomiques sur les courbures uormales du rachis. Iu-8 de 28 pages.

Brongniart (J.). De la goutte viscérale. In-8° de 23 pages.

Calvet (J.-B.). Contribution à l'histoire des suites de couches normales et pathologiques, In-8 de 60 pages avec tracés, 2 fr.

Carion F.). Contribution à l'étude symtomatique et diagnostique de l'hémorrhagie cérébelleuse In-8 de 70 pages, 2 fr.

Chevalet (H.) Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur In-8 de 136 pages, avec 2 plauches, 3 fr.

Chirone (V.). Mécanisme de l'action de la quinine sur la circulatiou. In-8 de 68 pages 1 fr. 50.

Courjon (A.) Etude sur la paraplégie dans le mal de Pott. Iu-8 de 70 p., 2 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — TYP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. HAYEM, agrégé, suppléant M. le professeur BOUILLAUD.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde.

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PARIS, externe du service.

PREMIÈRE LEÇON. — 12 novembre 1874.

Messieurs,

Vous aurez souvent l'occasion dans le cours de votre pratique de donner des soins à des malades atteints de fièvre typhoïde. Dans des circonstances malheureusement assez fréquentes, vous serez en présence de phénomènes d'une haute gravité. Vous constaterez chez vos malades une faiblesse plus ou moins grande du pouls, une congestion cyanique de la face, et un refroidissement des extrémités.

En présence de ces signes qui se montreront surtout dans la forme ataxo-adynamique, vous porterez un pronostic fatal qui souvent se réalisera. D'autres fois, au contraire, la maladie vous offrira un tableau moins alarmant et vous paraîtra bénigne ; elle suivra un cours régulier, vous annoncerez la convalescence, ou bien même celle-ci étant commencée, vous compterez sur la guérison, et, tout-à-coup, sans que rien ait pu vous le faire présager, votre malade succombera dans une syncope. Dans ces deux cas, si opposés en apparence, la mort sera la conséquence de troubles cardiaques.

Vous voyez donc de quelle importance est pour le clinicien l'étude des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. C'est sur ce point que je désire attirer votre attention.

Les phénomènes qu'on observe du côté du cœur dans cette maladie sont d'ailleurs extrêmement fréquents. La mort, heureusement, n'en est pas toujours la conséquence et, bien souvent, vous les observerez dans les formes bénignes.

Vous pouvez étudier, en ce moment, un exemple de ce genre, chez le malade du n° 16 (bis) de la salle Saint-Jean de Dieu.

C'est un jeune médecin de Berne âgé de 23 ans. Il quitta la Suisse dans les premiers jours de septembre pour terminer ses études en visitant les facultés françaises.

Il se dirigea d'abord vers Lyon. A cette époque régnait dans cette ville une épidémie de fièvre typhoïde, et ce jeune confrère se trouvait dans les conditions de déplacement et de fatigues physiques qui sont si favorables au développement de cette affection. Aussi, dès le 15 octobre, il est pris d'une céphalalgie frontale intense et en même temps de frissons répétés, de courbature générale.

Au bout de quelques jours, les symptômes s'aggravant, il prend une purgation saline, et malgré une diarrhée assez intense, il continue son voyage vers Paris, où il arrive vers le 8e jour de la maladie. Toutefois, il a encore assez de forces pour gagner à pied son hôtel, et ce n'est que le 31 octobre qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

C'est un jeune homme blond, d'une taille moyenne et d'une constitution assez chétive ; mais il est habituellement bien portant. Le 1er novembre, il était pâle, amaigri, et profondément affaissé ; sa physionomie offrait une certaine hébétude, ses réponses étaient lentes et l'ouïe semblait obscurcie. La fièvre cependant était peu vive ; le thermomètre ne marquait que 37°,8 dans l'aisselle, le pouls était mou, dépressible et battait 100 fois par minute. On trouvait tous les signes d'une fièvre typhoïde légère, arrivée au dix-septième jour de son évolution : bouche un peu sèche, langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche au centre, un peu trémulante ainsi que les lèvres ; appétit nul, soif vive, ballonnement léger, sans gargouillement; mais diarrhée liquide, abondante. Le malade avait eu dix à douze selles dans la nuit. On pouvait observer, de plus, quelques taches rosées lenticulaires peu nettes, disséminées sur le tronc et l'abdomen.

Du côté des poumons, l'auscultation et la percussion ne révélaient que des signes négatifs.

Il n'en était pas de même au niveau du cœur. Il n'y avait pas de modification importante dans la force des contractions cardiaques, pas d'augmentation de la matité; mais, à l'auscultation, on entendait un bruit de souffle systolique, assez rude et intense, ayant son maximum à la pointe et en dedans du mamelon et se prolongeant en s'affaiblissant jusqu'à la base.

Les jours suivants la maladie a évolué d'une manière très-simple ; la diarrhée qui fatiguait beaucoup le malade a cessé le 3 novembre, la température est restée constamment peu élevée ; elle n'a jamais dépassé 38°,8 ; le matin elle était de 37 et le soir de 38 ou 38°,2. L'état général s'est maintenu constamment en rapport avec cette marche de la température. Cependant le bruit de souffle de la région cardiaque a persisté avec la même intensité et la même rudesse et, le 5 novembre, vous avez pu constater qu'on entendait également un souffle doux, systolique, dans les vaisseaux du cou.

Le 6, la défervescence s'est nettement accentuée ; la température qui était de 37 le matin, comme les jours précédents n'a monté le soir qu'à 37°, 2.

Le sommeil était revenu, la physionomie avait pris un aspect plus éveillé et plus intelligent. Du côté du cœur on constatait que le maximum du bruit de souffle avait une tendance à se déplacer vers la droite, on l'entendait au niveau du sternum.

Malgré ces phénomènes cardiaques la défervescence s'est faite sans aucun accident et aujourd'hui sixième jour de la défervescence, la température ne marque dans l'aisselle que 36°. Le malade mange une portion depuis le 7 et, bien qu'il soit encore pâle et amaigri, il ne tardera pas, nous pouvons l'espérer, à reprendre ses forces et à se lever.

On peut encore, malgré ce bon état général, entendre un bruit de souffle assez rude dans la région cardiaque. Le maximum de ce bruit anormal siége vers le milieu du sternum ; de là, il se prolonge vers la base et vers la pointe ; de même le bruit de souffle systolique du côté des vaisseaux du cou persiste. Les contractions cardiaques sont un peu plus fortes que les jours précédents; mais elles sont encore notablement affaiblies et le pouls reste mou, presque filiforme et dépressible. Les tracés sphygmographiques que je mets sous vos yeux et qui ont été pris au moment de la défervescence, offrent des caractères particuliers. Le levier du sphygmographe a été à peine soulevé de 2 à 3 millimètres, et la ligne de descente présente les petites sinuosités qui constituent le polycrotisme.

Vous avez pu observer, il y a quelques jours, des symptômes cardiaques analogues chez un jeune homme de 19 ans, qui est sorti guéri avant-hier et qui était couché au n° 22 (salle Saint-Jean-de-Dieu).

C'était un garçon robuste, malade pour la première fois et qui, au moment de son entrée à l'hôpital, le 19 novembre 1874, était arrivé au huitième jour d'une fièvre typhoïde d'une intensité moyenne. Le onzième jour de la maladie (23 octobre), nous avons noté chez lui pour la première fois un souffle systolique assez rude, dont le maximum était à la pointe au niveau du mamelon. Il n'existait ni frémissement cataire, ni augmentation de la matité transversale, et le choc précordial n'était nullement affaibli.

Les jours suivants, ce bruit de souffle a persisté et s'est

accompagné d'un dédoublement très-net du second temps, à la base. Néanmoins, la maladie a suivi son cours régulier. Du côté des poumons, il n'a existé que des signes de congestion et de catarrhe peu intenses, et rien de particulier du côté de l'encéphale. Le vingtième jour de la maladie, le souffle systolique de la pointe était difficile à entendre et le lendemain il avait totalement disparu. Cette disparition a coïncidé très-exactement avec une chute de la température de 39°,4 à 37°,6, c'est-à-dire avec la défervescence.

La convalescence a été assez rapide; mais le malade, tout en s'améliorant, était devenu pâle et il présentait jusqu'au moment où il a quitté le service, tous les signes de l'aglobulie: décoloration de la peau et des muqueuses, bruit de souffle doux à la base du cœur et souffle continu et musical dans les vaisseaux du cou. Notez bien ce fait que c'est au moment où le souffle intense et un peu rude de la pointe a disparu, et que la défervescence s'est accentuée, que sont survenus les signes de l'aglobulie.

J'appellerai encore votre attention sur la malade qui est couchée au n° 17 de la salle Sainte-Madeleine. C'est une femme de 23 ans, petite, chétive, et qui est entrée à l'hôpital, il y a 3 jours, soit le 9 novembre.

Dès notre premier examen nous avons reconnu chez elle tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, arrivée au dixième jour environ de son évolution. Peu souffrante pendant les premiers jours, la malade ne gardait le lit que depuis 2 jours. Elle offrait tous les symptômes classiques de la forme dite abdominale, et, entre autres phénomènes caractéristiques, on constatait une diarrhée intense, du ballonnement du ventre, une sensibilité assez vive dans la fosse iliaque, mais pas de gargouillement; on trouvait de plus quelques taches rosées lenticulaires peu nombreuses et encore peu nettes sur la paroi abdominale.

Dans ce cas encore j'ai pu vous faire remarquer des phénomènes cardiaques analogues à ceux qui se sont montrés chez les deux malades précédents et en examinant cette malade avec un peu d'attention, il vous sera facile de les étudier. Ils consistent surtout dans la présence d'un bruit de souffle très-net, couvrant le premier temps et ayant son maximum d'intensité à la pointe. C'est un souffle bref, mais un peu rude, ayant les mêmes caractères que celui d'une endocardite aiguë. Après avoir constaté l'existence de ce bruit anomal, si vous placez le stéthoscope à la base du cœur vous entendrez un souffle plus faible et plus doux; vous pourrez noter également dans les vaisseaux du cou un souffle systolique intermittent. Ces derniers signes se rattachent à l'anémie qui sans doute ici existait avant l'explosion de la maladie.

Voilà donc trois malades chez lesquels dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme commune, un examen attentif du cœur a démontré l'existence de symptômes particuliers. Pour comprendre la valeur et la signification de ces manifestations cardiaques, permettez-moi d'essayer de vous tracer le tableau des divers troubles circulatoires qu'on rencontre dans les cas analogues.

C'est là un point encore peu connu de l'histoire de la fièvre typhoïde et, pour en faire l'étude, nous allons passer en revue successivement les trois stades classiques de la maladie et indiquer les signes par lesquels se manifestent les troubles cardiaques à chacune de ces époques.

— Pendant le premier septénaire, alors que l'excitation fébrile est très-grande, et que le tracé thermique indique des oscillations ascendantes, les battements du cœur sont forts et bien frappés; la pointe bat à sa place normale; la région précordiale n'offre rien de spécial; cependant chez les personnes maigres on peut facilement y observer une ondulation plus ou moins étendue. Le pouls est large, régulier et dicrote. Si vous prenez à ce moment le tracé sphygmographique, vous obtenez le type du pouls fébrile. Il est caractérisé par une ligne d'ascension brusque et élevée et par un dicrotisme plus ou moins net.

—Dans le cours ou à la fin du deuxième septénaire, il survient, chez un certain nombre de malades, un bruit de souffle au premier temps. C'est précisément ce qui s'est produit chez les malades que nous étudions. Ce bruit de souffle au moment de son apparition peut être doux et peu intense Son maximum siége à la pointe, dans le voisinage du mamelon; mais il se prolonge jusqu'à la base en s'affaiblissant. Souvent ce bruit systolique a d'emblée l'intensité et la rudesse des souffles organiques, ou bien d'abord peu intense, il s'accentue rapidement et pourrait faire croire à une endocardite. D'ailleurs, il peut varier d'intensité d'un jour à l'autre, ou même se modifier plus ou moins par un changement dans la position des malades, lorsqu'on les ausculte alternativement assis et couchés. C'est également dans le cours du second septénaire, qu'avec ou sans production d'un souffle au premier temps, on voit survenir un dédoublement du second temps dont le maximum de netteté siége à la base, à la naissance des gros vaisseaux.

Dans un certain nombre de cas, malgré ces phénomènes stéthoscopiques, les contractions cardiaques restent énergiques et régulières; ou bien on note seulement un affaiblissement léger de la contraction ventriculaire. Mais chez d'autres malades, cet affaiblissement du choc précordial devient le phénomène prédominant et le rhythme cardiaque peut présenter quelques irrégularités. Ces derniers symptômes appartiennent plus spécialement au troisième septénaire.

L'étude du pouls faite pendant le cours de la seconde semaine nous permet aussi de remarquer quelques particularités intéressantes. Le battement artériel devient plus nettement dicrote; mais aussi il est plus dépressible. Dans les tracés sphygmographiques on remarque une ligne verticale, brusque, plus élevée encore que dans le stade précédent et chez quelques malades on obtient quelques irrégularités dans la longueur des pulsations ou même de véritables intermittences. Vous pourrez lire dans Chomel (*Traité de la fièvre typhoïde*), l'observation d'un malade qui présentait des intermittences du pouls dans le cours de la seconde semaine et qui est mort de syncope. Depuis on a observé bon nombre de faits semblables. Pendant ce même stade l'auscultation des vaisseaux du cou fait entendre souvent un souffle doux et systolique. (*A suivre*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Des artères centrales.

Messieurs,

Les trois grandes artères du cerveau prennent part, vous ne l'avez pas oublié, à la formation du *système artériel des masses ganglionnaires centrales*; mais elles y prennent une part inégale.

a) Ainsi, c'est de beaucoup à l'*artère sylvienne* que revient la prédominance. Elle fournit: 1° à la plus grande partie du *noyau caudé;* 2° au *noyau lenticulaire* tout entier; 3° à une portion de la *couche optique;* 4° à toute l'étendue de la *capsule interne*.

b) Dans ce système, la *cérébrale antérieure* a, au contraire, des attributions fort modestes. Elle artérialise seulement la tête du noyau caudé et encore sa participation n'est-elle pas constante.

c) Quant à la *cérébrale postérieure*, son rôle est plus important et assez caractéristique. Cette artère dont la distribution est très-étendue, puisqu'elle envoie des branches aux plexus choroïdes, aux parois ventriculaires, etc., fournit, en ce qui concerne les masses centrales, aux régions suivantes: 1° à la partie interne et postérieure de la

1 Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 —*Errata*. Page 382, ligne 39, au lieu de « du pied de la couronne rayonnante, » *lisez* « du pied du *pédoncule*; » — ligne 45, au lieu de « fibres de la couronne rayonnante » *lisez* « du pied du pédoncule, » — ligne 69, au lieu de « contenant » *lisez* « prolongeant; » — ligne 72, ajoutez après « en faveur de » les mots « l'existence de. » — La fig. 32 est empruntée à M. *Huguenin* et la fig. 33 à M. *Meyner*.

couche optique; 2° aux tubercules quadrijumeaux; 3° à l'étage supérieur du pédoncule.

Les *planches* que je fais passer sous vos yeux (*Fig. 36* et 37), et sur lesquelles les territoires vasculaires sont sépa-

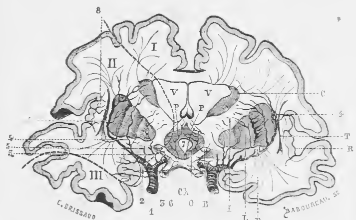


Fig. 36. — Coupe transversale des hémisphères cérébraux, faite à un centimètre en arrière du chiasma des nerfs optiques — Artères du corps strié. — Ch, chiasma des nerfs optiques; — B, section de la bandelette optique; — L, noyau lenticulaire du corps strié; — I, capsule interne ou pied de la couronne rayonnante de Reil; — C, noyau caudé ou intra-ventriculaire du corps strié; — E, capsule externe; — T, noyau tæniforme, avant mur; — R, circonvolution de l'insula; — V, V, coupe des ventricules latéraux; — P, P, piliers du trigone; — O, substance grise du troisième ventricule qui se continue en arrière avec la couche optique.

Territoires vasculaires. — I, artère cérébrale antérieure; — II, artère sylvienne; — III, artère cérébrale postérieure. — 1, artère carotide interne; — 2, artère sylvienne; — 3, artère cérébrale antérieure; — 4, 4, artères externes du corps strié (lenticulo-striées); — 5, 5, artères internes du corps strié (artères lenticulaires). Les artères lenticulo-striées ne sont pas représentées ici. (Cette figure est faite d'après une planche de M. Duret).

rés par des lignes ponctuées, vous rendront plus facile la compréhension de tous ces détails.

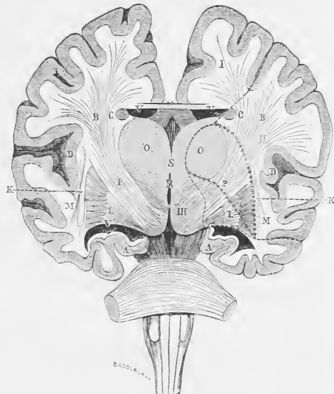


Fig. 37. — Coupe verticale et transversale du cerveau faite en arrière des tubercules mamillaires ou en avant des pédoncules. — S, commissure grise; — O, O, couches optiques; — U, ventricule latéral, — U', sa corne sphénoïdale; — P, P, capsule interne ou pied de l'expansion pédonculaire; — L L noyau lenticulaire; — K, capsule externe; — M M, avant mur; — R, troisième ventricule; — A, Corne d'Ammon.

Territoires vasculaires. — I, artère cérébrale antérieure; — II, artère sylvienne; — III, artère cérébrale postérieure.

Seule, la description des *artères striées* nécessite quelques développements. Quand elle sera faite, nous pourrons vous exposer brièvement les notions qu'il est essentiel de connaître relativement aux artères centrales issues soit de la cérébrale antérieure, soit de la cérébrale postérieure.

Emanées du bord supérieur de la sylvienne, les artères striées pénètrent dans les trous de l'espace perforé antérieur où bientôt on les perd de vue. Mais une préparation fort simple permet de les suivre dans la première partie de leur trajet intra-cérébral. J'appelle votre attention sur la disposition que je vais décrire, parce qu'elle est indispensable à l'intelligence de faits importants à savoir pour la théorie de l'hémorrhagie cérébrale vulgaire.

Cette préparation consiste à détruire successivement l'écorce grise de l'insula, la substance blanche sous-jacente, l'avant-mur et enfin la capsule interne. On met ainsi à nu la surface externe du noyau lenticulaire dans toute son étendue. Si la préparation a été faite avec quelque soin, sur un cerveau bien injecté, — et cette préparation est facile parce que dans sa partie frontale au moins, le noyau lenticulaire est, pour ainsi dire, naturellement détaché de la capsule externe, — on peut suivre la première partie de la distribution des principales artères striées. On voit, grâce à cet artifice, qu'elles forment comme un éventail à la surface du noyau gris. Mais, à une assez courte distance de leur origine, elles s'enfoncent dans l'épaisseur même du troisième segment où on les perd de vue.

Maintenant, Messieurs, c'est sur des coupes transversales qu'il faut suivre la distribution ultérieure des artères striées.

Une première coupe, pratiquée en arrière du chiasma (*Fig. 36*), nous montre seulement le noyau caudé et le noyau lenticulaire, la couche optique étant plus postérieure. On retrouve sur cette coupe, dans leur trajet plus profond, les artères que nous avions tout à l'heure sous les yeux. En outre, on découvre d'autres artérioles plus petites à la surface externe du noyau lenticulaire, et qu'on peut appeler *internes;* après s'être détachées du tronc de la sylvienne, elles s'élèvent presque verticalement dans les deux premiers segments du noyau lenticulaire et dans les parties attenantes de la capsule interne.

D'un intérêt plus grand sont les *artères striées externes*, celles qui dans la première partie de leur trajet rampent sur la face externe du noyau lenticulaire. Elles doivent être divisées en deux groupes : le premier groupe est antérieur et les artères qui le composent sont les *artères lenticulo-striées;* — le second groupe est postérieur; les artères qui le constituent sont les *artères lenticulo-optiques*.

L'une des artères du groupe antérieur, est surtout importante à cause de son volume et de son rôle prédominant dans l'hémorrhagie intra-encéphalique : on serait, en quelque sorte, autorisé à lui imposer le nom d'*artère de l'hémorrhagie cérébrale*. Après avoir pénétré dans le troisième segment, elle traverse la partie supérieure de la capsule interne, puis arrive dans l'épaisseur du noyau caudé. Elle se continue ensuite jusqu'aux régions les plus antérieures de ce noyau, en se dirigeant d'arrière en avant.

La distribution de cette artère striée, ainsi que celle des artères lenticulo-striées, doit être étudiée sur des coupes pratiquées en avant de celle qui a jusqu'ici servi à notre démonstration.

Les *artères lenticulo-optiques* sont disposées sur le même modèle; seulement, après avoir traversé la partie la plus postérieure de la capsule interne, elles abordent la partie externe et antérieure de la couche optique où elles se répandent.

Je vous rappellerai, Messieurs, qu'il s'agit là d'*artères terminales*, et que si les injections sont poussées trop fort, il s'opère de petites ruptures sur les différents points du trajet des vaisseaux, imitant ainsi tant par le siége que par la forme, les foyers d'hémorrhagie qui se produisent dans l'état pathologique.

Nous n'avons rien de spécial à dire sur la branche ou les branches de la cérébrale antérieure, si ce n'est qu'elles n'existent pas constamment et qu'elles peuvent donner lieu à des hémorrhagies très-circonscrites, mais d'une gravité

réelle, en ce sens que le foyer s'ouvre souvent dans les ventricules.

Quant à l'*artère cérébrale postérieure*, elle mérite dans l'espèce, je le répète, qu'on s'y arrête plus minutieusement, Toutefois, je ne veux m'occuper ici que des artères qu'elle envoie à la couche optique.

Ces artères sont de deux ordres : 1° l'*artère optique postérieure interne*, qui fournit à la face interne de la couche optique, et est capable, dans son trajet ultérieur, d'occasionner des hémorrhagies, peu étendues à la vérité, mais sérieuses comme étant fréquemment suivies d'inondation ventriculaire ; — 2° l'*artère optique postérieure externe*, qui traverse une partie du pédoncule cérébral, avant d'entrer dans la portion postérieure de la couche optique. Les ruptures de ce vaisseau déterminent des hémorrhagies qui fusent souvent dans l'épaisseur du pédoncule cérébral.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notes et observations sur le tétanos traumatique,

Par **A. CARTAZ**, interne des hôpitaux (1).

Sans m'étendre d'avantage sur ces considérations thérapeutiques, je passe à l'examen d'un point plus délicat.

Un des symptômes prédominants du tétanos est l'élévation remarquable de la température, élévation graduelle et rapide, atteignant parfois des chiffres considérables. Ces élévations, vraiment excessives, ne se rencontrent qu'exceptionnellement (42°— 43°, Billroth, Leyden, Monti, Quincke...), mais les chiffres de 40°, 41° sont notés dans toutes les observations. Dans un cas, on a vu jusqu'à 44° 75 (Wunderlich). Unterberger, professeur à l'école vétérinaire de Dorpat, a constaté chez les chevaux dans les cas de tétanos mortels des températures de plus de 42°.

Cette hyperpyrexie est une conséquence directe du spasme masculaire, mais ce spasme lui-même est-il sous la dépendance d'une lésion du système nerveux ? C'est ce que nous allons examiner.

Nous disons que la contraction musculaire est la cause de l'élévation de la température ; à l'état de santé, elle influence à un haut degré la courbe physiologique et ce point a été bien mis en relief par les recherches de Becquerel et Breschet, Matteucci, Helmholtz, John Davy. Dans un travail remarquable, publié en 1861 dans les *Archives de médecine*, Béclard confirmait ces données ; de plus, par une série d'expériences fort ingénieuses, il arrivait à prouver que la quantité de chaleur produite par la contraction musculaire est plus grande si cette contraction est statique que si elle est dynamique.

En produisant un tétanos expérimental au moyen de la strychnine, M. Muron (*Soc. de Biologie*, 14 juin 1873) obtenait une élévation constante de la température due exclusivement aux contractions musculaires ; on ne peut établir une analogie complète entre le tétanos traumatique et le tétanos artificiel, mais on peut sans aucun doute tirer de ces expériences, des conclusions en grande partie applicables à l'un et à l'autre.

La clinique nous fournit du reste des faits confirmatifs et en se reportant aux observations, on voit que, d'une façon générale, il y a une relation entre l'élévation thermométrique et le nombre, l'intensité ou la généralisation des secousses convulsives.

Ce fait de l'hyperpyrexie paraît bien dû à la contraction musculaire ; du reste, les troubles du système nerveux central ou périphérique ne sont rien moins que constants et bien définis ; que l'on admette comme cause première un agent infectieux (Griesinger, Billroth, Roser) que l'on regarde avec la plupart des chirurgiens, le tétanos comme une névrose réflexe, les lésions nerveuses semblent plutôt secondaires que primitives et ne peuvent entrer pour rien dans la production immédiate de ce symptôme morbide, chaleur excessive.

(1) Voir les n°s 27 et 28.

Le cerveau, examiné dans un grand nombre de cas, n'a absolument rien révélé de particulier ; la teinte hortensia observée dans plusieurs cas, se retrouve dans une foule d'autres affections.

Du côté de la moelle, les altérations paraissent plus fréquentes ; depuis la simple congestion jusqu'au ramollissement on a rencontré macroscopiquement toutes les variétés de consistance et d'inflammation apparente. Depuis les faits de Thompson et de Gœlin trouvant une inflammation du bulbe chez les nouveau-nés succombant au trismus, depuis l'observation de Monod où la moelle était diffluente dans une notable étendue de la région cervico-dorsale, bien des auteurs ont cru voir la lésion pathognomonique du tétanos. Bouillaud, Gendrin, Combette ont rencontré des inflammations avec ramollissement, tantôt dans toute l'épaisseur, tantôt localisée aux cordons antérieurs. Dans la discussion soulevée à la Société de Chirurgie, M. Broca disait avoir rencontré dans sept autopsies des lésions consistant soit en congestion du tissu médullaire, soit en un ramollissement, une véritable diffluence de la substance qui revêt une coloration rose ; dans l'immense majorité des cas, on n'a absolument rien trouvé, la moelle était saine.

L'histologie, en pénétrant plus avant, n'est pas venue éclairer la question. Rokitansky, un des premiers, avait signalé une prolifération aiguë du tissu conjonctif avec lésion consécutive des éléments nerveux. Demme confirme ce fait, Leyden, Tommasi, le nient. Lockhart Clarke a rencontré, surtout dans le voisinage des vaisseaux et sur les côtés du canal central, de petits foyers qu'il a décrits sous le nom de plaques de désintégration granuleuse. Cette altération a été vue par d'autres observateurs. Cependant M. Joffroy dit n'avoir jamais constaté qu'une congestion sanguine plus ou moins intense, congestion pouvant aller jusqu'aux ruptures vasculaires et par suite aux hémorrhagies interstitielles.

Dans un travail portant sur l'étude détaillée de quatre autopsies de tétaniques *Arch. de Physiologie, 1872*,) M. Michaud a observé des lésions siégeant sur la commissure postérieure, que leur ressemblance dans les quatre cas lui fait considérer comme essentielles dans le tétanos. M. Ranvier, sur des moelles examinées peu d'heures après la mort, n'a rien trouvé et nous-mêmes nous n'avons rien reconnu de spécial dans les faits que nous avons observés.

Voici le résumé de cet examen fait sous le contrôle de M. le professeur Vulpian et pour lequel notre collègue et ami, M. Raymond, nous a obligeamment prêté son concours :

Le cerveau, dans les deux cas, ne présentait aucune altération ; point d'athérome des artères. Sur des coupes, on voyait distinctement, dans les corps opto-striés, des traces de congestion accusées par la teinte hortensia de la substance nerveuse.

Les vaisseaux de la pie-mère rachidienne sont remplis de sang ; on dirait, dans certains points, que la surface de la moelle est recouverte de sang et qu'il y a eu comme un épanchement hémorrhagique ; mais il n'y a en réalité aucune hémorrhagie. — Pas de lésions méningées. Pas de ramollissement de la moelle. — Sur des coupes, on voit que les vaisseaux de la moelle sont également dilatés et remplis de globules sanguins.

Après durcissement convenable, sur des coupes minces, on voit que la substance est normale. Le tissu des cornes (névroglie et cellules nerveuses) est sain. La gaîne de quelques-uns des vaisseaux contient quelques noyaux ; mais il est difficile de dire s'ils sont un produit pathologique ou le résultat des moyens employés pour la préparation et qui auraient mis en évidence quelques-uns d'entre eux.

Il n'y a donc rien de spécial et de caractéristique dans les lésions de cet appareil et on serait presque en droit d'invoquer une cause infectieuse, une altération primitive du sang qui ferait du tétanos une pyrexie à forme particulière.

Cette opinion repose sur quelques faits qui ont peu attiré l'attention jusqu'ici et qui ont cependant une valeur incontestable. Je ne parlerai pas du fait de Griesinger qui, dans une autopsie de tétanique, a rencontré avec une ané-

mie du foie et de la rate, une intumescence des plaques de Peyer et une obstruction des pyramides rénales par des cylindres récents ; mais il survient dans le cours du tétanos des altérations musculaires qui se produisent avec une très-grande rapidité et d'autre part les produits de décomposition sont rejetés en moindre quantité.

Dans notre observation V, nous avons constaté que la proportion d'urée était sensiblement au-dessous de la normale ; le dosage ne nous a donné que 15 grammes d'urée par litre. M. Terrier a publié récemment à la Société de Chirurgie un fait de tétanos dans lequel le malade, dans les vingt-quatre heures, rend à peine un litre d'urine qui contient 11 grammes d'urée ; le tétanos eut une marche fort rapide et l'autopsie ne put être faite.

Dans deux cas de tétanos observés chez le cheval, Senator dit n'avoir constaté dans l'urine qu'une faible proportion d'urée ; de même dans un cas, avec élévation de la température centrale, observé chez l'homme et terminé par la mort, il a trouvé l'excrétion d'urée au-dessous du taux normal (*Virchow's Archiv*, octobre 1869).

Les muscles, avons-nous dit, sont altérés ; rien de plus simple à expliquer avec un état de contracture permanente et poussée à ses dernières limites ; mais ce qui est moins explicable, si on rapporte ces altérations à la simple contraction, c'est la rapidité avec laquelle elles apparaissent. Zenker l'avait constaté et Hayem, dans deux autopsies de tétaniques (Communicat. orale) a noté un état de dégénérescence granuleuse plus ou moins prononcé. Cruveilhier avait signalé des hémorrhagies musculaires des masses sacro-lombaire et cervicale ; ces hémorrhagies sont dues à la rupture des muscles altérés et cette rupture elle-même serait due, d'après Virchow et Rokitansky, à des convulsions. Dans une de nos autopsies, nous avons rencontré une myosite cardiaque assez avancée, mais sans foyers hémorrhagiques.

M. Hayem a observé à l'hôpital Beaujon un fait qui vient à l'appui de cette idée d'une altération primitive du sang : un malade non blessé est pris, sous l'influence du froid, de trismus et en même temps d'un peu de paralysie faciale ; quelques jours après il s'y joint de l'opisthotonos et le trismus était devenu si intense que M. Hayem a craint un moment de voir le malade mourir de faim. Pendant le cours du tétanos, il survint une *endocardite aiguë* qui fut traitée par les moyens usités ; les accidents tétaniques disparurent, mais le malade sortit de l'hôpital avec une altération valvulaire.

Sans nous étendre davantage sur ces considérations théoriques qui appartiennent encore au domaine de l'hypothèse, nous croyons qu'il y a une autre voie à aborder dans la recherche de la pathogénie du tétanos que l'étude du système nerveux ; ces troubles de nutrition méritent d'être étudiés avec soin et pourront peut-être conduire à une solution définitive, si on les rapproche des autres lésions.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La liberté de l'Enseignement supérieur.

L'Assemblée se hâte et la troisième délibération, suivant de près la seconde, s'ouvre le 9 juillet. M. Laboulaye indique d'abord les changements que propose la Commission au texte adopté en seconde lecture. Elle supprime les « diocèses, départements et communes » dans l'énumération des personnes civiles pouvant fonder des facultés ; pour qu'un établissement libre ait le droit de participer à la collation des grades dans le jury mixte, elle exige qu'il comprenne au moins trois facultés, celle de théologie ne comptant pas ; enfin elle demande que les cours libres soient justiciables des tribunaux ordinaires, au lieu de relever de l'administration, comme le veut l'amendement Giraud.

M. H. Brisson, reprenant l'ensemble de la loi, constate que de l'aveu même du rapporteur, il ne reste plus rien de la transaction, du traité qui représentait le projet primitif de la Commission. La liberté des conférences et des cours isolés a complétement disparu devant le maintien de leur assujettissement à la loi de 1868 sur les réunions publiques. Bien plus, ils sont en outre soumis à la juridiction administrative, qu'un nouvel amendement étend encore et rend préventive. Par contre, à ceux qui déjà possédaient seuls, en fait, le droit de réunion et d'association, on a cédé sur la constitution des personnes civiles et sur la collation des grades.

M. Desbassayns de Richemont traite de fantômes les épouvantails que l'on agite : rétablissement de la main-morte, domination des congrégations, destruction du Code civil. La loi est une loi de droit commun et d'égalité, une loi de fraternité, une loi de liberté, de liberté incomplète, il est vrai, mais c'est qu'en même temps que la loi est tout cela, elle est aussi une loi de transaction, de concession. M. de Richemont procède par aphorismes et affirmations beaucoup plus que par démonstration. Il nous paraît difficile cependant de contester le dernier point : la loi est une loi de concessions ; ce n'est pas M. Laboulaye qui le niera.

M. Taberlet développe sur l'esprit de la loi des considérations politiques dans lesquelles nous ne pouvons le suivre, malgré leur importance, et contre lesquelles proteste M. Calemard de Lafayette.

La discussion générale close, M. Jean Brunet propose, dans un long discours, de remplacer le titre Ier par un autre de sa façon. Convaincu que l'Etat a trop abdiqué son devoir de proclamer les principes spiritualistes et de les imposer à ses professeurs et à ses élèves, de les habituer à avoir toujours sous les yeux le principe primordial et essentiel, régénérateur et conservateur, M. J. Brunet demande que ce principe : « Gloire à Dieu, le créateur et le maître de l'intelligence universelle» soit inscrit sur la façade et dans l'intérieur de toute salle de cours. L'Assemblée repousse ce moyen simple et infaillible de « relever les esprits et les caractères qui tombent. »

M. Lortal prononce ensuite une amplification relativement brève en l'honneur de l'article Ier et en hommage à la foi chrétienne que cet article affranchira du monopole délétère du rationalisme. Dans ce petit exercice de rhétorique, d'ailleurs assez bien tourné, M. Lortal a incorporé d'ingénieuses découvertes ; par exemple, celle-ci : « Il (le rationalisme) ne veut laisser pénétrer sur l'enseignement d'autre lumière que celle de l'intelligence » ou cette autre : « C'est de la lutte que jaillit la lumière, dont l'éclat dissipe les ténèbres. »

Sur l'article 2, M. Chesnelong accepte la suppression du mot « diocèse » en réservant la question de droit, et demande : 1° si les associations formées dans un but d'enseignement supérieur pourront se constituer suivant les formes de sociétés admises par la loi, absolument comme si elles avaient le gain en vue ; 2° si les établissements d'enseignement supérieur pourront être des écoles d'architecture, de beaux-arts, d'agriculture, etc., aussi bien que de droit et de médecine. M. Laboulaye répond affirmativement aux deux questions. — M. Tolain demande ensuite la suppression du paragraphe qui soumet les cours isolés, sans inscription, à la loi sur les réunions publiques. Son premier motif, c'est qu'il n'y a aucune assimilation possible entre

un cours dont le titre est déposé et le professeur connu, et une réunion publique où chacun peut dire ce qu'il sait. Le second c'est qu'on livre ainsi à l'arbitraire d'un fonctionnaire politique des cours qui sont le moyen pour la majorité des ouvriers de recevoir les éléments d'un enseignement supérieur. — M. Tolain passe ensuite à des citations de catéchisme qui ont juste autant de rapport avec la question que les thèses et le dictionnaire cités par M. Dupanloup en avaient avec la collation des grades. — M. Malartre affirme que l'ouvrier laborieux n'a ni le temps ni le désir d'aller former des réunions autour d'un professeur; à cet ouvrier le Décalogue fournit un enseignement supérieur suffisant; les autres n'ont qu'à se faire inscrire régulièrement aux cours d'un ordre tout à fait relevé qui peuvent les intéressser.

Sur l'article 5, une véritable querelle de mots s'engage entre M. Beaussire et M. Wallon. Du naufrage du monopole universitaire, M. Beaussire essaie de sauver au moins le nom d'université, il ne veut pas le voir usurpé par les établissements libres qui n'y ont aucun droit, puisqu'ils ne comprendront jamais la totalité de l'enseignement. M. Wallon reconnaît que M. Beaussire a raison grammaticalement, mais ajoute qu'il a tort historiquement. Il n'y a pas à craindre que l'on fasse confusion entre l'Université de France et l'Université de telle ou telle ville. M. Jean Brunet a perdu là une belle occasion de faire adopter un amendement qu'il aurait pu libeller ainsi: L'U majuscule sera exclusivement réservé à l'Université de France, sous peine de cacographie.

L'amendement Bouisson exigeait que toute école de médecine dispose d'au moins 120 lits, habituellement occupés, pour les trois enseignements cliniques principaux: médical, chirurgical et obstétrical. M. Chesnelong demande si ces 120 lits doivent être concentrés dans un seul hôpital. M. Laboulaye répond que la Commission n'a pas d'objection à ce qu'ils soient répartis dans trois hôpitaux, mais qu'elle n'admettrait pas un éparpillement tel que la clinique fût faite, pour ainsi dire, à domicile. Les médecins des hôpitaux qui, comme MM. Magnan et Parrot, ont vu leurs cours entravés par l'autorité préfectorale, pourront ainsi les reprendre; ils n'auront qu'à s'affilier à un établissement libre. S'ils le savent bien choisir, il est probable qu'ils ne rencontreront pas d'obstacles du côté de l'Assistance publique.

Après une discussion, sur laquelle nous passerons, entre M. Jules Favre et M. Robert de Massy sur la déclaration publique, avec ses conséquences, des établissements libres, commence un tournoi sur l'emploi à faire des biens acquis par un établissement libre reconnu, venant à cesser d'être par expiration de la Société ou par révocation de la déclaration d'utilité publique. Nous nous bornerons à dire que si, selon nous, MM. Delorme et Picard ont raison de voir une substitution dans le droit, pour les établissements libres, de fixer par leurs statuts, pour le cas d'extinction, la destination des donations qui pourront leur être faites; d'un autre côté, MM. Lucien Brun et Grivart n'ont pas tort de trouver exorbitant que l'Etat hérite, même pour les appliquer à l'enseignement, des biens acquis à titre onéreux par une association qu'il aura frappée de mort. La rédaction définitive, restreignant aux biens acquis à titre onéreux la disposition relative aux statuts, parait de nature à satisfaire en principe les deux partis et la raison. E. T.

— Nous terminerons dans le prochain numéro, l'analyse de ces longues discussions et nous sommes convaincus que nos lecteurs nous pardonneront aisément de revenir encore sur ce sujet, s'ils réfléchissent que c'est surtout l'enseignement de la médecine qui a été visé par les auteurs de la nouvelle loi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Charcot résume l'histoire d'une ataxique de son service, dont l'observation présente une remarquable analogie avec celle du malade présenté à la dernière séance par M. Vidal. On constate, en effet, chez elle des troubles oculaires, une atrophie unilatérale de la langue, des arthropathies du genou et de l'épaule droits et, en outre, une incoordination motrice très-prononcée des membres inférieurs qui ne laisse pas de doute sur le diagnostic. Du reste les symptômes des arthropathies tabétiques sont toujours assez caractéristiques pour permettre à eux seuls de reconnaître la maladie à son début. M. Charcot insiste ensuite sur l'impossibilité de rattacher à un traumatisme ces arthropathies aussi bien que les fractures dites spontanées des ataxiques. (1)

M. Barrier a examiné récemment un monstre de la race bovine qui présentait, avec une déviation du rachis, une fissure des parois abdominales et thoraciques, de sorte que les viscères étaient à découvert.

En outre, on put constater une fissure palatine complète du côté gauche, se prolongeant dans le nez et la lèvre supérieure: disposition analogue au bec de lièvre, et qui n'avait pas encore été observée dans la race bovine.

M. Barrier communique ensuite à la société quelques considérations sur les hernies diaphragmatiques consécutives à la fracture des côtes chez le cheval. — Le présentateur a eu enfin l'occasion d'observer chez une vache une bride fibreuse placée en arrière du col de l'utérus.

M. Dupuy a fait des recherches sur les résultats de la cautérisation de la substance cérébrale. En portant un fer chauffé à blanc sur le cerveau mis à nu d'un chien, il a observé des mouvements des membres du côté opposé. 27 jours après, le cerveau est de nouveau mis à découvert, il s'est formé une eschare au niveau de laquelle l'excitation faradique ne donne aucun résultat. L'électrisation des tissus sous-jacents à l'eschare, qui ne présentent pas de trace d'inflammation ou de ramollissement, ne produit pas de mouvements dans les membres.

M. Hayem fait une nouvelle communication sur les altérations de la moelle consécutives aux blessures des nerfs. Dans ses premières recherches il avait constaté que la section ou l'arrachement d'un nerf donnait lieu à une myélite à l'origine du nez avec propagation de la lésion au-dessus et au-dessous du foyer primitif. Dans ses dernières expériences, faites sur des lapins et des cochons d'Inde, M. Hayem a étudié les lésions de la moelle consécutives à l'irritation d'un nerf, tel que le sciatique, par exemple, après application d'une substance caustique. La myélite ne fait jamais défaut ici: un mois après l'expérience, le processus s'est étendu au côté opposé. La substance blanche présente les caractères de la myélite aiguë: tuméfaction diffuse des cylindres-axes, qui ont subi une désintégration complète et ont passé à l'état granuleux. L'altération du cylindre-axe peut être suivie jusque dans la substance grise: elle est surtout marquée à la périphérie. On constate en outre une inflammation très-prononcée des méninges spinales.

M. Claude Bernard demande à M. Hayem s'il a eu l'occasion d'observer des convulsions à la suite de ses expériences.

M. Hayem n'en a pas observé, sauf chez le cochon d'Inde. Il a du reste remarqué que les attaques épileptiques et les troubles trophiques ne sont pas en rapport avec l'intensité des lésions médullaires.

M. Charcot fait ressortir l'intérêt que présentent ces re-

(1) Voir cette observation dans la thèse de Forestier, 1874.

cherches au point de vue de la pathologie médullaire, et du mode de propagation des lésions dans la moelle. Il n'est pas rare, en effet, consécutivement à des lésions localisées dans un territoire médullaire, de voir se produire des lésions analogues dans d'autres points. M. Charcot cite à ce propos deux curieuses observations. C'est ainsi que chez un individu qui avait été atteint de paralysie infantile du membre supérieur gauche, il a pu plus tard constater un affaiblissement du membre supérieur *droit* avec atrophie des muscles de l'épaule. La seconde observation concerne un homme amputé de la cuisse *gauche*, qui présenta les phénomènes suivants : engourdissements dans le moignon, puis dans le côté *droit*, paralysie de la vessie, etc. A cet ordre de faits se rattachent aussi les observations d'atrophie musculaire, apparaissant dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, qui ont été l'objet d'un mémoire de M. Pierret. La propagation des lésions d'un territoire de la moelle dans un autre peut s'effectuer soit de proche en proche, soit par l'intermédiaire des filets nerveux.

M. Hayem communique à la Société l'histoire d'un homme qu'il a pu étudier pendant longtemps et qui est d'un grand intérêt à ce point de vue. Chez cet homme, à la suite d'une blessure par éclat d'obus pendant la Commune, se produisit une suppuration prolongée de la jambe gauche avec nécrose, élimination de séquestre, convalescence lente. Deux ans après M. Hayem constata des troubles trophiques très-prononcés, tels que panaris ulcéreux, sueurs, hypertrophie des poils, atrophie de certains muscles de la cuisse.

A cette époque il existait, en outre, une élévation de la température qui n'était jamais inférieure à 5°, et s'élevait d'ordinaire à 10°. La persistance de ces troubles de caloricité, plusieurs années après le traumatisme, fait qui n'a pas encore été observé, permet de croire à l'existence de lésions permanentes de la moelle.

M. Bochefontaine communique à la Société 2 mémoires, le premier sur la sécrétion des glandes salivaires, le second sur les effets de l'excitation de l'encéphale sur la contraction de la rate.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Grancher est élu. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Président annonce à l'Académie qu'elle se formera en comité secret à 4 heures 1/2 pour entendre la lecture du rapport de M. Giraldès sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des correspondants étrangers.

Election. — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. La Commission avait présenté en première ligne : M. Hillairet; deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Léon Colin, Gallard, Lagneau, Lunier et Proust. Votants 75; majorité 38. Au premier tour, M. Hillairet obtient 32 voix, M. Lagneau 15, M. Lunier 14, M. Gallard 11, M. Colin 3. Second scrutin : Votants 76, majorité 39, M. Hillairet est nommé par 44 voix, contre 14 données à M. Lagneau, 11 à M. Lunier, 6 à M. Gallard, 1 à M. Colin.

M. Bonnafont reprend la discussion *sur l'origine et l'étiologie du choléra.* Il n'admet pas, comme M. Tholozan, que le mal puisse se développer de toutes pièces dans une contrée où il a déjà sévi, il faut toujours une importation qui peut se faire par des courants atmosphériques ou tout autre voie. L'orateur demande pourquoi on ne combat pas le choléra, à son lieu d'origine dans l'Inde, par les moyens hygiéniques qu'on lui oppose dans les autres contrées où il sévit. Il serait aussi très-intéressant de savoir pourquoi le choléra est resté, pendant des siècles, endémique dans l'Inde et sans se montrer nulle part ailleurs. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 mars 1875. — Présidence de M. Charcot.

12. Lipome du ligament large; par M. Peyrot.

Ce lipome a été trouvé à l'autopsie d'une vieille femme ; il est de la grosseur du poing et a la forme d'un rein : il flottait dans la cavité péritonéale. Il existait en outre un kyste de la grosseur d'une lentille siégeant sur le col de l'utérus. La présence de ce kyste avait déterminé un peu d'hypertrophie du col, et l'exsudation d'une petite quantité de sang dans la cavité utérine.

M. Dianoux est nommé membre correspondant.

13. Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne; par M. G. Homolle.

Ce travail a fait l'objet de ma thèse inaugurale; il est consacré à l'étude d'affections rares et d'un diagnostic toujours difficile, les scrofulides graves de la gorge ou en d'autres termes, les angines scrofuleuses graves, dont quelques formes ont été décrites sous le nom de lupus de la gorge.

Cette espèce d'angine constitue une lésion tantôt isolée ou primitive tantôt associée au lupus de la face. Dans ce dernier cas, le pharynx peut être envahi par l'extension de la scrofulide faciale qui se propage par la pituitaire ou par la muqueuse buccale ; chez d'autres malades, les lésions de la muqueuse coexistent avec celles de la peau sans qu'il y ait continuité entre les unes et les autres. On peut observer d'ailleurs chez les sujets affectés de lupus facial des lésions superficielles de la gorge (plaques érosives analogues aux plaques muqueuses de la syphilis, tuméfaction diffuse ou mamelonnée de la muqueuse de l'isthme et du voile du palais, etc).

L'étude de ces affections dont la nature est démontrée par la simultanéité d'une altération manifestement strumeuse de la peau, permet d'affirmer l'existence des angines scrofuleuses et aide beaucoup au diagnostic si délicat des scrofulides primitives de la gorge.

Celles-ci peuvent être observées à leur période d'état, ou bien ne se manifester que par des cicatrices ; dans ces deux circonstances elles offrent des analogies profondes avec les syphilides de la même région. Au point de vue des caractères objectifs, on peut distinguer deux formes distinctes d'angines scrofuleuses graves primitives, la scrofulide ulcéreuse proprement dite et le lupus de la gorge.

La première est caractérisée par une perte de substance bien franche qui revêt diverses apparences semblables à celles qu'offrent les ulcérations syphilitiques de la gorge, (échancrure marginale, division en rideaux, ulcère perforant). Le lupus de la gorge détruit aussi les parties qu'il envahit mais par une sorte d'usure progressive plutôt que par une ulcération manifeste.

Il est beaucoup plus rare de voir le voile et les piliers présenter une tuméfaction éléphantiasique (scrofulide hypertrophique) ou se détruire avec une rapidité qui rappelle le lupus vorax ou le cancroïde (forme cancroïdale).

Les troubles fonctionnels qui accompagnent ces diverses lésions sont fort peu accusés en général et peuvent même faire complètement défaut au point que certains sujets n'ont connaissance de leur mal que le jour où les boissons leur reviennent par le nez.

Cette indolence s'observe surtout dans le lupus (ou scrofulées tuberculo-ulcéreuse) secondaire ou primitif, la scrofulide ulcéreuse donnant souvent lieu à quelques douleurs ; les complications graves (hémorrhagies, œdème de la glotte) sont absolument exceptionnelles.

Par la réunion des signes physiques et des symptômes fonctionnels avec les caractères fournis par l'examen général du malade se constituent plusieurs types cliniques : chez quelques sujets l'affection gutturale est la première et la seule manifestation de la scrofule ; on comprend combien il faut être réservé dans l'interprétation de pareils faits, d'autres ont eu quelques affections strumeuses plus ou moins légères (gourmes, blépharite chronique etc) ; un troisième type rare comprend les malades qui, avec l'angine, ont tous les stigmates de la strume (adénopathies, écrouelles, lésions osseuses etc) ; enfin il faut faire un groupe à part pour les jeunes sujets qui, avec les lésions de la gorge, présentent l'ensemble des traits qui, suivant Hutchinson, caractérisent la syphilis héréditaire à manifestations tardives (kératite interstitielle, square nose knotched teeth). Il n'existe aucun fait qui permette d'assigner avec certitude une pareille origine aux angines ulcéreuses

que j'ai décrites; et de nouvelles observations sont nécessaires pour élucider cette importante question.

Le diagnostic est toujours fort délicat et l'analogie est presque absolue entre les scrofulides et les syphilides graves de la gorge; il faut presque toujours faire des réserves surtout dans les cas où l'angine est la seule manifestation morbide Un fait important c'est que jamais au moins dans les cas publiés, les scrofulides graves du pharynx n'ont présenté le caractère et l'évolution des gourmes.

Ce n'est que par un examen minutieux des moindres caractères de la lésion, par la connaissance exacte des antécédents et des accidents concomitants qu'on peut arriver à un diagnostic de grande probabilité sinon de certitude.

Quant aux indications fournies par le traitement qu'on a souvent considéré comme une pierre de touche, il ne faut pas y attacher une importance trop grande.

Je n'ai pas eu l'occasion d'étudier les altérations anatomiques des scrofulides graves de la gorge, mais j'ai pu examiner des pièces de lupus cutané et je me propose d'entretenir la Société de ce sujet en lui remettant une courte note que j'ai publiée récemment.

14. Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans la trachée; par M. Chenet, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent de l'autopsie d'un homme de 46 ans, mort dans le service de M. Proust, à l'hôpital Saint-Antoine. Cet homme, entré pour des accès d'asthme, avait été atteint de variole à la fin de décembre et transporté dans le pavillon réservé aux varioleux. Pendant le cours de sa variole, il a eu plusieurs accès d'oppression très-violente. Sa voix était habituellement rauque et il accusait de la douleur rétro-sternale. L'auscultation faisait entendre au niveau de la bifurcation de la trachée, en arrière, un souffle intense; ce souffle était perçu aussi en avant, mais il était difficile de préciser son maximum d'intensité; aussi, malgré des signes d'hypertrophie cardiaque, et en raison de l'intensité du bruit de souffle, on avait cru à une compression de la trachée par des ganglions du médiastin. La mort a été le résultat d'une hémoptysie foudroyante qu'aucun prodrome ne faisait prévoir; un caillot de petit volume a été expulsé d'abord, puis le sang a été rejeté en abondance et la mort a eu lieu avant que l'infirmier eût eu le temps d'aller chercher l'interne de garde.

A l'autopsie nous avons trouvé le poumon droit très-emphysémateux, et le poumon gauche au contraire très-induré, violacé. A la coupe, on trouve les bronches du côté droit recouvertes de sang et de mucosités; les bronches du côté gauche, au contraire, ne contiennent que du pus et présentent, surtout à la partie inférieure du poumon, des dilatations très-manifestes. Le poumon de ce côté présente les lésions de la pneumonie chronique et des épaississements très-manifestes des trabécules des lobules. La trachée contient aussi des mucosités très-épaisses et du sang: à la partie inférieure et du côté gauche, on trouve une *perforation* laissant passer facilement une sonde cannelée, et dont les bords sont noirâtres; à la partie postérieure de la trachée existe un paquet de ganglions hypertrophiés et indurés, mais qui, vu sa position, ne pouvait exercer de compression sensible sur le tronc aérien.

Le cœur est volumineux, le ventricule gauche très-hypertrophié et le segment supérieur de la crosse aortique présente une dilatation générale très-manifeste; il existe entre l'aorte et la trachée une tumeur du volume d'une pomme d'api. Enfin, le cœur enlevé, et l'aorte coupée à son origine, on constate du côté droit une ouverture du diamètre d'une pièce de 50 centimes, ovalaire, à bords inégaux mamelonnés, et qui conduit dans la poche anévrysmale. Celle-ci est recouverte, dans sa partie postérieure, d'un caillot blanchâtre très-adhéreux, d'un millimètre et demi d'épaisseur. Toute la crosse de l'aorte est athéromateuse, tandis que tout le reste du système artériel est sain. Le nerf récurrent du côté gauche est comprimé et en partie atrophié par la tumeur. Le pneumogastrique est sain.

15. De la propagation du carcinome aux ganglions lymphatiques; par M. Duret, interne des hôpitaux.

Sur une tumeur du sein enlevée ce matin par M. Verneuil, j'ai cherché à étudier la façon dont le cancer se propage aux ganglions; la chose était d'autant plus facile ici que les ganglions de l'aisselle avaient été enlevés du même coup que la tumeur du sein et lui adhéraient encore; j'ai même pu suivre des vaisseaux lymphatiques allant de l'un à l'autre de ces points; or, ces lymphatiques ne sont point altérés; après les avoir incisés, j'ai constaté que leurs parois étaient normales, mais ils contiennent dans leur intérieur des cellules cancéreuses dégénérées, remplies de granulations graisseuses, en un mot des cellules mortes; aussi je me demande si l'on ne pourrait pas admettre, outre l'envahissement par les lymphatiques dégénérés, un autre mode de propagation qui consisterait dans le transport des éléments morbides par les vaisseaux lymphatiques, sans lésion des vaisseaux eux-mêmes.

M. Charcot. Pour pouvoir affirmer l'intégrité absolue des vaisseaux lymphatiques, il faudrait pratiquer des coupes méthodiques de distance en distance; car il existe peut-être des végétations de l'endothélium qui échappent à un examen incomplet.

M. Malassez. Si le mécanisme proposé par M. Duret se trouve démontré, il sera intéressant de faire un examen complet des ganglions et de voir s'ils sont devenus d'emblée carcinomateux, ou si l'altération a débuté par une dégénération fibreuse.

16. Ossification de la choroïde; par M. Boucheron, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un homme de 26 ans, qui, à l'âge de 3 ans, avait perdu l'œil à la suite d'une variole; une ophthalmie sympathique développée dans ces derniers temps, c'est-à-dire après plus de 20 ans, nécessita l'ablation de l'œil dégénéré. Cet œil était diminué de volume; la rétine est décollée, et le corps vitré transformé en tissu fibreux, comme dans tous les cas analogues, mais le point intéressant consiste dans une altération de la choroïde qui présente une plaque d'ossification véritable, avec formation d'ostéoplastes?

M. Périer. Cette plaque osseuse n'a-t-elle pas de connexions avec la sclérotique?

M. Boucheron. La choroïde se sépare facilement de la sclérotique, et la plaque osseuse est placée à sa face interne et non pas dans la couche en rapport avec la sclérotique.

17. Vaginalite suppurée; péritonite aiguë généralisée; par M. Letulle, interne des hôpitaux.

S... Edouard, né le 23 décembre 1874, entre le 25 *janvier* 1875, dans le service de M. Parrot, à l'hôpital des Enfants-Assistés. Il est apporté par la nourrice qui lui donne le sein, et qui signale une absence complète de garde-robes, depuis 3 jours; il vomit du lait à peine digéré. On ne trouve rien dans le thorax, mais l'abdomen parait un peu volumineux et tendu; l'enfant se plaint continuellement. Le scrotum a un volume considérable qui tient à la tuméfaction de la moitié droite des bourses; la peau y est rouge, peu tendue, et l'examen de la région permet de reconnaître l'existence d'une tumeur piriforme, assez dure; il n'y a pas de fluctuation manifeste; une pression légère ne parait pas diminuer son volume; aucun renseignement d'ailleurs sur son début et sur son apparition.

Le 26 *janvier*, la diarrhée s'établit et ne cesse plus jusqu'à la mort survenue le 31 *janvier*. Pendant les six jours qu'il reste dans le service, l'enfant ne présenta comme symptômes intéressants à noter, outre les vomissements qui persistèrent jusqu'à la fin, qu'un abaissement progressif de la température (prise dans le rectum) qui de 35°,4 au jour de son entrée, descendit assez régulièrement en six jours à 31°.

A l'autopsie, sans parler de plusieurs points d'atélectasie pulmonaire au niveau du bord postérieur des deux poumons, et de quelques noyaux compactes hépatisés disséminés, on trouve dans la cavité abdominale une péritonite généralisée caractérisée par une quantité peu abondante de liquide louche, et surtout par la présence de fausses membranes épaisses, peu adhérentes, nombreuses notamment sur le gros intestin et sur la rate. Toutefois, c'est dans le petit bassin que la lésion est le plus marquée, et le péritoine qui tapisse les

organes pelviens est recouvert par une couche épaisse de fausses membranes.

Du côté du scrotum, à droite, la peau et les couches sous-cutanées sont le siége d'un œdème assez notable; l'incision de ces tissus laisse suinter une sérosité louche assez abondante. La tunique vaginale du même côté est manifestement distendue, vascularisée, ainsi que les couches environnantes. En pénétrant dans sa cavité considérablement agrandie, l'incision donne issue à une quantité notable d'un liquide séreux d'abord, puis, louche séro-purulent, et enfin à des pseudo-membranes jaunâtres épaisses.

Le feuillet pariétal de la vaginale très-épaissi est doublé à sa face interne par une couche pseudo-membraneuse assez adhérente, et d'épaisseur variable en certains points. Le testicule lui-même est coiffé par un exsudat épais ; mais son tissu est sain. Dans le trajet inguinal on retrouve le canal vagino-péritonéal encore perméable pour une sonde cannelée, tapissé par une couche de fausses membranes adhérentes entre elles, et oblitérant incomplétement son calibre. Les vaisseaux du cordon sont dilatés, beaucoup plus volumineux que du côté gauche. A gauche, le testicule est encore en partie retenu dans le canal inguinal, et la cavité vaginale, cinq ou six fois moins considérable qu'à droite, est indemne de tout travail inflammatoire.

En tenant compte de l'âge de l'enfant, mort en réalité cinq semaines après sa naissance, de l'intégrité absolue de la cicatrice ombilicale et des vaisseaux ombilicaux en partie déjà oblitérés, de l'absence d'érysipèle, toutes circonstances qui accompagnent fréquemment la péritonite chez les nouveau-nés, est-on autorisé à chercher le point de départ de la péritonite dans l'inflammation de la tunique vaginale, provoquée elle-même par l'existence d'une hydrocèle congénitale exposant la partie à des froissements continuels? Et, dans un certain nombre de cas, ne peut-on voir, dans ces épanchements purulents de la tunique vaginale, qui chez ce nouveau-né coïncident si fréquemment, d'après M. Lorain, avec une péritonite, non pas la conséquence d'une péritonite aiguë dont le liquide purulent et quelquefois les fausses membranes tomberaient, grâce à la perméabilité du canal vagino-péritonéal jusqu'au fond de la vaginale toute disposée à les recevoir par le fait de sa déclivité même, mais bien la cause elle-même de la péritonite?

En dehors des accidents graves consécutifs aux injections irritantes dans la vaginale, les auteurs sont muets sur la possibilité de péritonites aiguës consécutives à une vaginalite venant compliquer l'hydrocèle congénitale. Le seul cas dû à J. Cloquet, cité par Nélaton et par Curling, d'un individu de 50 ans succombant à une péritonite consécutive à une orchite aiguë entée sur une hydrocèle congénitale, permet-il de poser cette question?

La péritonite aiguë, chez le nouveau-né, coïncidant avec un état inflammatoire manifeste de la tunique vaginale, ne peut-elle quelquefois reconnaître pour cause immédiate une vaginalite suppurée compliquant une hydrocèle congénitale préexistante? Ce sont là des questions que nous posons sans les résoudre.

M. Després. Pour décider la question, il faudrait avoir des renseignements sur l'état antérieur du petit malade; la rougeur et la tuméfaction des bourses ne sont pas rares chez les enfants, sans même qu'il y ait de lésion.

M. Letulle. Nous n'avons eu aucun renseignement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juillet 1875. — Présidence de M. Léon Le Fort.

L'honneur de secrétaire a ses inconvénients. M. Sée a dû s'en apercevoir aujourd'hui à la pluie de réclamations au sujet de la rédaction du procès-verbal ; il est vrai de dire que l'incident soulevé au sein de la société par M. Desprès prêtait à l'ambiguité et d'une statistique inexacte mal fondée à une statistique fausse, il n'y a qu'un pas.

Après un rapport sommaire de M. Sée sur deux observations de M. Paquet, l'une ayant trait à un calcul du canal de Sténon, l'autre à un enchondrome péri-pelvien, M. Polaillon présente l'observation avec pièces à l'appui d'une malformation intestinale ayant nécessité l'opération de l'anus artificiel.

Il s'agit d'un enfant mâle présentant une imperforation du rectum, une absence du radius et des mains botes auxquelles il manquait le pouce et l'index. De plus, la constatation de l'issue de gaz par le canal de l'urèthre fit diagnostiquer une communication de l'intestin avec l'urèthre ou la vessie. L'opération fut faite ; pour découvrir l'empoule rectale située assez haut, le chirurgien pratiqua l'incision du coccyx, au lieu de la résection, et put fixer l'intestin à la plaie cutanée. Il fut fort étonné, l'ouverture une fois faite, de voir sortir des boulettes de méconium concret, analogues, dit-il, à des excréments de lapins, sans liquide aucun. Cette intervention n'arrêta pas les vomissements qui se produisaient après chaque tétée et l'autopsie vint donner la cause de l'inefficacité de l'opération. Il existait un vice de conformation de l'œsophage oblitéré à deux centimètres de sa naissance et une communication de la trachée avec un conduit qui se terminait dans l'estomac. L'anomalie est rare, car il n'en existe qu'une dizaine de faits dans la science; de plus, ce fait de méconium concret est une observation jusqu'à présent unique. Les membres de la société qui ont pris part à la discussion n'ont jamais observé cette particularité.

M. Gillette lit un travail sur une anomalie du muscle jumeau interne ; ce muscle donne passage, par sa bifurcation anormale, au paquet vasculo-nerveux du creux poplité.

Dans le cours de la séance, on a dû procéder au vote d'une commission sur la question débattue ces jours-ci, du traitement chirurgical des enfants dans les hôpitaux. MM. Giraldès, Marjolin et Sée ont été nommés après deux tours de scrutin. Mieux eût valu, à notre avis, adopter la proposition de M. Perrin d'une discussion immédiate ; les vacances approchent et ces nominations n'aboutissent souvent qu'à des enterrements de première classe.

REVUE DE PHYSIOLOGIE ET D'ANATOMIE

I. Leçons sur l'appareil vaso-moteur. (*Physiologie et pathologie*), faites à la Faculté de médecine de Paris, par Vulpian, professeur à la Faculté, rédigées par le Dr Carville, préparateur du cours. (Tome II.) Germer-Baillière, éditeur.

II. Sur les fonctions des hémisphères cérébraux. (*Histoire : Critiques et recherches expérimentales*) ; par C. Carville et H. Duret.

III. Tableau synoptique des mouvements des yeux et de leurs anomalies ; par le Dr L. Landolt. Ad. Delahaye, éditeur.

Le deuxième volume des leçons de M. le professeur Vulpian, qui vient de paraître est, en tout, égal au premier, au point de vue de l'importance des questions traitées, mais tandis que celui-ci était principalement un ouvrage de physiologie, appliqué à la médecine, enseignée avec toute la rigueur de l'esprit scientifique moderne, celui-là est l application directe des principes de cette physiologie à la pathologie, et c'est là ce qui fait sa très-grande valeur.

Aucune des questions doctrinales relatives à la *pathogénie* des maladies, n'est laissée dans l'ombre ; toutes sont abordées avec un esprit critique supérieur. On a beaucoup abusé des explications, dans ces dernières années, depuis que cela est devenu la mode ; uue physiologie facile fournissait des explications très-simples pour tout.

M. Vulpian, non-seulement, a montré que la physiologie des vaso-moteurs (ce sont eux particulièrement qui ont exercé l'imagination) était sur bien des points encore inconnue, mais il a eu le grand mérite, en vérifiant par lui-même tous les faits expérimentaux annoncés, et en faisant d'importantes découvertes dans ces études, de pouvoir dégager ce qui était vrai de ce qui ne l'était pas.

Appliquant toutes ces données à la pathologie, il étudie, dans ce second volume, les grandes questions si débattues de nos jours ; celles relatives à la glycogénie, aux paralysies réflexes, dont l'existence, pour lui, contrairement aux assertions de Brown-Séquard, n'est pas démontrée ; puis, ce qu'il faut penser du rôle des vaso-moteurs dans l'hydrophobie, l'hystérie, l'épilepsie, le sommeil naturel ou provoqué.

La chaleur animale dans ses applications, aux fièvres, est traitée avec tous les développements qu'elle comporte ; la question si controversée de l'influence de l'appareil vaso-moteur sur la nutrition, l'existence des nerfs trophiques ; les congestions, les hémorrhagies, les inflammations, l'œdème, les névroses congestives, la migraine, le goître exophthalmique, toutes ces questions médicales, si importantes au point de vue doctrinal, sont passées en revue, et l'on peut caractériser la méthode de l'auteur en disant que toujours le clinicien se retrouve à côté du physiologiste et le physiologiste à côté du clinicien ; c'est là ce qui fait la véritable supériorité du livre de M. Vulpian ; de semblables sujets ne peuvent être abordés avec succès que quand l'expérimentateur et le médecin pensent de même.

Les deux dernières leçons sont consacrées à l'étude des poisons, ceux ayant une influence sur l'appareil vaso-moteurs ; dans son cours de cette année, M. Vulpian a repris ces questions ; nous en reparlerons.

Le dernier numéro des Archives de physiologie est rempli presque en entier par un très-important mémoire de MM. Carville et Duret ; d'ailleurs, ces questions avaient déjà été abordées par eux, avec bien du succès à l'époque, où les premiers résultats des recherches de Ferrier furent connus en France. Il appartenait certainement à M. Duret, qu'ont fait connaitre ses travaux remarquables sur la *circulation de l'encéphale*, travaux qui ont modifié complètement cette partie de l'anatomie et qui nous ont fourni des points d'appui si précieux pour la pathologie cérébrale, de reprendre, de concert avec M. Carville, l'examen de questions d'une importance capitale, soulevées par les mémoires de Ferrier et de Hitzig.

Les auteurs ont divisé leur travail en plusieurs parties ; la première est consacrée à l'examen critique et à l'histoire des procédés d'expérimentation employés pour la recherche des fonctions cérébrales chez les animaux.

Les expériences de Lorry, Flourens, Longet, MM. Vulpian, Brown-Séquard, Onimus viennent d'abord ; puis celles par la méthode des injections interstitielles de MM. Beaunis, Fournier, Nothnagel ; enfin la méthode des courants faradiques, les expériences de Ferrier sur les animaux de différentes classes et sur le cerveau du singe, ainsi que les faits pathologiques de MM. Broca, Jackson, Charcot, etc., sont résumés et discutés.

La deuxième partie comprend la critique expérimentale de la méthode de Fritsch, Hitzig et Ferrier. On le sait, il s'agit d'abord de déterminer s'il y a diffusion des courants ; là est tout le nœud de la question. Or, MM. Carville et Duret, Onimus, Dupuy ont montré que cette diffusion des courants galvaniques existe, et, comme le disent les auteurs, qu'elle rend nécessaire la circonspection la plus grande dans l'interprétation des phénomènes observés.

L'*influence des anesthésiques* est ensuite étudiée ; or, quand l'anesthésie est complète, on n'obtient aucun effet de l'excitation des circonvolutions, quelle que soit l'intensité du courant ; c'est certainement parce qu'elle diminue l'excitabilité des corps striés et des pédoncules. Plus loin, les auteurs montrent que les phénomènes décrits par Hitzig et Ferrier ne sont pas dus à une action réflexe.

La troisième partie est consacrée aux recherches expérimentales faites par MM. Carville et Duret sur les fonctions des hémisphères cérébraux ; cette troisième partie est de beaucoup la plus importante, et les résultats auxquels sont arrivés les expérimentateurs, d'accord, en cela, avec les données de la clinique, ont une extrême importance au point de vue de la doctrine de la localisation. — Ce travail de physiologie expérimentale, qui a nécessité tant de recherches, est certainement le meilleur qui ait été fait sur ce sujet.

Le docteur Landolt n'est plus chez nous un inconnu ; d'ailleurs, les importants travaux qu'il a publiés pendant son séjour soit en Italie, soit en Hollande, comme élève de Donders, l'avaient fait connaître des hommes spéciaux.

Il vient de réunir, dans un tableau synoptique, tout ce qui a trait aux mouvements des yeux, à l'état normal et à l'état pathologique ; la pathologie oculaire, en entier, s'y trouve résumée et une figure très-exacte permet de suivre les explications. — Ce tableau est destiné, nous n'en doutons pas, à rendre de grands services aux médecins ; les affections des yeux étant si fréquentes dans les maladies nerveuses et représentant un élément de diagnostic, habituellement capital.

F. R.

MALADIES DE LA PEAU

Psoriasis de la langue et de la vulve.

Robert Weir (*New-York medical Journal*, mars 1875) dans un intéressant travail sur l'ichthyose de la langue et de la vulve publie dix observations nouvelles d'ichthyose buccale ; avec les médecins anglais, il donne ce nom à l'affection que nous désignons en France par le terme de psoriasis buccal et pour laquelle Fairlee Clarke a proposé celui de tylosis buccal (τυλος, callosité) qui indique bien la nature scléreuse de la lésion anatomique. Nous avons nous-mêmes reconnu dans un précédent travail que les expressions d'ichthyose et de psoriasis ne convenaient guère à l'affection que nous décrivions, mais nous avons conservé la dénomination de psoriasis buccal parce qu'elle était acceptée par la généralité des auteurs et ne donnait lieu à aucune équivoque.

Le travail de Weir confirme la plupart des faits déjà connus sur le psoriasis buccal ; mais il contient, en outre, une observation de psoriasis vulvaire. En voici le résumé :

Une femme célibataire, maigre, âgée de 61 ans, fut admise à l'hôpital Saint-Luc en 1869, elle se plaignait d'un prurit vulvaire intense, revenant depuis de longues années ; elle en souffrait depuis l'âge de seize ans; elle essaya en vain maintes médications, pour obtenir quelque repos. — Elle employa l'opium, d'abord à dose modérée, puis elle prit, par jour, 12 à 15 grains de morphine. Ses souffrances restaient si vives qu'elle subit une opération ayant pour but d'enlever par incision et cautérisation galvano-caustique la muqueuse des petites lèvres: le bénéfice en fut très-mince et temporaire. A l'examen au spéculum, on reconnait que le vagin et l'utérus sont sains ; mais à la fourchette on trouve une tache irrégulière, d'un blanc nacré, s'étendant sur les petites lèvres et la partie adjacente des grandes lèvres ; elle est couverte d'un mucus blanchâtre et composé d'un certain nombre d'îlots, les uns circulaires, les autres irréguliers La muqueuse, au niveau de ces parties, est manifestement épaissie et très-sensible au toucher. En plusieurs endroits les follicules de la vulve sont hypertrophiés et proéminents. On essaya, sans succès, toute une série d'applications locales et la malade quitta l'hôpital. Elle y rentra en 1870, au bout de dix-huit mois, elle portait alors un épithélioma de la vulve qui fut enlevée en masse par le Dr Gordon Buck.

Cette observation de psoriasis vulvaire nous a paru intéressante à rapporter, car jusqu'à ce jour elle est unique. La description de Weir est suffisante pour permettre d'affirmer que cette affection s'est présentée à la vulve avec les caractères qu'elle revêt lorsque la langue en est le siège. Une irritation locale en a été probablement le point de départ ; en effet, le prurit atroce, dont se plaignait la malade, a dû amener de nombreux grattages (dont il n'est pas question dans l'observation) et ce que nous connaissons de l'étiologie du psoriasis buccal tend beaucoup à nous faire admettre une pareille cause pour le psoriasis vulvaire. Enfin, pour compléter la ressemblance, le psoriasis vulvaire s'est terminé par un cancroïde, terminaison malheureusement trop fréquente dans le psoriasis buccal.

DEBOVE.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de thérapeutique et de pharmacologie, par A. RABUTEAU. Deuxième édition, Lauwereyns, éditeur, 1875.

Le meilleur éloge que nous puissions faire de cet ouvrage bien connu de tous nos lecteurs, c'est d'annoncer sa deuxième édition plus vieille que son aînée de deux années seulement.

Ce livre n'a pas été simplement revu : certains chapitres ont été augmentés (ferrugineux, chloral, etc., etc.,) et un pa-

agraphe nouveau a été consacré à l'étude du jaborandi, sudorifique véritable, dont le Mexique vient d'enrichir la matière médicale.

M. Rabuteau a eu l'heureuse idée de joindre des figures très-soignées à la courte mais substantielle description qu'il nous donne des plantes les plus usitées en médecine.

Elèves et praticiens sauront gré a l'auteur d'avoir, en mettant sous leurs yeux les racines, les tiges, les feuilles, les fleurs et les fruits constituant les caractères des plantes, songé à rafraîchir et à entretenir leurs souvenirs de botanique médicale.

VARIA

Du traitement du bégaiement.

On se rappelle que l'année dernière, l'Académie de médecine, consultée par M. le Préfet de la Seine sur la valeur de la Méthode-Chervin pour la correction du bégaiement, répondit à ce fonctionnaire : « 1° Qu'au point de vue scientifique, la méthode de traitement des bègues de M. Chervin est rationnelle ; — 2° Qu'elle produit des résultats très-remarquables et qu'elle peut rendre des services signalés ; — 3° Qu'un de ses avantages importants est la promptitude des résultats qui paraissent se maintenir, comme la commission l'a constaté sur un certain nombre de sujets ; — 4° Qu'il y a lieu de l'encourager et de l'aider dans le bien qu'elle est appelée à accomplir. »

Le Conseil de santé des armées, ayant été appelé sur l'ordre de M. le Ministre de la Guerre à examiner cette méthode, vient de remettre son rapport dans lequel se trouvent ces lignes élogieuses pour MM. Chervin. « Le Conseil de santé, après avoir suivi l'enseignement de vos cours et constaté l'état des malades avant et après le traitement, n'a pu s'empêcher de reconnaître les remarquables résultats que vous avez obtenus et il s'associe pleinement aux éloges accordés à votre méthode par diverses sociétés savantes et notamment par l'Académie de médecine de Paris. »

La question de la *correction du bégaiement* est donc aujourd'hui définitivement jugée, et on comprendra tout l'intérêt qu'avait M. le Ministre de la Guerre à connaître l'état de la science sur ce point, quand on saura que le bégaiement qui est actuellement un cas d'exemption du service militaire enlève chaque année 1,000 hommes à l'armée, soit 20,000 hommes pendant la période militaire. Il serait donc à souhaiter que ce cas de réforme soit supprimé.

37. Nitrite d'amyle.

Il s'emploie en inhalations à la dose da 5 à 10 gouttes sur une compresse. On peut renouveler les doses et aller successivement à 30 gouttes, en laissant le malade respirer pendant quelques secondes entre chaque dose.

38. Potion expectorante.

Chlorhydrate d'apomorphine	0 gr. 01 à 0 gr. 03.
Acide chlorhydrique	5 gouttes.
Sirop simple	30 grammes.
Eau distillée	120 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures, comme expectorant, dans la bronchite catarrhale, l'emphysème pulmonaire, etc. (*La pharmacie de Lyon*).

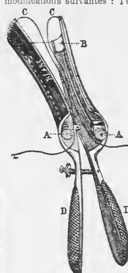
AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est échu le 1er juillet que, à moins d'avis contraire, leur quittance leur sera présentée le 20 juillet, augmentée de* **un franc** *pour frais de recouvrement.*

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Spéculum porte-fil.

M. le professeur Trélat présente au nom de M. le docteur A. Leblond un spéculum porte-fil construit par M. Blanc fabricant d'instruments da chirurgie.

Cet instrument est destiné à placer un fil de platine sur le col de l'utérus pour en pratiquer ensuite la section à l'aida de la galvanocaustique thermique. L'instrument se compose d'un spéculum bivalve de Ricord, présentant les modifications suivantes : l'extrémité des valves est creusée d'une gouttièra destinée à recevoir l'anse de platine c, c, at qui est transformée en canal à l'aide d'une pièce métallique mobile B, solidement appliquée contre la paroi interne de chacune des valves du spéculum. Cette pièce est rendue mobile à l'aide d'une tige qui lui adhère et qui se termine par un pas de vis qui fait mouvoir l'écrou a.a.



Voici maintenant, comment il convient de se servir de l'instrument. Le fil da platina étant placé dans le canal situé à l'extrémité de chacune des valves comme le montra la figure, l'opérateur va embrasser le col comme il le fait avec un spéculum bivalve ordinaire non muni d'embout. Les extrémités libres du fil représentées sur le dessin par les signes X et ayant été ensuite engagées dans les branches conductrices du galvanocautère et serrées avec une certaine force on dégage le fil de platine en tournant les deux écrous A. A. La col utérin une fois saisi par l'anse métallique on retire le spéculum et l'on opère la section du col en faisant rougir le fil de platine par le courant d'une pile au bichromate de potasse.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — M. Béhier, leçons cliniques les lundis, vendredis à 9 h. 1/2. — M. Richet, leçons cliniques les mardis, samedis, à 9 h. 1/2. — M. Cusco, consultations et maladies des yeux, le jeudi à 10 h. — M. Guérin, leçons sur les maladies des femmes, le lundi à 9 h. (petit amphithéâtre). — M. Hérard, visite à 8 h. 1/2. Examen des malades par les élèves. Consultations le mercredi.

Service de M. Guérin. (F.) : 1, métrite et rétroversion ; 3, caria de l'apophysa mastoïde; 5, ulcération du col; 10, amputation de l'avant-bras, pansement ouaté; 19, rachitisme. — (H.) : 12, arthrite spontanée du poignet non blennorrhagique; 14, fistula à l'anus chez un phthisique; 15, hydarthrose de l'articulation sterno-claviculaire. Tr. 20 sangsues; 30, tétanos chez un homme atteint de fracture de l'olécrâne et des deux os de l'avant-bras.

Service de M. Béhier (H.) : 7, Hémorrhagie cérébrale; 8, saturnin ; 11, insuffisance mitrale (typa); 13, dothiéoentérie, 17, ulcère simple da l'estomac; 21, cancer de l'estomac; 37, sclérose en plaques; 40, sciatique; 41, paralysie générale. — (F.) : 2, mal de Bright; 4, hystérie; 7, métrite; 8, emphysème; 16, pleurésie; 19, phlegmon iliaque; 20, paralysie, suite de fièvre typhoïde; 22, hémorrhagie cérébrale.

Service de M. Richet (H.) : 6, fracture du crâne; 8, tumeur fibro-plastique; 16, cataracte; 21, cancer du rectum; 37, cancroïde du nez. — (F.) : 8, fracture compliquée de jambe; 9, cancer récidivé de l'œil; 10, conjonctivita purulente; 16, phlegmon du membra supérieur; 14, fistule vésico-vaginale; 22, cancer du sein.

Hôpital de la Charité. — Service da M. Trélat. Salle St-Jean (H.) 2, évidement d'une phalange; 5, pseudarthrose du fémur; 7, hydarthrose; 11, 16, plaie de l'œil; 18, hématocèle vaginale. — Salla Ste-Rose (F.) : 5, épanchement sanguin intra et périarticulaire (genou); 7, fistule vésico-vaginale, pelvi-péritonite, urèthre bifurqué dans son tiers externe ; 10, synchysis étiocelant; 12, cataracte; 14, fracture des deux os de la jambe; 17, abcès ganglionnaire sous-maxillaire; 18, prolapsus utérin.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Verneuil. Salle Saint-Augustin (F.) : 5, ovarite, hématocèle rétro-utérine; 6, genou valgum; 7, abcès de la mamelle; 9, chancre de la lèvre inférieure; 14, polypes muqueux de l'utérus; 21, papillome syphilitique du rectum; 24, rétrécissement du rectum, fistules multiples; 26, fracture du col du fémur; 27, arthrite rhumatismale du genou; 28, plaie par arrachement de la paume de la main. — Salle St-Louis (H.) : 9, éruption diathésique ? affection de la hanche; 21, étranglement interne, compression par una tumeur abdominale (?); 37, vaste brûlure du tronc et du membre supérieur; 38, épithélioma de la lèvre inférieure, récidive dans les ganglions; 43, mal perforant du talon; 45, ostéo-sarcome de la fosse iliaque; 49, 52, fractures de cuisses. — Salle Ste-Eugénie. Service de M. Gombault, M. Rigal, suppléant : 8, cancer du sein au début; 12, ataxia locomotrice à 30 ans, chez une hystérique, 14, tic choréiforme hystérique; 19, ataxie locomotrice à 21 ans; 21, corps fibreux; 22, carcinome da l'utérus avec tubercules du poumon; 31, insuffisance aortique mitrale; 35, insuffisanca mitrale sans souffle; 36, caverna tuberculeusa à 60 ans; 38, insuffisance mitrale, thrombosa da l'artère humérale et pneumonie; 46, angioa pharyngée ulcéreuse; 45, aménorrhée absolue; 55 ans, n'a jamais eu da règles.

Souscription pour les inondés. — A la date du 15 juillet, la souscription faite par les Etudiants en médecine s'élevait à 3.473 francs. La souscription devant être close demain soir samedi, nous faisons un dernier appel aux retardataires.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 9 juillet 1875, on a constaté 902 décès, savoir : variole, 14; — rougeole, 21; — scarlatine, 1, — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 16; — pneumonie, 68; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 22; — *choléra nostras*, »: — angine couenneuse, 8; — croup, 3; — affections puerpérales, 10; — autres affections aiguës, 274, — affections chroniques, 349, dont 148 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 31; — causes accidentelles, 28.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 27 juin au 3 juillet 1,348, savoir : variole, 1; — rougeole, 29; — scarlatine, 69; — fièvre typhoïde, 8; — érysipèle, 8; — bronchite, 69; — pneumonie, 62; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 107; — *choléra nostras*, 6; — diphthérie, 7; — croup, 11, — coqueluche, 54.

Concours d'agrégation en chirurgie. Argumentetion des Thèses. Samedi 17 juillet : Blum, argumenté par Monod et Terrillon; — Marchand, arg. par Pénières et Berger. — Mardi 20 : Roustan, arg. par Pozzi et Jullien; — Richelot, arg. par Blum et Mouod. — Jeudi 22 : Terrillon, arg. par Marchand et Pénières; — De Soyre, arg. par Chantreuil et Pinard. — Samedi 24 : Berger, arg. par Roustau et Pozzi; — Chantreuil, arg par Pinard et de Soyre. — Mardi 27 : Piuard, arg. par Chantreuil et De Soyre.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie, sera ouvert près ladite école le 3 avril 1876.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Bor, suppléaut de chimie, est nommé professeur adjoint de chimie et de pharmacie.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Chapoy, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour six années.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Deroye, docteur eu médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour six années.

Ecole de médecine de Lille. — M. Denon, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour uue période de six années.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Papon, pharmacien de 1re classe est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie pour une période de six aunées.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Ch. Ménier, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle et de matière médicale pour uue période de six années.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Poirault, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur edjoint d'histoira naturelle.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Lefeuvre. docteur en médecine, suppléant d'anetomie at de physiologie, est institué chef des traveux auatomiques pour une période de six années.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy, membre du jury d'agrégation, est autorisé à se faire suppléer par M. le Dr Gross, agrégé près ladite faculté.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Gidou, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour une période de six années.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Boisson, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour une période de six années.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Dupont (Etienne Norbert), pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, pour une période de six années.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Guittard, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1874-75, par M. Caubet, professeur suppléant à ladite école.

Ecole de pharmacie de Paris. — M. Coutenot, licencié ès-sciences, est chargé des fonctions de préparateur des travaux micrographiques à l'école supérieure de pharmacie de Paris.

Erreur anatomique. — Parlant d'un homme traînant une voiture à bras et qui dans une descente fut ranversé par elle, un journal politique écrit que « les roues lui passèrent sur la *jambe*, qui fut cesséa à la *clavicule*. » Les erreurs de ce genre sont communes et montrent la nécessité d'introduire dans l'enseignament l'étude au moins sommaira de l'enetomie humaine.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Furster, professeur de thérapeutique et matière médicale à la faculté de médecine de Montpellier, est autorisé è se faire suppléer pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1874-75 per M. Hemelin, egrégé près la dite faculté. M. Grynfelt, agrégé près la feculté de médecine de Moutpellier, est chargé provisoirement du cours da clinique chirurgicale à la dite faculté.

— Par arrêté du 23 avril 1875, M. le Ministre de l'Instruction publique a fixé au 1er août 1875, à Montpellier, l'ouverture d'un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques da la faculté de médecine de cette ville.

Nécrologie. — Nous apprenons avec une douloureuse surprise la mort de Marit, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, qui vient de succomber, à peine âgé de 58 ans, après quelques jours de cruelles souffrances. M. le médecin inspecteur Cazalis, président du conseil de santé s'est rendu, au bord de la tombe de son collègue, l'interpréte des sentiments unanimes de regret que fait naître une mort si inattendue et si prématurée. Longtemps attaché aux hôpitaux et ambulances de l'Algérie, M. Marit avait été pendant plusieurs années professeur à l'école secondaire d'Alger. On lui doit de nombreuses observations médicales et chirurgicales, des recherches sur la topographie médicale de plusieurs cercles algériens, enfin un *Traité d'hygiène de l'Algérie*. (*Gaz. hebd.*)

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de physiologie normale et pathologique rédigées par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian. Les nos 3 et 4 renferment entre autres les articles suivants : Recherches sur quelques variations que présente la masse totale du sang, par Malassez; — Des prétendus canaux qui feraient communiquer les vaisseaux sanguins et lymphatiques, par J. Tarchanoff; — Recherches sur la mamelle des enfants nouveau-nés, par de Sinéty; — Glioma de la rétine, par Gayet et F. Poncet; — Des globules blancs dans le sang des vaisseaux de la rate, par J. Tarchanoff et Swaen; — Affection encéphalique, par Gayet; — Sur les fonctions des hémisphères cérébraux, par Carville et Duret. Un an, Paris, 20 fr.; départements, 22 fr. Paris, G. Masson.

Louis (Ch.) — De la catalepsie chez les aliénés. In-8° de 69 p. 2 fr.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *juillet* vient de paraître. Un an : 18 fr., département : 20 fr.

Nepveu (G.). Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, avec 2 pl, en chromo-lithographie; mém. qui a obtenu la prix Godard à la Société anatomique. 2e édition revue et augmentée.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Tillaux (P.) — Traité d'auatomie pathologique avec application à la chirurgie. 1er fascicule de 400 p. 7 fr. 50.

Librairie J. DUMAINE, rue et passage Dauphine, 30.

De Riencourt (le comte de). — Les militaires blessés et iuvalides, leur histoire, leur situation en France et à l'étranger. 2 vol. in-8, de 1200 p.

Librairie F. SAVY, rue Hautefeuille, 24.

Vacher. — Etude médicale et climatologique sur les cures d'air dans la phthisie pulmonaire, grand in-8° de 32 p. 1 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 9.

Labarraque (Ed.). Etude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme. In-8 de 140 p. 3 fr.

Roux (J.). De l'arthrite tuberculeuse, démonstration de l'existence de cette affection par inoculation de produits synoviaux. Etude accompagnée d'observations recueillies à l'Hôtel-Dieu de Lyon. In-8 de 49 p. 1 fr. 50.

Librairie O. DOIN, 2, rue Antoine-Dubois.

Bouchut (F.). Recherches thérapeutiques sur l'actiou de l'ésérine dans la chorée. In-8 de 24 p., 1 fr.

Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale, dirigé par M. Dujardin-Beaumetz, recueil paraissant tous les 15 et 30 de chaque mois. Uu an : 18 fr.

Dolbeau. De la réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée à la rotation du membre (précédé Després). In-8 de 12 p., 75 c.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des fammes, accouchements), publiées sous la directiou de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de juillet vient de paraître. Un an : Paris, 18 fr. ; départements, 20 fr.

Dunitrie Staine. — Cow-pox séu vaccina animala. In-4°.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — TYP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 30 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 24 JUILLET 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur TRÉLAT.

Leçons recueillies par A. CARTAZ, interne des hôpitaux.

Ire LEÇON. — Enchondrome de la parotide. — Carcinome du maxillaire supérieur.

Messieurs, vous m'avez vu, il y a huit jours, enlever chez un de nos malades une énorme tumeur de la région parotidienne ; je vais ce matin pratiquer sur cette femme, au lit de laquelle je me suis arrêté tout-à-l'heure, une opération grave, nécessitée par une lésion organique dont la nature, le siége et l'étendue demandent à être discutés quelques instants.

Si je vous parle de ces deux malades en même temps, ce n'est pas qu'il y ait lieu d'établir entre les deux affections une assimilation quelconque ; leur séjour simultané dans nos salles, le siége des deux tumeurs à la face, sont les seuls motifs de ce rapprochement.

Parlons tout d'abord de notre opéré d'il y a huit jours (salle Saint-Jean, n° 6) ; son histoire clinique est des plus simples. Il la rapporte lui-même avec assez de précision.

C'est un homme de 64 ans, vigoureux, bien constitué, n'ayant jamais eu d'indisposition sérieuse, en un mot d'une parfaite santé. Il y a sept ans, sans cause appréciable, il vit survenir au-dessous de l'oreille droite une petite boule dure, ferme, indolente et mobile ; le développement fut progressif, mais assez rapide néanmoins si l'on en juge par le volume actuel ; à aucun moment il n'y a eu de douleurs locales ou périphériques. Depuis quatre à cinq mois, la tumeur a commencé à s'ulcérer ; faut-il y voir le résultat d'applications topiques intempestives, du volume de la tumeur ou de la marche naturelle de l'affection? Ces différentes causes peuvent être les unes et les autres à bon droit suspectées. Quoi qu'il en soit, cette complication survint graduellement sans réaction douloureuse. Actuellement encore les douleurs sont nulles ou insignifiantes : la santé générale est, je le répète, excellente.

Cette tumeur, qui mesure le volume d'un poing d'adulte, occupe exactement la région parotidienne ; mais à la partie supérieure et inférieure, elle a pénétré dans le lobule de l'oreille et elle a envahi son épaisseur. Les limites sont, en arrière, les limites naturelles de la région parotidienne ; en avant, elle vient, en s'inclinant, mourir sur le masséter; bornée en bas par l'angle de la mâchoire inférieure, elle remonte en haut à l'union de la parotide accessoire avec la glande mère, au niveau du canal de Sténon.

C'est une tumeur ferme, dure, assez régulièrement arrondie, recouverte par la peau qui présente son aspect normal, sauf à la partie centrale et culminante, où vous avez pu remarquer une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc. Elle présente une mobilité assez grande ; on peut glisser un peu en dessous l'extrémité des doigts, et on constate facilement qu'elle n'adhère pas à l'aponévrose massétérine. En aucun point, on ne peut percevoir de fluctuation ni même de ramollissement ; sa dureté est uniforme.

Je viens de vous donner les limites de cette tumeur, limites précises au-delà desquelles on ne trouve rien, ni dans la région cervicale, ni dans la région génale ; l'examen attentif de la gorge ne nous révélait rien de particulier. Enfin, il n'existait que quelques très-petits ganglions dans la région sus-claviculaire, ganglions dont le développement est vraisemblablement dû à l'ulcération.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Quel traitement ou pour mieux dire quel procédé opératoire devions-nous employer ? Tels sont les points que je désire discuter devant vous.

Nous écarterons de suite les tumeurs inflammatoires et les tumeurs vasculaires ; celle-ci n'offre aucun caractère de ce genre : ni douleur, ni rougeur, ni pulsations, ni bruit de souffle, en un mot, rien qui rappelle ces variétés. Je ne vous parlerai pas non plus des tumeurs ganglionnaires, car celle de notre malade a rigoureusement les limites de la parotide et une tumeur ganglionnaire, quel qu'ait été son point de départ (ganglion pré-auriculaire, intra-parotidien), n'aurait pas pris si exactement le moule de la glande ; de plus, ces tumeurs ont toujours cette forme lobée qui résulte de leur genèse.

On a signalé et décrit, parmi les tumeurs de la parotide, des enchondromes, des sarcomes, des carcinomes et des lipomes.

Le lipome, pour prendre la plus simple de ces variétés, doit être rejeté ; le début éloigné, la lenteur de la marche concorderait cependant assez bien avec l'idée d'une tumeur graisseuse ; mais le lipome débute dans la parotide, notre tumeur a pris naissance dans les cartilages de l'oreille. Un autre signe, la consistance dure et ferme, n'est pas applicable d'une façon générale au lipome; je dis, d'une façon générale, car il ne faut pas oublier, Messieurs, que certains lipomes, par le développement exagéré des trabécules conjonctives (fibro-lipome, lipome fibreux), ont une consistance très-différente de l'état habituel ; dernièrement M. Demarquay montrait à la Société de Chirurgie un lipome assez dur pour inspirer des doutes sur la nature de la tumeur, doutes qui ne furent tranchés que par l'examen histologique.

Il est rationnel d'éliminer le carcinome : l'ulcération qui pourrait y faire songer est de date récente ; les ganglions sont fort peu engorgés, on n'en trouve que quelques-uns dans le creux sus-claviculaire ; la durée, l'indolence sont d'autre part des signes complétement opposés à une affection de nature cancéreuse.

Il nous reste le sarcome et l'enchondrome : on peut hésiter entre les deux et pencher tout au moins vers l'opinion d'une tumeur mixte. Cependant l'ancienneté de la tumeur, la nature et le siége de son début, ce dédoublement du lobule de l'oreille, sont autant d'indices favorables de la nature cartilagineuse. Le diagnostic entre le sarcome et le chondrome est toujours difficile ; certains sarcomes suivent parfois une évolution très-lente au début ; comme les chondromes, ils peuvent être indolents et s'ulcérer aussi tardivement. Il faut donc rechercher avec soin les particularités qui sont de nature à éclairer le diagnostic ; ici ce développement au voisinage et aux dépens d'un cartilage normal est, avec les différents signes que je vous ai déjà mentionnés, un élément qui permet d'affirmer avec presque certitude la nature cartilagineuse de la tumeur. Je ne vous ai pas parlé de kystes qui peuvent se rencontrer dans cette région : les caractères différentiels sont assez tranchés pour n'y pas songer dans le cas actuel.

On a dit, Messieurs, que les petits chondromes parotidiens ne réclament pas d'intervention chirurgicale ; la chose est élémentaire; mais quand ils prennent un certain volume, quand ils envahissent la glande et menacent d'augmenter de plus en plus, l'opération est indiquée : c'est le cas de notre malade.

L'ablation de la tumeur représente ici l'ablation de la totalité de la glande ou peu s'en faut ; or, vous n'ignorez pas que cette extirpation entraine l'obligation de sacrifier une grande partie du facial ; d'autre part, les rapports intimes que la glande affecte avec l'artère carotide externe exposent à blesser ce vaisseau : ces deux points réservés, il est relativement facile d'éliminer la totalité de la glande. En opérant avec prudence, on évite le second inconvénient ;

le premier est presque fatal, mais il faut tenir compte de la rétraction cicatricielle suivant une perte de substance aussi considérable pour corriger en partie la déviation des traits. Si la tumeur est mal limitée, c'est au chirurgien de juger séance tenante, et pendant les diverses phases de l'opération, les limites qu'il doit dépasser.

— J'ai pratiqué cette ablation en suivant les préceptes recommandés en pareille circonstance ; l'énucléation a été plus laborieuse que je ne le soupçonnais, en raison de quelques adhérences que l'on ne pouvait déterminer de prime abord; je les ai détachées au moyen du doigt et de la spatule ; la ligature d'une veine un peu volumineuse et de quelques petites artérioles a suffi pour amener l'hémostase. En somme, l'opération a été relativement facile ; j'ai dû sacrifier une partie du lobule et de la conque auriculaires qui étaient envahis par la tumeur.

Les jours qui suivirent cette ablation ne furent marqués par aucun phénomène particulier, les douleurs étaient modérées, nous n'avions pas eu la moindre hémorrhagie secondaire, la plaie était belle et tout nous faisait espérer une guérison parfaite, lorsqu'au septième jour est survenu un érysipèle qui, parti des lèvres de la plaie, a envahi la face, le cuir chevelu, déterminant des symptômes encéphaliques, et finalement a entraîné la mort de notre malade.

L'autopsie n'a pu être pratiquée et ne nous a pas permis de constater si notre opération avait été bien complète; l'enkystement de la tumeur, si je puis m'exprimer ainsi, nous permet de l'affirmer *à priori*. Quant à la nature de la tumeur, l'examen histologique est venu confirmer notre diagnostic : c'est un enchondrome, et rien qu'un enchondrome. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. HAYEM, agrégé, suppléant M. le professeur BOUILLAUD.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1)

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

PREMIÈRE LEÇON. — 12 novembre 1874.

Messieurs,

C'est à la fin de la seconde semaine ou au commencement de la troisième que s'observent le plus grand nombre de signes du côté de l'appareil circulatoire, soit parce que de nouveaux symptômes apparaissent, soit parce que les signes existant déjà depuis plusieurs jours acquièrent une plus grande intensité. Les phénomènes peuvent être variables ; mais ceux qui se rencontrent le plus souvent et qu'on peut considérer comme appartenant en propre à ce stade de la maladie sont ceux qui révèlent un affaiblissement plus ou moins considérable des contractions cardiaques.

En appliquant la main sur la région du cœur on sent à peine un léger choc au moment de la systole ventriculaire ; quelquefois même, il est impossible de reconnaître par la palpation l'impulsion cardiaque. Chez les malades maigres la paroi pectorale, au lieu d'être nettement soulevée à chaque contraction en un point limité, est devenue le siége d'une ondulation très-étendue. Cet affaiblissement du choc coïncide avec l'assourdissement du 1er bruit du cœur. Le second bruit conserve au contraire ses caractères normaux. Cependant il peut aussi perdre de sa netteté et souvent il est dédoublé. Quand le souffle systolique s'est montré les jours précédents, il est rare qu'il ne subisse pas une certaine modification sous l'influence de cette faiblesse de la contraction ventriculaire. Lorsqu'il persiste, il est en général moins intense et, dans les cas où l'affaiblissement du cœur est considérable, il disparaît complètement.

D'après Stokes il existerait dans le typhus pétéchial un affaiblissement du cœur analogue, et dans les cas graves cet habile clinicien a constaté la disparition complète du 1er bruit. Dans les faits de fièvre typhoïde que j'ai observés, le premier bruit du cœur quel qu'affaibli qu'il fût, n'a jamais complétement disparu.

(1) Voir le nº 29.

Quand on examine chaque jour les malades au point de vue qui nous occupe, on voit que l'affaiblissement extrême dont nous parlons survient presque toujours lentement, progressivement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et chez quelques malades ces signes d'affaiblissement cardiaque se montrent tout-à-coup, alors qu'aucun trouble ne s'était encore révélé du côté du cœur, et ils s'accentuent rapidement.

Vous observerez peu d'exemples de fièvre typhoïde sans noter l'apparition dans le cours du 3e septénaire d'un affaiblissement plus ou moins marqué du cœur. C'est donc là un fait d'une grande importance et il se révèlera non-seulement par l'examen de la région précordiale, mais encore par celui du pouls.

En effet, les modifications des pulsations artérielles que je viens de vous signaler comme se produisant quelques fois dès la seconde semaine, se montrent plus souvent encore dans la troisième.

Il est facile de comprendre qu'à une contraction affaiblie du cœur doit correspondre une pulsation artérielle faible. Cependant, ne croyez pas qu'on trouve un pouls petit, filiforme. Le plus souvent, au contraire, vous constaterez précisément l'inverse.

Ainsi que je vous l'ai déjà indiqué à propos des signes appartenant au 2e septénaire, les pulsations sont amples, mais dicrotes et dépressibles.

Malgré l'ampleur considérable qu'elle acquiert à chaque battement, l'artère s'écrase facilement sous le doigt et il en est de même lorsqu'on applique le sphygmographe. En comprimant très-modérément l'artère on obtient un tracé très-élevé qui s'affaisse dès que la pression du ressort devient plus grande.

Outre les pulsations amples et dicrotes telles que celles dont je vous montre les tracés (fig. 39) on observe plus souvent encore que pendant la seconde semaine des intermittences du pouls.

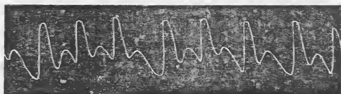


Fig. 39. — Myocardite — 21e jour — quelques heures avant la mort.

Ces intermittences se succèdent presque toujours à des intervalles réguliers. Vous pouvez voir sur les tracés qui sont sous vos yeux qu'elles se montrent régulièrement toutes les 3 ou toutes les 4 pulsations. Tels sont les rhythmes le plus fréquents de ces irrégularités. (Fig. 40, 41, 42).

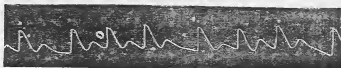


Fig. 40. — Myocardite — 20e jour — veille de la mort.



Fig. 41. — Myocardite — 19e jour — veille de la mort.

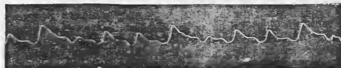


Fig. 42. — Myocardite — 16e jour — guérison.

Lorsque, malgré de semblables troubles circulatoires, la

maladie touche à la période de défervescence, les symptômes que je viens de décrire ne tardent pas à se modifier.

Mais le retour à l'état normal est traînant comme cette défervescence elle-même et il est encore loin d'être complet au moment de la convalescence.

On peut observer diverses particularités. Dans les cas où il s'est produit un souffle systolique, on peut comme chez notre malade du nº 21, Saint-Jean-de-Dieu, le voir disparaître tout-à-coup vers la fin de la maladie. Chez d'autres malades le maximum du bruit du souffle se déplace.

Après avoir siégé bien nettement à la pointe, près du mamelon, il se porte à droite vers le sternum et tend peu à peu à remonter vers la base. En même temps ce souffle devient plus doux et prend d'une manière de plus en plus nette tous les caractères d'un souffle anémique. Telle a été l'évolution des phénomènes cardiaques chez le jeune médecin suisse couché au nº 16 bis. D'ailleurs à cette époque les malades offrent tous les signes de l'aglobulie.

Vous observerez cette anémie de la convalescence chez tous les malades sans exception et, dans quelques cas, elle se traduira par des signes aussi accentués que ceux de l'anémie chlorotique. Examinez, par exemple, outre les malades dont je viens de vous parler, les convalescents de fièvre typhoïde qui sont actuellement placés aux nºs 11 et 14 de la salle Saint-Jean de Dieu. On peut noter chez eux la décoloration de la peau et des muqueuses, un souffle doux; mais bien net à la base du cœur et un souffle intermittent dans les vaisseaux du cou ou même un souffle continu avec renforcement, un véritable bruit de diable.

Ce sont là d'ailleurs des phénomènes que vous retrouverez dans toutes les convalescences des maladies aiguës.

Lorsque les malades auront présenté surtout les signes de l'affaiblissement du cœur, on voit renaître avec la chute de la fièvre, des contractions plus énergiques; le premier bruit du cœur reprend ses caractères normaux, le dédoublement du second temps cesse lorsqu'il s'était manifesté. Mais ce rétablissement de l'état primitif ne s'accomplit pas en un jour; il se fait, au contraire, avec lenteur et suit très-exactement la marche de la convalescence elle-même.

L'étude du pouls présente encore ici un grand intérêt. Le dicrotisme et le développement ample des pulsations disparaissent. Le pouls devient assez rapidement petit, quelquefois même filiforme. Sur les tracés sphymographiques on ne retrouve plus la ligne verticale et souvent si élevée de la période fébrile ; le levier à peine soulevé de quelques millimètres retombe en traçant une ligne tremblée; au dicrotisme a succédé le bidicrotisme ou le polycrotisme.

Très-souvent aussi on observe sur les tracés des intermittences qui correspondent à des faux pas du cœur ou à de véritables pauses. Ces intermittences sont plus fréquentes et en général moins régulières dans leur rhythme que celles de la période fébrile. Elles n'ont rien de spécial à la fièvre typhoïde. Vous les retrouverez, ainsi que l'a fait voir notamment M. Lorain dans son remarquable *traité du pouls*, dans la convalescence de la plupart des maladies aiguës.

Enfin, pour ne rien oublier, je vous ferai remarquer que les convalescents de fièvre typhoïde ressentent souvent, comme tous les anémiques, des accès passagers de palpitations cardiaques, soit quand ils éprouvent la moindre émotion, soit lorsqu'ils recommencent à marcher d'un pas mal assuré et incertain.

— Les troubles cardiaques dont nous parlons passeraient complètement inaperçus sans un examen attentif du cœur et du pouls. Jamais les malades ne se plaignent d'une douleur dans la région précordiale et lorsqu'ils ont de la dyspnée, ce symptôme est toujours en rapport avec l'état de l'appareil respiratoire. Vous savez, d'ailleurs, qu'il en est de même dans la plupart des maladies du cœur et que dans le rhumatisme, par exemple, vous ne soupçonneriez pas l'existence d'une endocardite, même très-grave, si vous négligiez l'auscultation quotidienne du cœur dans cette maladie.

Les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde sont comme perdues dans un ensemble symptomatique complexe, plus ou moins grave; elles veulent être recherchées et découvertes. Mais lorsque l'attention est éveillée sur ce point, après avoir reconnu la fréquence et l'intensité des troubles de la circulation centrale, il reste encore à examiner quels peuvent être les effets éloignés de cette cardiopathie de la fièvre typhoïde.

Fort heureusement dans la plupart des cas, même lorsqu'il existe des symptômes cardiaques d'une grande netteté, la maladie suit son cours d'une manière régulière et la convalescence se fait normalement. Cependant l'affaiblissement du cœur n'est probablement pas étranger à certains troubles importants qu'on observe dans d'autres appareils.

Vous savez que la fièvre typhoïde s'accompagne invariablement de congestion pulmonaire et que souvent cette stase sanguine dans les vaisseaux du poumon devient intense et redoutable. Or, il est difficile de ne pas admettre un rapport étroit entre le défaut d'énergie du cœur et la réplétion des vaisseaux pulmonaires.

L'affaiblissement de la contraction ventriculaire n'est évidemment pas le seul élément à invoquer ici; mais les faits cliniques aussi bien que les données fournies par l'anatomie et la physiologie de l'appareil respiratoire, nous permettent d'affirmer l'importance considérable de cette cause.

Il est plus difficile de dire quelle part revient au cœur dans le développement des troubles du système nerveux central. La stupeur, l'assoupissement, le délire reconnaissent des causes trop multiples dans la fièvre typhoïde pour qu'il me soit possible d'indiquer les effets de l'affaiblissement cardiaque sur l'encépale.

Chez certains malades on observe du délire et des phénomènes nerveux très-accusés sans troubles cardiaques prononcés et, au contraire, chez d'autres, des phénomènes cardiaques graves se développent sans que le système nerveux en soit notablement impressionné.

Il existe, du reste, dans la fièvre typhoïde, des lésions quelquefois très-marquées des couches corticales, lésions qui expliquent mieux, que ne pourrait le faire une cause éloignée, les symptômes cérébraux.

Outre les effets éloignés des troubles cardiaques, on peut encore voir survenir dans la fièvre typhoïde des accidents redoutables ou même mortels qui se rattachent encore, ainsi que j'espère vous le démontrer, à l'histoire des manifestations cardiaques.

J'attirerai tout d'abord votre attention sur ces faits de mort subite auxquels je faisais tout à l'heure allusion. Certains malades, dans des cas quelquefois peu graves en apparence, parvenus à une certaine époque de la maladie, souvent au moment de la défervescence ou au commencement de la convalescence, meurent brusquement; ils sont comme foudroyés. Ils pâlissent, poussent un faible cri, on accourt et déjà ils sont morts. Quelques-uns même succombent sans proférer un seule plainte; ils tombent à la renverse comme dans une syncope et ne donneut plus signe de vie ; on les quitte un instant sans avoir sur leur état la moindre préoccupation, on revient immédiatement et on les retrouve inanimés. Quand on assiste à cette mort soudaine on constate chez quelques malades, au moment de la perte de connaissance, de légers mouvements convulsifs dans la face, ou les membres supérieurs, ou à la fois dans ces deux parties.

Ainsi que je vous l'ai dit ces exemples de mort subite ne sont malheureusement pas très-rares; la plupart d'entre eux ont été consignés dans la thèse très-intéressante de M. Dieulafoy (Paris 1869), et pour ma part j'en ai observé, depuis l'année 1868, une dizaine de cas.

Les malades succombent presque toujours dès la première syncope ; quelquefois cependant, ils ne meurent qu'à la seconde ou à la troisième. Je ne connais qu'un seul exemple de survie à la suite d'une syncope complète et prolongée. Il appartient à la pratique de M. Kiener, de Montpellier, et il est rapporté dans la thèse d'un de ses élèves, M. Rémy Longuet (Paris, 1873).

Chez d'autres malades, l'affaiblissement cardiaque que vous connaissez maintenant devient extrême et on voit survenir, non plus une syncope mortelle, mais un état tout particulier, décrit par Wunderlich sous le nom de *collapsus*. Le choc précordial devient faible, presque insensible, le pouls filiforme, les extrémités se cyanosent et se refroidissent. Le visage est terne, bleuâtre, grippé ; les yeux sont excavés, les lèvres et les pommettes sont bleuâtres, le nez est froid, une sueur froide et visqueuse couvre les tempes. Le regard est fixe, sans expression, les paupières à demi-closes, la voix est faible, cassée, les mouvements lents et incertains, la prostration extrême.

En même temps la température est abaissée; plus rarement elle est, au contraire, plus élevée, circonstance qu'il faut regarder avec Griesinger comme plus défavorable (1).

Cet état de collapsus est en général passager, il dure quelques heures et constitue ainsi une sorte d'accès qui, s'il ne se reproduit pas, peut n'avoir qu'une influence médiocre sur le cours et la terminaison de la maladie.

Mais on peut observer encore des accès successifs plus ou moins nombreux et d'intensité variable. Ces accidents appartiennent à la période d'état et à la fin de la maladie; cependant, dans des cas très-graves Griesinger a observé dès la première semaine des accès de collapsus alternant avec les exacerbations fébriles.

Lorsque l'état de collapsus entraîne la mort des malades, ceux-ci succombent en général par asphyxie lente. J'ai observé plusieurs cas de ce genre. En voici un, entre autres, que j'ai recueilli en 1869, alors que j'étais interne chez mon maître, M. Tardieu.

La malade âgée de 26 ans, d'une constitution extrêmement vigoureuse, était atteinte de fièvre typhoïde depuis environ 12 jours. Au moment de notre examen elle était dans un état de collapsus complet et incapable de donner aucun renseignement.

Prostration considérable des forces, extrémités froides et cyanosées, pommettes et lèvres bleuâtres, face grippée, yeux profondément excavés, voix éteinte, rire sardonique et marmottement continuel, tels étaient les signes généraux que l'on constatait. Le pouls était petit, filiforme, extrêmement fréquent (150 p.), les contractions cardiaques étaient faibles. Le premier bruit du cœur n'avait pas disparu ; mais les deux bruits se succédant à intervalles égaux et ayant à peu près le même timbre sourd, le rhythme cardiaque ressemblait à celui du cœur d'un fœtus. C'est là une particularité qui se trouve notée dans quelques-unes de mes observations.

Il était facile de se convaincre qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde, le ventre était ballonné et couvert de taches rosées lenticulaires en voie d'évolution. La malade laissait échapper des matières liquides abondantes. Les lèvres et les narines étaient fuligineuses, la langue était sèche, brunâtre. Dans la poitrine on entendait de nombreux râles sibilants en avant et en arrière.

Cet état grave persista les jours suivants et la malade succomba par asphyxie progressive, trois jours après son entrée à l'hôpital. Jusqu'au dernier moment le pouls était resté très-fréquent, régulier, mais mou et filiforme; les battements cardiaques de plus en plus faibles étaient devenus insensibles à la palpation deux jours avant la mort. A l'auscultation les bruits étaient masqués par des râles très-abondants.

Chez quelques malades les accès passagers de collapsus alternent avec des lipothymies ou des syncopes et dans ces circonstances la mort peut être brusque. La syncope mortelle survient tantôt pendant le collapsus, tantôt, au contraire, au moment d'une amélioration plus ou moins marquée.

Messieurs, cette description vous montre que l'étude clinique des phénomènes symptomatiques que peut présenter l'appareil circulatoire dans la fièvre typhoïde, est assez complexe. Nous avons reconnu d'une part des signes physiques évidents d'affection cardiaque, de l'autre des accidents graves, souvent mortels qui consistent, soit dans des accès de collapsus avec affaiblissement extrême de la circulation, soit dans des lipothymies et des syncopes par arrêt du cœur.

Il nous faut maintenant chercher à établir la nature de cet état cardiaque et voir si ces divers phénomènes peuvent sans conteste lui être rattachés. Pour atteindre ce but, nous devons examiner tout d'abord ce qui ressort des études anatomo-pathologiques. Nous le ferons d'une manière très-succincte.

Les altérations cardiaques qu'on trouve dans ces cas, siégent dans le muscle lui-même, jamais dans les séreuses. On ne trouve ni endocardite, ni péricardite.

Cependant, Griesinger a constaté dans un cas de mort dans le collapsus, une endocardite végétante de la valvule mitrale, et il signale aussi la possibilité de rencontrer une péricardite. Ce sont là des lésions extrêmement rares.

Les altérations de la paroi sont, au contraire, très-fréquentes; mais elles n'existent pas toujours au même degré dans tous les cas de fièvre typhoïde. Jusqu'à présent je les ai toujours trouvées très-prononcées chez les malades morts dans le collapsus ou dans une syncope.

Le cœur conserve sa forme générale; quelquefois, il est notablement atrophié. Le tissu charnu examiné sur les coupes, est plus ou moins décoloré, d'une couleur jaune, feuille-morte, terne, et quelquefois il présente des stries ou des plaques rougeâtres. La consistance est rarement tout-à-fait normale; elle peut être augmentée, mais plus souvent encore elle est plus ou moins diminuée et en même temps on note une friabilité anomale. Le ramollissement général, très-accusé dans quelques cas, est de tous ces caractères celui qui avait attiré le plus l'attention des premiers observateurs.

Il a été parfaitement décrit par Louis; Chomel et de Laroche l'ont également signalé.

Il m'a semblé que ce ramollissement pouvait être quelquefois une lésion cadavérique. En tout cas, on trouve souvent des altérations très-accusées lorsque le cœur est encore ferme ou même plus dur qu'à l'état normal. Pour se rendre compte de ces altérations, il fallait l'intervention du microscope. C'est Hermann Stein (1861) qui nous a donné, sur ce point, les premiers renseignements. Depuis ont paru les travaux importants de Zenker, E. Wagner, E.-E. Hoffmann, etc.

Les principales modifications portent sur les fibres musculaires elles-mêmes. Elles consistent en une dégénérescence granulo-graisseuse, et souvent aussi en une dégénérescence spéciale, appelée dégénérescence vitreuse. On peut trouver ces modifications réparties inégalement en divers points de la même fibre et, à côté des fibres altérées, on voit presque toujours un grand nombre de fibres saines ou à peine modifiées. Ces altérations sont disséminées çà et là de la manière la plus irrégulière, et elles peuvent très-bien échapper à un examen superficiel. Pour les découvrir il faut examiner la paroi du cœur dans toute son épaisseur et à l'aide de coupes.

Outre les transformations du contenu strié, on observe une multiplication des noyaux musculaires et une tuméfaction plus ou moins marquée du protoplasma qui les entoure.

Le tissu interstitiel est également le siége d'altérations plus ou moins marquées et qui consistent essentiellement dans l'apparition d'un grand nombre d'éléments cellulaires nouveaux.

Les vaisseaux eux-mêmes peuvent être atteints. Outre une stase plus ou moins étendue dans les capillaires et quelquefois même une infiltration sanguine diffuse du tissu conjonctif, on peut noter une multiplication des éléments cellulaires de la tunique interne des petites artères, une véritable endartérite plus ou moins étendue. J'ai déjà observé un bon nombre de fois cette endartérite dans des cas de mort subite et, chez la malade morte dans le collapsus dont je vous ai résumé l'histoire, il existait une oblitéra-

(1) Infectionskrankheiten, 1864.

tion d'une branche importante de la coronaire antérieure et un infarctus hémorrhagique correspondant qui siégeait dans la cloison interventriculaire. Le cœur extrêmement ramolli était altéré à un degré considérable.

Ces études anatomiques établissent donc que les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde répondent à des lésions importantes. Nous trouvons là, en effet, tous les caractères d'un processus irritatif avec dégénérescence des éléments propres du tissu. On a désigné ces altérations du cœur sous le nom de cardite ou de myocardite. Pour ceux qui ne voudraient pas y reconnaître tous les caractères d'une véritable inflammation, l'expression de *dystrophie aiguë* ou de *dystrophie irritative* répondrait très-bien aux faits anatomiques observés.

Maladie de Bright; hémorrhagie méningée;

Par **BALZER**, interne des hôpitaux.

La nommée T.., 46 aus, blanchisseuse, entrée le 5 *février* 1875, dans le service de M. Duguet, suppléant M. le professeur Axenfeld. Au moment de son entrée, elle vient d'avoir une attaque épileptiforme, et elle est encore dans le stertor. Elle est brune, de taille moyenne, d'uue bonne constitution en apparence, et ne semble pas avoir souffert. Deux heures après son entrée, à 7 heures du soir, elle a eu une nouvelle attaque caractérisée par un tremblement général, des mouvements convulsifs des bras, avec perte de conuaissance et écume aux lèvres. L'attaque convulsive n'a pas duré deux minutes, et a été immédiatement suivie de stertor. Pendaut l'attaque, les pupilles se sont dilatées, et la malade s'est mordu la langue avec une extrême violence.

Dans la nuit du 5 *au* 6 *février*, on observe encore deux attaques de même nature avaut deux heures du matin. Toutes ces attaques sont accompagnées d'émission involontaire des uriues.

6 février. La malade a repris connaissance. Elle répond avec assez de netteté aux questions qu'on lui adresse. Elle se plaint de fatigue, de brisement des membres, de céphalalgie : elle est immobile dans le décubitus dorsal, avec le facies abruti des malades qui viennent d'avoir des attaques d'épilepsie. Dans l'après-midi, ses parents viennent la voir, elle s'entretient assez bien avec eux. Examinées après les attaques, le matiu, les urines sont opalines, un peu troubles : traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles fournissent une notable quantité d'albumine, qui se forme en flocons dans le tube. La malade, du reste, urine assez abondamment. Nulle part, sur son corps, ne se trouve d'œdème.

7 février. Pas d'attaques hier dans la journée, ni dans la nuit ; à la visite du matiu, les urines traitées par la chaleur et l'acide nitrique, sont à peines troublés ; elles conserveut toujours la même apparence. Sa fille vient la voir dans l'après-midi ; elle est prise d'une nouvelle attaque semblable aux précédeutes. La fille raconte que jamais sa mère n'avait eu d'attaques semblables avant le *4 février*. Elle a eu la première ce jour-là, en rentrant chez elle de son travail, et elle dut en subir plusieurs autres daus la journée et dans la nuit qui précéda son entrée. Jusque-là elle s'était toujours assez bien portée. Mais elle se livrait à des excès de boissons, et elle avait préseuté quelques symptômes d'hystérie, tels que points douloureux, boule hystérique, etc. Dans la nuit les attaques se succèdent euviron toutes les deux heures.

8 février. On la trouve le matin dans le décubitus dorsal, la respiration lente, embarrassée, les pupilles dilatées, la face légèrement bleuâtre ; la langue est mordue, très-gonflée, la bouche est pleine de sang noir desséché. Le facies exprime la stupeur la plus profonde. Pourtant, elle fait effort pour tirer la langue hors de la bouche, lorsqu'on le lui commande. Elle exhale une odeur fétide, causée par les urines dans lesquelles elle est constamment baignée. Ces urines présentent le même aspect; la chaleur fait précipiter l'albumine et leur donne une teinte rouge lie de vin très-marquée. La quantité d'albumine paraît augmenter un peu, lorsqu'on sonde la malade immédiatement après l'attaque.

Les attaques se succèdent sans interruption pendant toute la journée, séparées par un très-court intervalle, pendant lequel la malade ne paraît pas retrouver connaissance ; elle est presque continuellement dans le stertor.

9 février. Vers le matin, la respiration s'embarrasse, le râle trachéal devient très-intense, la pâleur s'accentue de plus en plus, elle meurt à 7 heures 1/2.

Autopsie. Au dessous de la dure-mère, entre cette membrane et la pie-mère, vers la partie moyenue et inférieure de l'hémisphère gauche, on trouve un caillot noir, aplati, présentant 3 centimètres de diamètre. Du même côté, la dure-mère est injectée, mais ue présente pas trace de néo-membranes. A la surface du cerveau, on trouve une suffusion sanguine assez légère.

Les artères du cerveau sout légèrement athéromateuses. Les coupes verticales de cet orgaue ne présentent rien de particulier : pas d'anévrysmes miliaires. On trouve seulement dans l'hémisphère gauche uue lacune assez étendue.

Le bulbe paraît normal. Mais la protubérance présente un piqueté abondant, sur toutes les coupes.

Le volume du foie est normal, il est un peu congestionné. Rate grosse, dure. Petit kyste dans l'ovaire gauche ; corps fibreux de l'utérus. Les poumons et les ganglions bronchiques sont très-pigmentés. La coupe des poumons laisse écouler une quantité considérable de sérosité spumeuse et rougeâtre. Les bronches sont hypérémiées.

Le cœur gauche est très-hypertrophié. Ses parois présentent une épaisseur de 3 centimetres. Il est rempli de caillots de formation récente, et refoule le veutricule droit dont la pointe fait saillie en dehors, ce qui donne à la pointe du cœur un aspect bifide. Les valvules du cœur sont saines. L'aorte n'est pas athéromateuse. L'estomac est rétracté, rempli de bile. Les intestius sont sains.

Le *rein* gauche est considérablement diminué de volume, il ne pèse avec ses euveloppes que 70 grammes. L'uretère est parfaitement perméable, l'artère rénale a conservé son calibre normal. La capsule fibreuse du rein est très-épaissie ; elle se détache de la surface corticale du rein, en enlevant quelques fragments de celui-ci. Le rein est pâle, on voit à sa surface les étoiles de Verheyen très-développées. En même temps, il est granuleux, sa surface est comme chagriuée. Sur ses deux faces, on trouve quelques petits kystes urinaires. Sur une coupe verticale, on voit que les deux substauces out considérablement diminué d'épaisseur. Les calices remontent jusqu'à moins d'un centimètre de la surface du rein ; toutefois les deux substances corticale et tubuleuse n'en restent pas moins assez nettement distinctes, malgré cette diminution d'épaisseur. La couleur du rein, dans son intérieur, est la même qu'à la surface. On voit sur la coupe les orifices béants des artères dont les parois semblent épaissies.

Le rein droit a été beaucoup plus atteint par la maladie. Il est extrêmement petit et ratatiné : il ne pèse avec ses enveloppes que 25 grammes. L'uretère est réduit au volume d'une plume d'oie. Il reste encore perméable. La capsule fibreuse est également très-épaisse et adhère au tissu du rein. Les étoiles de Verheyen sont moins visibles à la surface du rein droit qu'à celle du rein gauche. Il est aussi plus rugueux, plus pâle ; les granulations sont plus saillantes et entourées d'un sillon plus profond. Il présente également deux kystes uriuaires, l'un assez considérable à son sommet, l'autre un peu au-dessous de l'extrémité inférieure. Sur une coupe verticale, on voit que le bassinet et le calice ont considérablement diminué d'étendue. Néanmoins ce sont eux qui occupent presque toute la surface de la coupe. Les deux substances, corticale et médullaire sont absolument confondues; il est impossible, en aucun point, de les distinguer l'une de l'autre. L'extrémité externe des calices s'avance jusqu'à trois, et même en certains poiuts, jusqu'à deux millimètres de la surface du rein. De même que dans le hile du rein gauche, on trouve une notable quantité de graisse qui accompagne les calices et les gros vaisseaux.

Sur des coupes fines, examinées au microscope après durcissement dans l'alcool absolu, et coloration avec le picro-carminate d'ammoniaque, on voit que les deux reins présentent les lésions caractéristiques de la néphrite interstitielle. Sur les

coupes du rein droit, les tubes droits ont complétement disparu, on ne retrouve çà et là que quelques îlots de canaux contournés, et aussi quelques glomérules de Malpighi; on trouve plusieurs tubes remplis de matière colloïde colorée en jaune par le picro-carminate ; on voit enfin une quantité considérable de noyaux de tissu conjonctif, qui occupent presque toute l'étendue de la coupe, et se colorent fortement par le carmin. Ces noyaux sont surtout abondants autour des vaisseaux du rein : les artères du rein ont, de la sorte, leurs parois considérablement hypertrophiées. On les voit de même, former une espèce de ceinture autour des rares glomérules de Malpighi qu'on trouve sur la coupe. En certains points, la membrane interne des artères est très-épaissie.

Les vaisseaux du rein gauche présentent les mêmes altérations que ceux du rein droit, et presque au même degré; cependant les glomérules, beaucoup plus abondants, sont entourés d'une couche de tissu conjonctif beaucoup moins épaisse. Comme à gauche, ils sont pâles, couverts de noyaux, et se colorent très-faiblement par le carmin. L'épithélium des tubes droits et des tubes contournés semble normal. La prolifération du tissu conjonctif semble avoir été surtout abondante dans la substance corticale. On voit les noyaux fortement colorés par le carmin, et paraissant rangés suivant des lignes assez régulières, entourer de tous côtés les îlots des tubes contournés restés sains, et envoyer au milieu d'eux des prolongements jusqu'au niveau des tubes collecteurs. On trouve un certain nombre de tubes remplis de matière colloïde. La prolifération des noyaux du tissu conjonctif est également très-abondante au niveau des tubes droits, qui sont situés dans une véritable gangue du nouveau tissu, qui les accompagne jusqu'à leur ouverture dans les bassinets.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Étiologie du Scorbut.

Au mois d'août de l'année dernière, M. Villemin présentait à l'*Académie de médecine* un travail fort intéressant sur le scorbut. Cette communication ou plutôt ce mémoire se composait de deux parties dans lesquelles l'auteur cherchait à prouver : 1° que toutes les causes généralement admises ne peuvent suffire à expliquer le développement du scorbut; et 2° que cette maladie est d'origine miasmatique et épidémique. C'était là une sorte de révolution dans les idées qui avaient cours jusque-là sur la nature du scorbut, révolution non moins importante au point de vue pratique que sous le rapport théorique.

La doctrine traditionnelle trouva un défenseur ardent et convaincu dans M. Leroy de Méricourt; puis la discussion se trouva suspendue pendant plusieurs mois : elle reprit seulement à la fin de mai, pour se terminer il y a quelques semaines. Cette fois encore la lutte resta circonscrite entre les deux médecins qui l'avaient engagée, mais pour être limitée sous ce rapport, elle n'en prit pas moins une grande importance par la valeur des arguments produits de part et d'autre, et par la façon énergique, mais d'ailleurs parfaitement académique, avec laquelle ils étaient exposés. Nous ne pouvons prétendre à donner ici en quelques lignes un résumé même succinct de cette discussion, qui occupe dans les Bulletins de l'Académie plus de 300 pages, et qui porte sur un nombre considérable de faits demandant à être connus en détail; mais, dans l'examen que nous en ferons, nous chercherons seulement à montrer en quoi diffèrent les deux opinions, et pour cela nous suivrons la division adoptée dans le mémoire qui fut le point de départ de la discussion.

Toutes les causes invoquées par les auteurs n'ont pour M. Villemin qu'une valeur très-restreinte, et jouent tout au plus le rôle de causes adjuvantes : La tristesse, l'abus du tabac, la fatigue et l'oisiveté, le froid, l'humidité ont paru à certains médecins suffire pour expliquer le développement de la maladie; mais il est facile de citer des cas dans lesquels on observait des conditions absolument opposées ; l'usage des salaisons ou d'aliments avariés, la famine, l'absence dans l'alimentation des sels de potasse sont des éléments importants, sans doute, mais qui ne peuvent pas à eux seuls déterminer le scorbut; enfin la privation de végétaux frais, et comme on l'a dit, d'eau de végétation est aussi incapable par elle-même de donner naissance au scorbut, et lorsque les aliments végétaux amènent la guérison du scorbut, c'est à la condition d'être mangés *sur le rivage* par les scorbutiques *débarqués;* en pareil cas, le salut est dans l'éloignement du foyer morbifique.

En somme, dit M. Villemin « nous pouvons voir par les diverses manifestations épidémiques du scorbut, que cette affection n'est déterminée par aucune des nombreuses causes que l'étiologie classique lui assigne. Les inductions qu'on a cru pouvoir tirer d'une épidémie sont détruites par l'observation d'une autre. Jusqu'ici nous n'avons rien vu d'applicable à la généralité des faits. C'est partout contradictions, assertions qui se détruisent mutuellement..... C'est pourquoi nombre d'auteurs plus embarrassés que satisfaits de ce luxe étiologique, ont adopté une opinion éclectique au moyen de laquelle ils espèrent concilier les faits contradictoires. Le scorbut, selon eux, ne serait pas toujours l'effet d'une même cause. L'une ou l'autre de celles que nous venons d'énumérer, souvent plusieurs à la fois concourraient à sa production..... Cet éclectisme ne nous semble pas résoudre la difficulté. Oui, sans doute, toutes les conditions hygiéniques défavorables peuvent jouer le rôle de causes prédisposantes; elles peuvent bien préparer et favoriser l'explosion de la maladie, seconder sa propagation et son extension, mais elles ne suffisent pas à la créer sans l'*intervention d'un déterminateur spécial.* »

L'opinion de M. Leroy de Méricourt est tout opposée : « Le scorbut, dit-il, sorte d'*étiolement* humain, survient lorsque l'économie débilitée par des influences dépressives variables et diversement associées, ne trouve pas dans une alimentation suffisamment réparatrice, et surtout variée, les moyens de maintenir la nutrition dans des conditions normales. Si bon nombre d'auteurs ont mis en relief une cause déprimante particulière comme principal facteur du scorbut, c'est qu'ils ont été surtout impressionnés par l'action dominante de cette cause, dans les circonstances où ils se sont trouvés, mais toujours on trouve simultanément comme constante pathogénique, la défectuosité de la ration alimentaire, et surtout, l'absence de végétaux frais. » Du reste, dans cette appréciation des causes, il ne suffit pas d'envisager quelles sont les conditions au milieu desquelles vivent les hommes, lorsque les manifestations du scorbut éclatent, mais encore celles qui leur ont été faites pendant les mois qui ont précédé ces manifestations.

Reprenant un à un les arguments de M. Villemin, M. Leroy de Méricourt montre que beaucoup des faits invoqués par lui, et dont les détails ne lui étaient pas toujours parfaitement connus, ont une signification tout autre que celle qu'il a cru pouvoir leur donner ; puis il expose

une série de cas dans lesquels le scorbut paraît dû, en effet, aux causes généralement admises. L'une des observations les plus intéressantes à cet égard est l'histoire de l'épidémie qui se déclara sur le transport l'*Orne*, parti de Brest pour la Nouvelle-Calédonie au commencement de 1873. Le scorbut débuta après six semaines de traversée, atteignant surtout les déportés, et après avoir résisté à tous les moyens, céda d'une façon merveilleuse, dès que, profitant d'une relâche à Melbourne, on put donner des végétaux frais. A partir de ce moment jusqu'à l'arrivée à Nouméa, il ne se présenta plus de nouveaux cas, mais au contraire les accidents que le régime monotone, aidé d'autres causes adjuvantes, avait produit, disparurent avec rapidité. Pourtant, à part le changement de régime, toutes les autres conditions défavorables avaient non-seulement persisté, mais encore avaient été aggravées par le fait de la relâche... Des faits de cette nature, dit M. Leroy de Méricourt, ont « toute la puissance démonstrative d'une expérience entreprise scientifiquement. »

Nous n'insistons pas davantage sur l'argumentation de M. Leroy de Méricourt; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, nous voulions seulement indiquer les dissidences qui séparaient les deux adversaires.

Dans la seconde phase de la discussion, ces dissidences ont persisté, mais en s'atténuant de part et d'autre, et tandis que M. Villemin, sans renoncer à la doctrine des miasmes, paraît accorder dans l'étiologie du scorbut à l'action des causes adjuvantes et particulièrement à la privation des végétaux frais une part plus grande que celle qu'il lui attribuait d'abord, de son côté, M. Leroy de Méricourt fait aussi quelques concessions, et insistant un peu moins sur le rôle des végétaux frais, donne plus d'importance que dans sa première argumentation aux autres conditions hygiéniques. Sous ce rapport donc, il semble que l'accord tende à se faire ; il n'en est pas de même, pour ce qui concerne la nouvelle doctrine de M. Villemin, que nous devons maintenant exposer avec quelques détails.

(*A suivre.*) A. Sevestre.

La liberté de l'Enseignement supérieur.

L'article 13, dont nous avons donné le texte (voir le n° 28 du *Progrès médical*), a été l'objet d'une addition importante. Les baccalauréats ès-lettres et ès-sciences resteront exclusivement conférés par les Facultés de l'Etat. M. Lepetit supprimant les art. 13 et 14, voudrait que les élèves des Facultés libres soient obligés de se présenter pour l'obtention des grades devant les Facultés de l'Etat. Si remarquable que soit son discours, M. Lepetit ne produisant pas, comme il le dit lui-même, d'arguments nouveaux et se bornant à condenser ceux qui lui paraissent justifier son amendement, nous le mentionnons seulement en regrettant d'y retrouver cette confusion du grade scientifique et du grade professionnel, qui affaiblit toujours les arguments des partisans de la collation par l'Etat. Pour la même raison, c'est-à-dire pour éviter des répétitions, nous ne faisons que signaler la réplique de M. Chesnelong.

En lisant le projet de MM. de Rambures et Hervé de Saisy (1), nous avons espéré voir cesser cette confusion dont nous venons de nous plaindre encore, et la discussion se placer enfin nettement sur ce qui est pour nous le véritable terrain de la liberté de l'enseignement supérieur. Leur système se rapproche en effet beaucoup de celui que nous avons indiqué dans notre dernier article, à la suite du projet de jury d'Etat exposé par M. Raoul Duval. Il lui serait même identique s'il n'était plus radical. Par le silence qu'il garde sur les médecins et les avocats, le projet de MM. de Rambures et de Saisy paraît supposer la liberté professionnelle pour le barreau et la médecine, tandis que nous réservions cette question pour ne pas en compliquer celle qui est en discussion. Mais en soutenant son amendement, M. de Rambures, au malheur de ne pouvoir se faire entendre, a joint le tort grave de se livrer à des considérations générales et confuses, quelquefois peu afférentes au sujet, au lieu de présenter une argumentation serrée. Jamais, on peut le dire, meilleure cause n'a été plus mal défendue. M. de Rambures n'avait pourtant qu'à emprunter les armes toutes forgées de Bastiat, dont il a évidemment lu les œuvres, mais sans les digérer. Ses forces ont de toute façon trahi son intention dont il faut, malgré cela, lui savoir gré, bien qu'il ait retiré son amendement.

M. Laboulaye reconnaît que le fond de l'amendement est un système très-sérieux, très-défendable, contre lequel il n'a, dit-il, qu'une objection, mais elle est considérable : c'est qu'il est le bouleversement complet de l'enseignement libre et de notre enseignement public; c'est la suppression des examens et, dans un temps donné, de l'Université. N'en déplaise à M. Laboulaye, la première partie de son objection nous semble très-peu considérable : elle s'appliquerait à tout changement, et le système qu'il défend bouleverse bien un peu l'état de choses actuel ; sans compter qu'en fait de réformes, une fois leur nécessité reconnue, les plus logiques et les plus complètes sont les meilleures. Quant au second point, ce n'est pas d'hier que nous avons entendu soutenir cette thèse : la meilleure manière de réformer l'Université, c'est de la supprimer.

M. Bouisson demande que le droit de conférer les grades soit acquis par les facultés libres au bout de douze ans d'exercice. Il faut, dit-il, concilier la liberté nouvelle avec des garanties efficaces, et celles qu'exige la loi : déclaration préalable, titre de docteur pour les professeurs, installation matérielle convenable, moralité du professeur, surveillance de l'Etat, prépondérance des professeurs de l'Etat dans le jury mixte, lui paraissent insuffisantes. Pour avoir les mêmes droits qu'une Faculté de l'Etat, est-ce assez qu'une faculté libre existe; est-ce trop de demander qu'elle ait démontré sa vitalité par une certaine durée ? Est-il possible que, dès sa naissance, elle vaille, en fait et en droit, une Faculté d'origine ancienne, pourvue de professeurs éprouvés par le concours de l'agrégation et par le

---

(1) Art. 13. — Les Universités et les Facultés libres ont le droit de conférer des grades honorifiques, conformément aux matières d'enseignement et aux programmes d'enseignement qu'elles auront adoptés.

Art. 14. — L'Etat, pour les places et fonctions qu'il confère, n'a aucun égard aux grades honorifiques qu'il plaira aux Universités d'instituer.

Art. 15. — L'admissibilité aux places de l'Etat dépend de concours spéciaux où les candidats ne sont appelés qu'à subir des examens purement professionnels.

Art. 16. — La matière des examens professionnels sera déterminée :

1° Par le Conseil d'Etat, pour les services publics de l'ordre civil, administratif et judiciaire ;

2° Par le Conseil des ponts-et-chaussées, pour le service des grands travaux publics ;

3° Par les Conseils spéciaux des armées de terre et de mer, pour le service public de la sécurité.

stage. En attendant que l'équivalence des Facultés et des titres qu'elles délivrent, ait pu se confirmer par une certaine durée de leurs fonctions, on aura plus de garanties qu'en adoptant un jury spécial, compliqué et chargeant le budget, plus qu'avec le jury mixte, écartant peut-être certaines conditions d'équité et de dignité, et conduisant à l'abaissement des études. — On objectera qu'en douze ans, plusieurs Facultés tomberont; celles-là, dit M. Bouisson, il n'y aura pas à les regretter, leur disparition sera la preuve qu'elles n'étaient pas viables.

M. Wallon répond que le terme de douze ans rend la concession illusoire, et que, devenant réelle, cette concession serait trop grande puisque les Universités confèreraient elles-mêmes les grades, et ce droit, il faut le réserver à l'Etat. — M. Bouisson réplique que le jury mixte ne maintient pas non plus la collation exclusivement à l'Etat; d'autre part, l'objection sur la longueur du délai ne porte pas sur le principe de l'amendement. Puis il explique que, pendant ce délai, quel qu'il soit, le *statu quo* persistera. L'amendement de M. Bouisson est rejeté, et l'art. 13 adopté avec le paragraphe relatif au baccalauréat. — Après un discours fantaisiste de M. de Lacretelle, l'art. 14 est adopté avec une rédaction assurant aux professeurs de l'Etat, la majorité ou la prépondérance dans le jury mixte. Puis les votes se succèdent sans difficulté jusqu'à l'art. 21; alors reparaît l'amendement Giraud, celui qui renverse la loi, d'après M. Laboulaye, en soumettant les professeurs à la juridiction de l'Université, et la discussion de l'autre jour recommence. M. Laboulaye trouve bien dur de rendre un professeur responsable de désordres dont les auteurs lui seraient hostiles; il ne sait pas ce qu'il faut entendre par inconduite notoire. M. Giraud et M. Wallon répètent que la juridiction disciplinaire existant pour les professeurs de l'Université, ce serait un privilége pour les professeurs libres d'y être soustraits. M Dupont les appuie par crainte de voir des avoués, des notaires ou des instituteurs révoqués, se réfugier dans l'enseignement supérieur, et l'Assemblée donne une fois de plus gain de cause à M. Giraud.

Un dernier article stipule que dans le délai d'un an, le gouvernement présentera une loi réalisant dans l'enseignement supérieur de l'Etat les améliorations reconnues nécessaires. — Ninon souscrivait à La Châtre des billets de ce genre. — Enfin, l'ensemble de la loi est adopté par 316 voix, y compris celle de M. Laboulaye, contre 266.

On peut se demander maintenant ce qu'est cette loi et quels résultats il faut en attendre. Introduite par le comte Jaubert en un temps où dans l'Assemblée le vent soufflait à la décentralisation, elle a eu le malheur de venir en discussion à une heure où la girouette avait tourné. Elle aurait pu être une grande réforme imprégnée d'un esprit largement et sincèrement libéral, vivifiant l'enseignement par la liberté, réveillant l'Université par la concurrence, elle a fini, d'amendements en amendements, grâce au système de conciliation de M. Dupanloup et au libéralisme naïvement théorique de M. Laboulaye, par n'être plus qu'une arme de parti. Il est une fois de plus démontré que les réformes isolées vont contre leur but, qu'une liberté partielle n'est qu'un privilége pour quelques-uns. Pour les cours libres qu'elle soumet aux lois sur les réunions publiques, la liberté de l'enseignement ne sera qu'un mot: les professeurs isolés seront libres d'enseigner, mais leurs auditeurs ne se réuniront, au nombre de plus de dix-neuf, que sous le bon plaisir administratif. Une fois associés à d'autres professeurs, ils pourront sans doute se passer d'autorisation pour ouvrir leur porte à un nombreux public, mais avant de pouvoir constituer cette association, ils se heurteront à mille difficultés légales. L'association établie devra vivre de leurs seules ressources, il leur sera interdit par la prudence, ou même par un texte positif, de recourir aux amis de leurs idées, de faire appel à leur générosité, d'établir avec eux des rapports permanents; il ne pourra pas rayonner, pour employer un mot à la mode. Et cependant des rivaux plus heureux, déjà en possession de l'existence, ayant l'oreille de l'administration, pouvant sans nulle entrave recruter des ressources par mille moyens, aidés par des affiliations multiples, leur feront une concurrence dont le premier effet sera peut-être d'empêcher leur association de se former.

En fait, on ne verra guère apparaître que des facultés catholiques, de droit et de médecine; ce qu'elles seront il nous serait difficile de le prévoir. Pour le droit, la compétence nous manque. Quant à la médecine, comme il ne saurait y avoir une médecine laïque et une médecine religieuse, une médecine catholique et une médecine protestante, nous ne voyons pas en quoi les facultés catholiques pourront différer des facultés actuelles, car nous supposons qu'elles voudront faire comme elles de la médecine scientifique. Si par hasard nous nous trompions, si elles devaient substituer le dogme à la science, la révélation à l'observation, et la thaumaturgie à la thérapeutique, nous avons la confiance qu'elles ne compteraient pas de longs jours. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 juillet 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. COLIN, d'Alfort, envoie à la Société une note sur la mélanémie palustre, considérée comme preuve de la migration des leucocytes à travers la paroi des vaisseaux.

M. GALIPPE déclare que le procédé de dosage de cuivre dont il a parlé à une des dernières séances, et qu'il croyait nouveau, a déjà été décrit. M. Galippe a étudié les effets toxicologiques des sels de cuivre: il donne aujourd'hui les résultats de ses recherches sur l'acétate de cuivre. Chez un chien qui fut soumis à un empoisonnement lent par l'acétate *neutre* de cuivre et qui, seul de tous les animaux soumis aux expériences, succomba, on trouva dans le foie 0 gr. 31 de cuivre métallique. L'acétate de cuivre *cristallisé* peut être donné à de fortes doses sans amener la mort, la matière absorbée ayant été rejetée par le vomissement. L'acétate *basique* fut également donné pendant 22 jours (15 grammes au total) sans amener la mort.

M. RABUTEAU voit dans ces faits la confirmation de l'opinion de certains auteurs qui n'attribuent au cuivre qu'une faible action toxique chez les animaux.

M. GALIPPE rappelle à ce propos qu'on a eu chez l'homme des doses de 60 gr. et de 49 gr. de verdet ne pas amener la mort.

M. POUCHET présente 2 notes au nom de MM. *Champion* et *Pellet*. Dans la première, ces auteurs ont étudié la question des substitutions organiques dans les végétaux, au moyen d'analyses multipliées. La seconde note concerne l'histologie des poissons. Les rayons de la queue des sélaciens ont une structure analogue à la queue des poissons osseux.

M. SCOLOSILOF, dans son service de Moscou, a étudié la para-

lysie arsénicale. Les symptômes qu'il a le plus constamment trouvés sont une atrophie musculaire très-prononcée, l'altération de tous les genres de sensibilité et enfin des troubles trophiques. Les analyses des différents tissus ont démontré que l'arsenic se fixe peu dans les muscles, mais particulièrement dans le foie et surtout dans les centres nerveux.

M. Cornil a eu l'occasion d'étudier les foies d'individus qui avaient succombé à une hépatite parenchymateuse dans le cours d'affections telles que la puerpéralité, la leucocythémie, la fièvre typhoïde, la variole.

Il a retrouvé dans ces cas une lésion analogue à celle qu'il avait déjà signalée dans certains cas de cirrhose. Les plus fins canalicules biliaires intralobulaires sont remplis de cellules épithéliales, placées bout-à-bout et qui peuvent finir par les oblitérer. Comme ces altérations sont surtout prononcées dans les très-fins canaux de la périphérie, on conçoit que la bile produite dans les canaux centraux ne peut pas s'écouler, si la lésion est très-avancée. On s'explique dès lors le mode de production de l'ictère : il est dû aux lésions des plus fins canalicules et non à l'oblitération catarrhale des gros canaux biliaires, comme le veut la théorie généralement admise.

C'est ainsi que M. Cornil a observé dans un cas de péri-hépatite puerpérale une prolifération embryonnaire avec catarrhe intralobulaire dans les canaux biliaires situés sous la capsule de Glisson. Des lésions analogues ont été observées dans les noyaux leucocythémiques et des cancers du foie.

M. Hayem a remarqué que dans les cas de cirrhose avec ictère, les cellules des canaux biliaires étaient profondément atteintes : lorsque l'ictère faisait défaut, elles étaient remarquablement conservées. Il demande à M. Cornil si ses recherches ont abouti aux mêmes conclusions.

M. Cornil dit que ses souvenirs concordent assez avec les observations de M. Hayem Il a vu, en effet, les cellules des canalicules biliaires frappées de dégénérescence graisseuse, ou même détruites.

M. Ranvier fait remarquer que si la bile détruit des globules rouges, elle n'altère pas les cellules hépatiques ainsi que cela résulte de l'examen histologique de foies remplis de bile.

M. Hayem répond qu'il ne s'agit pas pour lui d'une action chimique de la bile sur les cellules, mais de troubles fonctionnels qui se produiraient dans le foie à la suite de l'ictère, et pourraient rapidement amener la mort.

M. Bert rapporte une série de curieuses expériences sur les caméléons. Il enlève l'œil droit à un de ces animaux, puis il l'irrite: le côté gauche change de couleur et le droit n'arrive que lentement à la même coloration. L'autre œil enlevé, le changement de couleur se produit symétriquement.— M. Bert enlève l'hémisphère cérébral droit à un autre caméléon ; la patte antérieure droite, quoique non paralysée, reste pendante aux côtés de l'animal, celui-ci ne se servant plus que de la patte gauche. Après l'ablation de l'hémisphère gauche, l'animal reprend toute sa vivacité et se sert des 2 membres. Il semblerait que chaque hémisphère commande à une moitié du corps et que dans le caméléon on peut admettre en quelque sorte l'existence de deux êtres avec deux volontés distinctes — Sur une question de M. *Hénocque*, M. Bert dit n'avoir pas encore étudié l'entrecroisement des nerfs optiques dans le cerveau.— M. Bert présente ensuite à la société des fruits conservés sous l'action de l'oxygène comprimé. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *juillet.* — Présidence de M. Gosselin.

L'Académie nomme un membre associé étranger. La Commission avait présenté en première ligne, M. Ooker; en seconde ligne, *ex æquo*, MM. Christison et Porta. Votants 60, majorité 31. M. Ooker est nommé par 57 voix. Deux sont données à M. Christison, une à M. Porta. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *l'origine et l'étiologie du choléra.*

M. J. Guérin, plus affirmatif encore que M. Tholozan, vient soutenir encore sa théorie de la spontanéité et de la contagion. Arrivant à l'examen du rapport de la Commission de 1873, il pose les conclusions suivantes: 1° Différentes contrées de France sont restées plus d'un an, en rapport quotidien avec des pays du Nord où régnait le choléra, sans avoir contracté la maladie ; — 2° avant l'explosion du mal, un grand nombre de départements ont présenté des affections diarrhéiques cholériformes; — 3° ces diarrhées ont subsisté pendant toute la durée du choléra ; — 4° quelques localités envahies plus tard par le choléra, ont présenté, outre les diarrhées cholériformes, plusieurs cas de choléra sporadique : — 5° dans aucun des endroits, considérés comme centres d'infection, il n'a été possible de bien établir le fait de l'importation, ceux qui ont été allégués avaient été précédés de cas isolés de choléra ; 6° dans les villes où l'épidémie s'est montrée, elle a éclaté en même temps dans tous les quartiers souvent éloignés les uns des autres ; 7° bon nombre de localités placées entre plusieurs centres épidémiques, en rapport constant et quotidien avec eux n'ont pas été atteintes.

Ces faits prouvent que l'épidémie de 1873 n'a pas été importée, mais qu'elle s'est développée spontanément. Dans la prochaine séance, l'orateur passera en revue les épidémies antérieures et démontrera qu'il en a toujours été comme en 1873. — A 4 heures et demie, comité secret. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 *mars* 1875. — Présidence de M. Charcot.

3. Pelvi-péritonite puerpérale, Phlébite utérine simulant un abcès du parenchyme utérin ; par E. Ory, interne des hôpitaux.

Cet utérus volumineux provient d'une femme primipare, morte six jours après son accouchement. Prise le 3e jour d'un frisson, d'une légère douleur de ventre avec ballonnement considérable, elle succomba rapidement dans un état d'adynamie profonde et présentant les symptômes d'une pelvi-péritonite puerpérale.

A l'autopsie on trouva les lésions suivantes : Péritonite généralisée suraiguë — surtout interne dans le petit bassin — fausses membranes en voie de formation. Traces de pleurésie ancienne du côté gauche. Pas d'abcès métastatiques dans les poumons, le foie, les reins, la rate.

Utérus volumineux à parois épaissies; présentant sur sa face antérieure, partie médiane et moyenne, une collection purulente sous-péritonéale simulant un abcès, du volume d'un œuf de pigeon de section antéro-postérieure de l'aile droite de l'utérus montre que les veines contiennent du pus. Il s'agit donc ici simplement d'une phlébite utérine, mais le volume de la collection purulente, la consistance et l'aspect du pus qui y était contenu le siége sous-péritonéal, pouvait faire croire à cette lésion d'ailleurs si rare et si contestable, d'abcès du parenchyme utérin. On n'a pas constaté l'infection purulente des lymphatiques péri-utérins et des ligaments larges.

4. Nécrose du fémur chez un saturnin ; par M. Binet, interne.

Cette pièce a été recueillie à l'autopsie d'un peintre en bâtiment, atteint d'intoxication saturnine. L'affection paraît remonter au mois de mars 1874, époque à laquelle ce malade ressentit une douleur profonde dans la cuisse. En mai de la même année, il entre à Cochin où M. A. Després diagnostique une nécrose centrale du fémur avec séquestre invaginé mobile. Une opération avait été décidée vers la fin de février 1875, quand le malade fut atteint d'accès épileptiformes et mourut.

L'autopsie démontre un séquestre invaginé avec une coque osseuse très-épaisse et percée à jour. On trouve dans le cerveau un ancien foyer hémorrhagique superficiel, siégeant à la partie postérieure des première et seconde circonvolutions frontales de l'hémisphère droit.

La pièce ayant pris, par son séjour dans l'eau, une teinte noirâtre au niveau de l'ancien foyer et un peu alentour, on soupçonna qu'il pouvait y avoir là du sulfure de plomb formé sous l'influence de l'hydrogène sulfuré développé pendant la macération. L'essai par le sulphydrate d'ammoniaque montra, en effet, qu'il existait du plomb dans l'ancien foyer hémorrha-

gique seulement, et pas sur les autres points du cerveau. Il n'y avait point de plomb au niveau de la lésion osseuse.

M. BOUCHEREAU. J'ai soigné ce malade à l'asile Sainte-Anne. C'était un peintre qui avait été traité deux fois pour des coliques saturnines et qui était buveur d'absinthe. Il était atteint d'attaques épileptiformes, qui lors de son dernier séjour, avaient été très-fréquentes et s'étaient accompagnées d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Ces attaques pouvaient être rapportées soit à l'intoxication saturnine, soit à l'intoxication alcoolique.

M. CHARCOT. Je ferai remarquer que la lésion cérébrale siége au niveau d'un centre moteur. Il est aujourd'hui bien démontré, depuis les travaux de MM. Terrier, Hitzig, Carville et Duret, qu'il existe des centres moteurs dans la substance grise des circonvolutions cérébrales, il survient une paralysie lorsqu'on les enlève et des convulsions, si on les irrite; dans ces cas, l'épilepsie est d'abord partielle et croisée, avant de généraliser; quelquefois elle reste incomplète et ne s'accompagne pas de perte de connaissance.

M. BOUCHEREAU. Les attaques étaient complètes d'emblée; comme celles qui surviennent par le fait de l'intoxication saturnine. L'hémorrhagie cérébrale me paraît être consécutive à une série d'attaques.

M. HOUEL. Je ferai remarquer que le séquestre représente la presque totalité de l'os; le travail nécrosique a dû mettre plusieurs années à s'opérer.

5. Kyste du corps thyroïde; par M. GAILLARD.

On voit du côté gauche un kyste de la grosseur d'un œuf, contenant un liquide roussâtre. Les petites cavités qui entourent ce kyste principal contiennent un liquide séreux ou plus ou moins brunâtre. Elles résultent évidemment de la dilatation partielle des vésicules du corps thyroïde; on y surprend le processus indiqué par M. Houel, d'après lequel le contenu d'abord séreux devient hématique.

6. Pneumonie gauche, gangrène totale du rein gauche; par M. AVEZOU.

Claude P..., âgé de 79 ans, entre le 24 février 1875, à l'infirmerie de l'hôpital des Ménages (service de M. Bernard), pour une pneumonie du côté gauche, et meurt dans l'adynamie, le 4 mars.

Depuis près de quatre ans, cet homme se plaignait de douleurs sourdes dans la région lombaire, principalement du côté gauche. — Il n'a jamais eu de coliques néphrétiques, jamais d'hématurie, jamais de difficulté pour uriner. Les urines étaient d'ailleurs normales, sans albumine, ni sucre.— Jamais il n'était survenu d'œdème des membres inférieurs. Il n'est survenu aucun trouble de la miction dans le cours de la maladie. Il existait une douleur lombaire très-vive.

AUTOPSIE, faite 34 heures après la mort. — *Thorax.* — A l'ouverture du thorax on trouve une certaine quantité de liquide dans la plèvre gauche.

Poumon gauche. Il est hépatisé dans presque toute son étendue. — Mais au sommet il y a simplement de l'œdème pulmonaire sans hépatisation. Le bord antérieur est emphysémateux. — Inférieurement l'hépatisation ne descend pas jusqu'à la base: il y a à la base une zone de deux à trois centimètres d'épaisseur qui est à peu près saine. Dans toute la portion hépatisée, les granulations sont très-apparentes à la coupe. — La coloration générale est rougeâtre, — Cependant sur le lobe supérieur on trouve par places quelques petits points grisâtres qui commencent à se ramollir.

Poumon droit. Il est emphysémateux au niveau de sa partie antérieure. — Quant au bord postérieur il est simplement congestionné. — Tous les morceaux de ce poumon surnagent dans l'eau.

Cœur. Le cœur est de volume moyen. — Les cavités droites contiennent quelques caillots fibrineux. Les valvules et les orifices sont sains. — On trouve seulement quelques plaques athéromateuses et calcaires sur la crosse de l'aorte au niveau des valvules sigmoïdes et sur l'aorte descendante.

Foie. Le tissu du foie n'est pas ramolli. La face inférieure présente une teinte noirâtre.

Reins. Le rein droit ne présente pas d'altération visible à l'œil nu; sa consistance est très-ferme.

Le rein gauche, au contraire, est noir, friable, d'une odeur repoussante. — Le tissu cellulaire environnant est aussi noirâtre, mais non ramolli. — A ce niveau les parois du colon descendant sont aussi noirâtres, mais nullement friables.

L'uretère du rein gauche a un petit calibre, perméable cependant. L'artère rénale gauche n'est pas oblitérée dans la partie terminale qui a été seule examinée, ni dans aucune de ses branches.

L'examen histologique a été fait par M. Gombault. Les deux reins présentent des altérations très-nettes de néphrite interstitielle avec atrophie d'un grand nombre de glomérules. — Il n'existe pas de différence essentielle entre les deux reins; seulement l'altération est plus avancée dans le rein gauche. Dans les deux reins un grand nombre de tubes droits renferment des cylindres colloïdes.

Dans quelques points du rein gauche on trouve des corps granuleux pigmentaires mais en très-petite quantité. — A l'état frais on a trouvé par la dissociation, sur le rein droit comme sur le gauche, un grand nombre de vibrions et de gouttelettes graisseuses.

M. Hayem qui a examiné les préparations histologiques, élève quelques doutes sur la nature réellement gangréneuse de ces lésions.

Rate. La rate présente une coloration noirâtre tirant sur le bleu de Prusse. — La portion de la face inférieure du diaphragme qui lui correspond est imprégnée de cette coloration. Le tissu de la rate constitue une bouillie diffluente.

Vessie. La vessie est absolument saine.

M. CHARCOT. L'odeur est bien réellement celle de la gangrène et non de la putréfaction cadavérique. Ce fait paraît d'autant plus surprenant que l'artère rénale, au moins dans la partie qui a été enlevée, ne semble pas altérée.

Séances de février. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Rhumatisme chronique avec gravelle; par M. RAYMOND.

Pinon (Marguerite), âgée de 72 ans, admise à La Salpétrière. dans le service de M. CHARCOT, le 7 novembre 1870, n'a point de rhumatisants, ni de goutteux, dans sa famille.

Elle a été réglée à 13 ans, et toujours régulièrement. 8 Enfants; 5 sont morts en bas-âge; ménopause à 45 ans.

La malade exerçait la profession de blanchisseuse; elle habitait un logement humide. Santé toujours bonne. Il y a 26 ans, à la suite de ses couches, chûte du vagin. Il y a 11 ans, douleurs sourdes dans les cuisses, les jambes, les avant-bras. Quelques mois après, articulations tibio-tarsiennes gonflées, douloureuses. Il y a 8 ans, douleurs et gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes. Digestions mauvaises; diarrhée fréquente. Il y a 6 ans, étant allée consulter un médecin pour sa chûte d'utérus, celui-ci la fit rentrer; on la maintint avec un bandage; quelques instants après elle fut prise d'envie d'uriner, et elle rendit une grande quantité de petits graviers. Depuis ce moment, de temps à autre, elle rend de petits calculs; jamais elle n'a souffert des reins; jamais, non plus, elle n'a eu d'attaques de coliques.

On fit appliquer un vésicatoire sur l'abdomen; la sérosité fut examinée par le procédé du fil, elle n'a pas donné trace d'acide urique.

5 *Janvier* 1875. La malade est obligée de garder le lit; depuis quelques mois, elle est goutteuse. L'intelligence est considérablement diminuée; cependant l'appétit et le sommeil sont à peu près conservés.

Entre les cuisses, à l'ouverture du vagin, existe une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme; cette tumeur est mamelonnée, grisâtre, couverte d'un exsudat puriforme, de consistance molle. Le doigt, au pourtour de la tumeur, montre qu'elle est en continuité avec la muqueuse vaginale; il est impossible de pénétrer dans le vagin.

Les graviers, jusqu'à la semaine dernière, sont sortis sans difficulté; la malade au moment où ils allaient être rendus les sentait passer dans le canal de l'urèthre, et les saisissait avec le doigt; depuis une dizaine de jours, ils sont rendus avec douleur.

Les mains sont déformées par de petites nodosités latérales au niveau des articulations des deuxièmes et troisièmes phalanges (*nodosités d'Héberden*). Elle n'en souffre nullement. Les autres articulations sont saines.

L'auscultation et la percussion me montrent rien d'anormal, ni du côté du cœur, ni du côté des poumons. Urines physiologiques. — La malade va en s'affaiblissant graduellement; elle meurt, dans le marasme, le 31 *janvier*.

Autopsie. La cavité crânienne et la cavité thoracique n'offrent rien de particulier à noter.

Rein droit, physiologique. Le rein gauche est petit, ratatiné, violacé, granuleux. Sur la coupe verticale, loges anciennes, comme kystiques, cellulo-fibreuses, contenant quelques graviers. Le bassinet et l'uretère de ce côté sont dilatés; l'uretère contient un sable fin, d'une consistance crayeuse. La vessie est très-vascularisée; la membrane muqueuse est le siége d'une inflammation intense. A la partie antéro-inférieure, un peu en arrière du col, se trouve un cul-de-sac formé par le retrait de la paroi sous l'influence de la traction exercée par le vagin qui fait hernie à travers la vulve. Dans ce cul-de-sac, sont accumulés, en quantité assez considérable, des calculs, gros comme des pois, ou bien comme des têtes d'épingle. Ces calculs rappellent tout-à-fait les minerais de fer français, et par la couleur et par les dimensions. Sur la paroi inférieure de la vessie est répandue un gravier très-fin, mais dont les parcelles sont également sphériques.

Les calculs, rendus depuis six mois, ainsi que ceux trouvés à l'autopsie, sont brunâtres, tandis que les premiers étaient jaunâtres. Ces derniers sont formés d'acide urique pur, tandis que les autres sont recouverts d'une couche de phosphate.

Réflexions. Cette observation est un exemple : 1° de la coïncidence de la gravelle urique, et du rhumastime chronique. — 2° du développement des calculs, en dehors de toute prédisposition, de toute diathèse, simplement par le fait d'un accident (chute du vagin) qui gêne l'excrétion de l'urine.

M. Charcot. Il est bien probable que les calculs se sont formés dans la vessie; car, là seulement, nous trouvons des concrétions assez volumineuses; dans les reins, il n'existe que de la poussière d'acide urique. En outre il faut noter au point de vue clinique que la malade n'a jamais eu de coliques néphrétiques. La chute de l'utérus, en amenant une gêne dans l'excrétion des urines, a dû favoriser la formation de ces dépôts d'acide urique.

Je ferai remarquer de plus, que, malgré les apparences, il ne s'agit point ici d'un cas de goutte, mais de cette altération qu'on désigne sous le nom de nodosités d'Héberden.

7. Urémie dans un cas de cancer de l'utérus; analyse du liquide retenu dans l'uretère; par M. Raymond, interne des hôpitaux.

Hugonnier, Françoise, âgée de 59 ans, entrée le 11 juin 1874 à la Salpêtrière, service de M. Charcot. Cancer de l'utérus ayant eu son évolution habituelle; dans les quatre derniers jours de la vie, la malade urine difficilement; diarrhée abondante, puis coma qui précède la mort de deux jours.

Autopsie. L'uretère du côté droit est comprimé par le cancer utérin; le rein du même côté, très-atrophié dans sa substance propre, présente un développement considérable du bassinet. Les deux uretères sont gros comme l'intestin grêle; ils sont remplis d'un liquide clair, aqueux.

Ce liquide a été analysé par M. Regnart, interne des hôpitaux.

Quantité de liquide	125 grammes.
Densité	1.012
Couleur	Jaune-citrin.
Dosage rapporté à 1000 grammes :	
Eau	977 grammes.
Urée	3,85
Albumine	7,60
Chlorures alcalins	6,10
Phosphates, sulfates, etc.	5,45
	1000 grammes.

Réflexions. Les recherches expérimentales de Hermann démontrent que la proportion de l'urée diminue dans l'urine relativement au volume de celle-ci, lorsque l'on établit dans l'uretère une contre-pression; si la pression est de 60 millimètres de mercure, on ne trouve plus d'urée dans l'urine.

On comprend alors, pourquoi des femmes, atteintes de cancer de l'utérus, urinent encore presque en même abondance que normalement, mais n'urinent que de l'eau, s'il y a compression, non complète bien entendu, de l'uretère, et pourquoi, aussi, elles meurent d'urémie. Ces faits ont été vérifiés à la Salpêtrière dans quatre cas.

M. Liouville. J'ai présenté il y a deux ans, un fait analogue, dont la relation se trouve dans les *Bulletins* de la Société.

M. Charcot. Il est important de remarquer qu'il ne s'agit point ici d'un hydronéphrose, avec obstacle complet au cours de l'urine, mais d'un rétrécissement de l'uretère, amenant un ralentissement de l'excrétion urinaire, et une exagération de pression à l'intérieur du bassinet. Il s'est produit ce que Roberts a très-bien indiqué dans les cas de ce genre, une diminution notable dans l'excrétion de l'urée.

9. Rétrécissement de la partie moyenne de l'intestin grêle; accidents d'étranglement interne; mort; par M. F. Martinet, interne des hôpitaux.

Colsot, Marie, âgé de 57 ans, entre le samedi 6 février, salle Saint-Augustin, n° 5 (service de M. Verneuil).

Cette malade à son entrée à la Pitié nous dit avoir depuis la veille des vomissements bilieux survenus à la suite d'un travail assez pénible, et nous montre en même temps une hernie ombilicale du volume d'une petite orange. Elle avait cette hernie depuis très-longtemps, mais n'en avait jamais souffert.

L'examen de la tumeur nous fit penser que celle-ci ne devait pas être mise en cause; elle n'était point tendue, pas douloureuse, mollasse au toucher, en grande partie réductible, mais se reproduisait par la toux. Elle contenait vraisemblablement de l'épiploon, mais pas d'intestin.

Les accidents ne s'étant point exagérés, nous ne fîmes point prévenir M. Verneuil, qui ne vit la malade que le lundi.

8 Février. Ce matin la malade a eu des vomissements noirâtres, marc de café, et accuse une douleur vive à la région épigastrique. M. Verneuil diagnostique un étranglement interne, et admet comme cause probable l'engagement d'une anse intestinale dans une bride épiploïque au voisinage de l'ombilic. Il ne juge cependant pas les accidents de nature à nécessiter une intervention chirurgicale immédiate.

La malade est très-soulagée par une injection de morphine de 1 centigr. au creux épigastrique. Dans la nuit, elle a une selle assez abondante, mais le matin les vomissements reparaissent, cette fois franchement fécaloïdes. Rien ne peut arrêter ces vomissements, et la malade meurt au moment de la visite.

Autopsie. M. Verneuil débride la hernie, mais n'y trouve que de l'épiploon; l'auriculaire peut s'engager dans l'anneau ombilical dilaté. On ne trouve aucune bride épiploïque étranglant l'intestin et capable d'expliquer les accidents. Le paquet intestinal est rouge sombre et congestionné, fortement distendu par les gaz, surtout dans sa moitié supérieure.

Vers la partie moyenne de l'intestin grêle, se trouve un rétrécissement fibreux, qui porte sur les deux tiers du bord libre; il ne reste qu'un petit trajet de moins de 1 centimètre de diamètre. Aucune trace d'ulcération ou plutôt de cicatrice ne se voit du côté de la muqueuse; mais en dehors, le péritoine est épaissi, blanchâtre et paraît avoir été localement le siége d'une inflammation des plus lentes.

Il est aussi permis de supposer, que l'anse intestinale habitant ordinairement le sac herniaire, s'est peu à peu rétrécie, pressée qu'elle était par le bord tranchant de l'anneau. Sous l'influence des efforts auxquels s'était livrée la malade, il est possible que l'intestin soit redevenu libre dans la cavité abdominale, et que en raison des changements de circulation qui y sont survenus, le calibre du rétrécissement ait été assez diminué pour produire l'étranglement.

Tout le bout supérieur de l'intestin était fortement congestionné; dans l'estomac au voisinage de la grande cour-

bure, nous avons trouvé une ulcération de date récente, superficielle, pouvant expliquer les vomissements noirâtres observés la veille de la mort de la malade.

M. Verneuil nous a fait remarquer que c'était pour la troisième fois qu'il observait des vomissements de ce genre dans le cours d'étranglements internes. C'est avec Trousseau qu'il a pour la première fois constaté ce fait.

10. Insuffisance et rétrécissement mitral de cause rhumatismale; apoplexie pulmonaire avec thrombose artérielle consécutive; par M. Ch. Rémy, interne des hôpitaux.

Klein Magdeleine, née à Strasbourg, domestique, 35 ans, entre à l'hôpital de Lourcine, Salle Saint-Clément, n° 36 (service de M. Lancereaux).

Cette malade, d'une bonne constitution, n'ayant d'antécédents morbides héréditaires d'aucune sorte, autrefois sujette à des douleurs articulaires, a offert il y a 15 mois des phénomènes thoraciques, (toux, hémoptysie) accompagnés de fièvre. Elle a, depuis, conservé des maux d'estomac, des alternatives de diarrhée et de constipation, et s'est amaigrie.

Elle est plus souffrante depuis 15 jours. Respiration pénible, à type intercostal supérieur, orthopnée; toux petite, sans force; crachats aérés, quelquefois mélangés de sang, non nummulaires. Disparition du murmure vésiculaire à droite; râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine. Pouls accéléré; les bruits du cœur sont couverts par les râles; léger œdème des jambes. Foie dépassant d'un travers de doigt le rebord des fausses-côtes. Estomac douloureux, constipation; pas d'appétit. Règles supprimées depuis 2 mois. — La malade meurt le 12 février, avec une dypsnée intense.

Autopsie. *Cœur*, augmenté de volume, adipeux à la base. Parois du ventricule gauche épaissies; cavités normales; musculature un peu jaunâtre.

La valvule mitrale représente un entonnoir dont les parois formées par les valvules épaissies vont en augmentant d'épaisseur vers la pointe. Cette pointe forme un anneau rigide pouvant admettre une plume d'oie, auquel s'insèrent directement les deux colonnes charnues du cœur gauche. Les tendons sont accolés entre eux et accolés aux parois de l'infundibulum. Le tissu est totalement fibreux sans dégénérescence calcaire, sans végétations. Les autres valvules sont saines. Les orifices aortique et pulmonaire sont légèrement insuffisants. Le ventricule droit est dilaté et l'oreillette gauche très-hypertrophiée. L'aorte est saine. Très-petit coagulum dans l'oreillette droite.

Œdème des replis aryténo-épiglottiques; muqueuse trachéale légèrement injectée. Muqueuse bronchique très-injectée, couverte de mucosités. Œdème des *poumons*; en outre, nombreux noyaux apoplectiques du volume d'une cerise, durs, totalement noirs, situés surtout à la base Quand on poursuit les branches artérielles qui se rendent à ces noyaux, on y trouve des caillots adhérents à l'apoplexie, noirs, longs de 2 centimètres au plus, et se terminant à la première grosse collatérale. Ces caillots faiblement adhérents ne semblent pas être le produit d'embolies. Ils sont totalement noirs. Les veines ne présentent pas de coagulations au lieu ordinaire.

Le foie est hypertrophié, a l'apparence du foie muscade. Les reins sont hypérémiés, et ont à leur surface, des cicatrices déprimées dues à d'anciens infarctus.

D'après les recherches de MM. Vulpian et Duguet, il semble que l'embolie soit presque toujours le point de départ des apoplexies, qui se font alors par une congestion compensatrice exagérée. Ici, la forme du caillot, sa longueur et son siége limité à la première collatérale semblent en faire une thrombose consécutive à l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie serait due à la tension considérable du système cardio-pulmonaire.

Ces caillots ont une forme fourchue, ils sont à cheval sur un éperon auquel ils adhèrent fortement. Ils sont beaucoup plus allongés, plus blancs. Ils ont donné lieu à une pneumonie gangréneuse.

11. Pneumonie, ictère grave; dégénérescence graisseuse du rein; par M. Emery, interne des hôpitaux.

V..., 38 ans, entre à la Pitié (service de M. Gallard), salle Saint-Athanase, lit n° 37. Le jour de l'entrée, on constatait une pneumonie limitée au lobe inférieur du côté droit, caractérisée par du souffle et quelques râles crépitants, une teinte subictérique de la peau et des muqueuses, une légère augmentation de volume du foie. L'état général était mauvais. Les yeux étaient brillants, un peu hagards; il y avait un léger tremblement des lèvres, une certaine loquacité, signes évidents d'intoxication alcoolique.

Le surlendemain, les symptômes de la pneumonie s'effacent en quelque sorte et font place à ceux de l'ictère grave; la teinte jaunâtre de la peau se prononce davantage; le foie diminue notablement de volume; il y a des hémorrhagies internes; le malade meurt dans le coma.

A l'autopsie, on trouve le *poumon* droit hépatisé dans son lobe inférieur, sans suppuration; le *foie* petit, ratatiné, plissé à sa surface, de couleur jaune; le microscope montra l'atrophie jaune de ses cellules.

Des *reins*, l'un, le droit, est considérablement augmenté de volume, le gauche au contraire est atrophié, son volume ne dépassant pas celui d'un petit œuf. Le rein droit n'est point altéré dans sa structure, le gauche est profondément dégénéré. Sa surface est lisse et régulière, sa capsule faiblement adhérente. Mais la coupe montre une infiltration graisseuse occupant presque toute sa surface. La substance tubuleuse, les pyramides ont complètement disparu et sont remplacées par de la graisse; une faible partie de la zone corticale semble saine, son bord interne est festonné par des coins graisseux s'avançant dans sa profondeur. A l'embouchure de l'uretère, on trouve un petit calcul du volume d'une noisette. L'examen microscopique fait voir des altérations portant à la fois sur les tubuli et le tissu conjonctif interstitiel. Il y a, à la fois, néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle.

En somme, dégénérescence graisseuse du rein coïncidant avec un ictère grave, persistance de la secrétion urinaire dans le rein atrophié, et obstruction par la présence d'un calcul, tels sont les faits que montre cette autopsie.

M. Charcot. Cette observation est malheureusement un peu incomplète, tant au point de vue clinique que sous le rapport histologique. Il aurait été important de préciser un peu plus les lésions du foie.

12. Hémianesthésie de cause cérébrale; par M. Raymond, interne des hôpitaux.

Hunger, âgée de 89 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, le 30 janvier 1875, service de M. Charcot. — La surveillante de son dortoir raconte que de temps à autre, depuis son entrée à la Salpétrière, (juin 1872), elle avait des étourdissements qui la forçaient à s'asseoir; à part cela, elle était bien portante pour son âge.

Le 30 janvier, vers 2 h. de l'après-midi, elle eut un violent étourdissement, perdit connaissance, et bientôt tomba dans le coma; on la fit transporter immédiatement à l'infirmerie.

Etat actuel. — *30 janvier* (4 heures du soir). — Coma profond dont on tire la malade avec peine; face bleuâtre; respiration irrégulière en ce sens que l'expiration très-longue, se fait presque toujours par saccades; pouls petit, vite; 124 pulsations. Quelques râles ronflants dans la poitrine; l'auscultation du cœur est négative.

La tête est tournée dans la rotation à droite et inclinée vers l'épaule de ce côté; quand on cherche à la redresser, on éprouve une certaine résistance. Les paupières droites un peu œdémateuses, surtout l'inférieure, sont fermées; les yeux sont tournés à gauche; pas de nystagmus. Point de déviation des traits de la face. En excitant vivement la malade, on parvient à lui faire tirer la langue; pas de déviation.

Le bras droit pend inerte le long du corps; main dans la supination; point de contracture. L'hémiplégie de la motilité n'est pas complète; la malade exécute encore quelques mouvements très-faibles avec son bras. Il en est de même pour la jambe; elle a également conservé quelques mouvements.

En interrogeant la *sensibilité*, on note que, ni le pincement ni les piqûres, ni la chaleur, ou le froid, ne sont perçus à droite, au bras, à la jambe, à la face, sur le tronc. Quelquefois on produit des mouvements réflexes dans le bras du côté op-

posé. La langue et le nez, dans leur moitié du côté correspondant, sont moins sensibles que dans les conditions normales ; la piqûre est un peu perçue.

A gauche, les mouvements et la sensibilité sont parfaitement conservés. Point de différence de température appréciable entre les deux côtés ; point de rougeur anormale.

La malade est constipée depuis longtemps ; gros intestin rempli de matières fécales durcies ; ventre ballonné. L'urine, rendue involontairement, contient de l'albumine en grande abondance ; pas de sucre. — 4 h. du soir : T. R. 38°,8. 6 h. du soir : T. R. 40°.

31 *janvier*. Le coma est encore plus profond que la veille ; la paralysie motrice est plus marquée ; la perte de sensibilité est toujours complète ; T. R. 40°,2.

Soir : T. R. 40°,4. La malade meurt le soir.

Autopsie. A l'ouverture de la *cavité crânienne*, après l'incision des méninges, du liquide séreux s'écoule en assez grande abondance. Point d'ecchymoses.

De distance en distance, et cela sur les deux lobes, la pie-mère, surtout à la convexité, est épaissie ; dans certains points, dans une étendue large comme une pièce de 20 sous, elle présente une sorte de plaque fibreuse qu'on ne peut détacher qu'en enlevant de la substance cérébrale. Beaucoup d'anévrysmes miliaires sur les circonvolutions. Le lobe droit pèse 545 grammes ; le gauche 565 grammes.

En faisant une coupe verticale de l'hémisphère cérébral gauche, passant à 4 cent. en arrière de l'éminence mamillaire, on trouve un foyer hémorrhagique, assez limité et de date récente. D'une manière générale, il est situé en arrière et en dehors de la queue du corps strié. Ce foyer est linéaire ; sa plus grande longueur est de 6 cent., sa plus petite de 3 cent. ; sa profondeur est de 1 cent. 1/2 environ ; sa largeur de quelques millimètres, quand les deux lèvres de la solution de continuité creusée par l'irruption du sang, sont rapprochées.

Il s'étend de l'extrémité antérieure du noyau caudé, jusqu'à 4 cent. environ de l'extrémité occipitale du lobe cérébral ; il est dans l'épaisseur de l'insula de Reil, qu'il traverse dans toute sa longueur, entre la capsule interne et la capsule externe, dans le noyau lenticulaire du corps strié, et dans la troisième partie de ce noyau ; il intéresse complètement le pied de la couronne rayonnante. — Il n'y a rien ni dans la couche optique, ni dans le noyau caudé. L'examen des autres organes n'offre rien de particulier.

M. Charcot. La forme linéaire qu'affecte le foyer hémorrhagique est très-intéressante en ce qu'elle est expliquée par une disposition anatomique préétablie ; en effet, le noyau lenticulaire est naturellement séparé de la bandelette externe, et ces deux parties peuvent être isolées par la dissection sur un cerveau durci. On comprend ainsi la forme aplatie, en boutonnière, que présente le foyer. Dans la protubérance, les hémorrhagies offrent aussi la même apparence par suite d'une disposition analogue et de la direction transversale des fibres. J'ai assez souvent rencontré, dans l'un ou l'autre de ces points, des cicatrices ocreuses longitudinales, ce qui prouve que ces foyers peu épais, mais isolés en quelque sorte, guérissent ordinairement.

13. Abcès du cervelet, consécutif à une lésion du rocher ;
par M. Herpin, interne des hôpitaux.

Croisier, 19 ans, sans profession, né à Généné (Morbihan), entre le 29 janvier 1875, salle Saint-Ferdinand, n° 5, dans le service de M. Delpech, à Necker.

Ce malade est atteint depuis son enfance d'une surdité des plus prononcées. On doit, pour se faire entendre, parler très-haut. Il n'a toutefois jamais souffert des oreilles, et son infirmité remontant à de nombreuses années (l'âge de cinq ans), il ne se souvient pas avoir eu même à cette époque d'écoulement par le conduit auditif. Il n'a jamais eu de maladies sérieuses. A Paris depuis une quinzaine, il habite une chambre humide et froide, et attribue son état actuel à cette installation insuffisante.

On constate, à la visite, de l'embarras des voies digestives : langue blanche, goût amer, perte d'apétit, constipation, étourdissements, céphalalgie. La douleur de tête n'offre point de localisation spéciale, mais elle est très-intense. T. 38° ; P. 80. — On ordonne un purgatif.

Le 31 *janvier*, la langue est un peu meilleure, mais la céphalalgie persiste aussi violente. T. 37°, 5 ; P. 70.

Le 1er *février*, un second purgatif est administré avec plus de succès. Quoique le *pouls soit normal ainsi que la température*, le malade présente un état d'abattement, d'anéantissement qui inquiète, et une douleur de tête toujours croissante. Au dire de ses voisins, il dort toute la journée. — L'attention se trouve plus particulièrement attirée du côté du cerveau. Mais il n'y a ni agitation, ni délire, ni convulsions d'aucune sorte ; sensibilité normale partout ; intelligence nette et réponses aussi sensées que possible ; aucune trace de paralysie du côté des nerfs crâniens, ni paralysie faciale, ni paralysie des moteurs de l'œil, vue normale ; pas de tache méningitique. Du côté des oreilles, rien de particulier, pas plus d'écoulement que par le passé.

Le 2 *février*, même état. *Caractères normaux du pouls et de la température*. Mais ici apparaît un phénomène curieux. M. Delpech, à la première question qu'il lui adresse, s'aperçoit que le malade *entend aussi bien que n'importe qui*, alors que la veille il se voyait obligé d'élever la voix d'une manière ennuyeuse pour se faire comprendre. Il y a donc une excitation fort appréciable du sens de l'ouïe.

Les choses restent ainsi jusqu'au 4 *février* ; ce jour-là, la céphalalgie, de plus en plus vive, s'accompagne d'un coma véritable. Le malade ne peut rien prendre, ne parle plus, ne répond plus aux questions, est couché sur le côté gauche, la tête inclinée sur le bord correspondant du lit. Comme les jours précédents, il n'y a ni paralysie motrice d'aucune sorte, ni paralysie de la sensibilité, ni contractures, ni convulsions. L'impression d'une lumière vive sur l'œil est manifestement désagréable. T. 37° ; P. 65.

Le 5 *février*, les choses restent de même, la température s'élève à 38° dans la soirée, et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. A l'ouverture du crâne, on constate un peu d'injection générale des membranes, mais aucune espèce d'exsudat. Le lobe gauche du *cervelet*, dans la partie qui correspond à la face postérieure du rocher, est creusé d'un abcès pouvant loger une noix. Il est rempli de pus phlegmoneux. Cet abcès est enkysté dans la substance cérébelleuse, mais une fort mince épaisseur de tissu nerveux sépare le pus des membranes.

La dure-mère est à ce niveau un peu rouge et épaissie. Sur la face correspondante du *rocher*, près de la portion écailleuse, l'os est atteint d'ostéite dans l'espace d'un centimètre carré environ. Cette lésion s'étend même un peu sur la face supérieure. La coupe du rocher suivant son grand axe et passant par le conduit auditif, montre les lésions de l'otite scléreuse. Çà et là le tissu osseux est ramolli et creusé de cavités remplies d'une substance caséeuse. C'est de l'une de ces cavités que part l'ostéite, qui, marchant du côté de la cavité crânienne, a déterminé par son voisinage la formation de l'abcès cérébelleux.

Réflexions. Cette observation nous a paru intéressante à trois points de vue : 1° Par le rétablissement de l'acuité auditive sous l'influence du travail inflammatoire ; — 2° Par le silence du pouls et de la température ; — 3° Par l'absence de tout symptôme cérébral, autre que la douleur de tête non localisée à la région occipitale, et le coma de la fin.

M. Desprès. Je ferai présenter dans la prochaine séance deux faits semblables. Il n'est pas très-rare de rencontrer, avec une lésion du rocher, des abcès de l'encéphale qui n'ont avec la lésion osseuse aucun caractère de contiguïté. Le mécanisme de ces faits est encore inexpliqué.

14. Lymphadénome du testicule (*examen histologique*) ;
par M. J. Renaut, interne des hôpitaux.

J'ai fait l'examen d'une tumeur du testicule provenant du service de M. Desprès, et présentée dans l'une des dernières séances.

Sur une coupe, on voit à l'œil nu des points offrant l'apparence caséeuse et qui sont entourés d'une zone de substance testiculaire déjà malade, car on ne parvient pas à étirer les tu-

bes séminifères. M. Desprès avait conclu de l'examen clinique qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse, mais la matière caséeuse ne se désagrége pas comme dans le tubercule ; en outre, on voit sur des coupes minces, dans les points qui ne sont pas encore caséeux, des tubes allongés, entourés de lamelles, entre lesquelles se trouvent des cellules plates et des éléments ronds, de telle sorte que la première idée est celle d'un sarcome, mais non pas de tubercules. Mais ce n'est pas tout : après avoir chassé les éléments avec le pinceau, on constate entre les tubes testiculaires un réticulum très-net. Aussi après avoir affirmé que la lésion dont il s'agit n'est pas tuberculeuse, on peut ajouter qu'elle est probablement un lymphadénome.

M. Desprès. Je crois que l'idée d'une altération tuberculeuse ne doit pas être rejetée absolument, car on ne connaît pas l'histologie du tubercule du testicule à sa première période, et la lésion que nous étudions était en voie d'évolution, lorsque le malade est mort d'une affection intercurrente. Je rappelle qu'il existait des noyaux dans la prostate, et des tubercules très-nets dans les poumons.

M. Renaut. Il est bien certain que le malade était un tuberculeux, mais un tuberculeux peut bien avoir un lymphadénome, aussi bien qu'un enchondrome ou une tumeur quelconque, indépendante de la tuberculose.

Nous avons constaté ici un réticulum rempli de petites cellules; or, c'est bien là la caractéristique du lymphadénome, et il n'y a rien qui ressemble aux tubercules. J'ajoute, comme dernier signe distinctif, que l'épididyme était intact.

M. Malassez. Les lymphadénomes peuvent, en effet, très-bien coïncider avec la tuberculose, sans que pour cela on doive les rattacher à la tuberculose elle-même. M. Desprès vient de dire que c'était peut-être une lésion tuberculeuse en voie d'évolution ; mais nous avons eu souvent l'occasion d'examiner des tubercules du testicule à toutes les périodes, et c'est après avoir comparé les deux ordres de faits que nous pouvons affirmer la nature non-tuberculeuse de la tumeur actuelle.

M. Desprès. L'altération de l'épididyme n'est pas constante dans le testicule tuberculeux, ainsi qu'on le croit généralement d'après le livre de Curling. D'un autre côté, je crois que rien n'empêche d'admettre une connexion entre la lymphadénie et la tuberculose ; enfin, je le dis encore une fois, je trouve trop de preuves cliniques accumulées en faveur de l'opinion que je défends, pour ne pas la conserver malgré les résultats de l'examen histologique.

M. Charcot. L'existence du réticulum bien constatée est un fait fondamental, et il est évident qu'au point de vue anatomo-pathologique, le seul auquel se placent MM. Renaut et Malassez, on a affaire à toute autre chose qu'à des tubercules.

M. Malassez. J'ajoute que la tumeur a été durcie par l'acide picrique et l'alcool. Cette remarque est importante, car la présence du réticulum n'aurait pas de valeur, si elle avait été durcie par l'acide chromique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *juillet* 1875. — Présidence de M. Houel.

Le secrétaire général donne lecture d'une observation d'amputation ostéo-plastique du pied par le procédé de M. Le Fort, adressée à la société par M. Bœckel, membre correspondant. L'absence du chirurgien de Strasbourg restreint le débat qui n'eût pas manqué de s'engager sur les inconvénients et les résultats des divers procédés. M. Perrin, soutenu par MM. Larrey, Dupin, etc., n'établissent pas, sauf indications spéciales, de comparaison entre l'amputation sous-astragalienne et les divers procédés d'amputation partielle du pied. Tous les avantages restent incontestablement à la première méthode.

M. Lannelongue vient réparer le tort causé à la discussion par l'éloignement de M. Bœckel en soulevant un débat général, passionné, pour ne rien dire de plus, sur une question qui avait été longuement étudiée par la société. A propos de deux observations de ligature pour plaies d'artères, envoyées par M. Cros, médecin principal à l'école navale de Brest, le jeune chirurgien a remis en cause la question du traitement des plaies artérielles. Disons tout de suite que la question principale est souvent laissée de côté par des orateurs qui se perdent dans des digressions fort inutiles.

La question se réduisait à ceci : Etant donnée une plaie d'artère, l'hémostase provisoire ayant été faite par un moyen quelconque (ligature exceptée) et aucune hémorrhagie n'étant survenue dans les premières heures, voire même 24 heures, le chirurgien est-il autorisé à aller *tourmenter* la plaie, *fouiller* dans les tissus (Verneuil, Perrin) pour poser une ligature sur les deux bouts? Le rapporteur penche pour la négative, en faisant la restriction d'une surveillance assidue. En cela nous avons quelque envie de suivre son conseil ; mais malheureusement comment exercer la surveillance? comment garder à vue une plaie pendant la nuit? Tout autant de difficultés qui nous forcent à donner raison à MM. Verneuil, Perrin, Giraldès, Guyon, etc. La plupart des membres de la société veulent, en effet, qu'on lie les deux bouts pour *toute plaie* d'artère ; plus on liera tôt, mieux cela vaudra.

Nous engageons nos lecteurs à lire le débat dans les Bulletins de la société ; poussé avec une certaine vivacité, il a donné lieu à quelques périodes oratoires qui, sans dépasser les limites du parlementarisme, laissaient percer une fine pointe d'ironie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Du sucre-tisane; par M. Limousin (avec la collaboration de MM. Delpech et Lebaigue.)

Les tisanes sont de véritables médicaments magistraux, qui méritent à bien des titres de fixer l'attention des pharmacologistes et des médecins. Sous l'apparence de préparations pharmaceutiques des plus simples, elles comportent au contraire une série d'opérations aussi diverses que compliquées.

Sans insister sur le choix et la qualité des nombreuses substances qui servent à leur confection, il nous suffira de rappeler que les tisanes se préparent avec les feuilles, les fleurs, les fruits, les écorces, les bois, les racines et les semences. Toute substance ou partie de substance qui doit servir à faire une tisane a besoin d'être mondée ou lavée, et privée des corps étrangers qui peuvent lui être mélangés. Elle doit être divisée à l'aide du couteau, des ciseaux, et même du mortier.

L'eau destinée à l'usage d'une tisane a besoin d'être bien choisie ; car si elle est trop séléniteuse, elle durcira les substances par les sels calcaires qu'elle contiendra, et par suite ne les pénètrera pas ; inutile d'ajouter que le médicament prendra une saveur désagréable. Enfin il faut également déterminer si la tisane doit être préparée par solution, macération, digestion ou décoction.

Comme on le voit, ces médicaments qui semblent d'une préparation si facile, exigent une connaissance exacte de la matière médicale, des manipulations pharmaceutiques et des modifications que l'eau peut faire subir aux substances suivant sa qualité, le degré de son calorique, et le temps du contact.

Si, dans l'antiquité, Hippocrate a composé un livre sous le titre : de la *Ptisane*, c'est qu'il attachait une véritable importance à cette boisson des malades, à ce remède contre la soif dans toutes les maladies fébriles ; remède et boisson qui constituent quelquefois un véritable aliment et viennent ainsi revendiquer une part sérieuse dans le traitement des maladies.

L'usage et la variété des tisanes se sont beaucoup augmentés de nos jours, mais, il faut le dire, leur préparation est souvent défectueuse, à cause des nombreuses difficultés qu'elle présente.

Nous citerons les suivantes : 1° Les matières premières sont de conservation difficile : les fleurs, les feuilles, les bois, les écorces, les racines perdent rapidement couleur, odeur, saveur, et deviennent souvent la proie des insectes. Pour ces causes on n'en peut faire provision à l'avance, ou, du moins, faut-il les renouveler fréquemment. — 2° Les proportions relatives de substance et d'eau à employer ne se trouvent jamais suffisamment indiquées, et lorsqu'elles le sont, c'est par verrées, poignées, pincées, etc., tous modes de dosage irréguliers et incertains. — 3° Les conditions de température

et de temps dans lesquelles doit se préparer une tisane sont variables. Elle peut se faire à froid, à chaud, par infusion, par digestion, par décoction, par macération, ce qui constitue autant de causes d'hésitation ou d'erreur. — 4° Ajoutons enfin l'obligation où l'on se trouve généralement de préparer une quantité de tisane plus grande que celle qui est nécessaire à la consommation immédiate, ce qui force à perdre une partie du produit ou à consommer une préparation en partie altérée.

Pour toutes ces raisons, on peut dire que les tisanes préparées par les procédés ordinaires renferment presque toujours des proportions variables de principe actif, et souvent des substances inutiles ou désagréables.

Dans le but de remédier à cet état de choses, nous avons cherché à simplifier et à régulariser une préparation dont l'usage est si universellement répandu. Le produit sur lequel nous appelons aujourd'hui l'attention remédie complètement aux nombreux inconvénients que nous venons d'énumérer; nous le désignons sous le nom de *sucre-tisane*.

Voici succinctement notre mode opératoire : Avec les diverses substances, bien choisies, disposées et dosées suivant les indications du Codex, nous préparons des liqueurs concentrées dans le vide ou à basse température, afin de conserver intégralement la couleur, le parfum et les principes actifs des plantes. Ces liqueurs représentant exactement, sous un petit volume, toutes les propriétés de substances employées; sont incorporées dans du sucre blanc raffiné, où elles se trouvent pour ainsi dire emprisonnées.

Pour les substances qui contiennent des principes volatils, nous avons recours à la distillation. Par ce moyen, nous obtenons sous un petit volume la partie aromatique, qui est ensuite mêlée à la liqueur extractive et fixée dans un poids déterminé de sucre.

Nous n'avons pas la prétention de tenter une chose sans précédent et d'une invention tout à fait originale. C'est au contraire à des préparations analogues que nous nous sommes reportés ; et nous rappellerons entre autres : 1° Les sirops secs qui figuraient à l'Exposition universelle de 1867, sirops destinés à l'exportation pour remédier aux difficultés que présente l'expédition des sirops ordinaires, à cause de la fermentation. 2° Les différents saccharolés et saccharures indiqués dans les formulaires. 3° Les tisanes sèches préparées avec du sucre en poudre et des extraits, préparations peu répandues et d'un dosage souvent mal déterminé. 4° Certains bonbons préparés par les confiseurs. Mais tous ces produits divers ne peuvent répondre qu'à quelques besoins particuliers.

Le *sucre-tisane*, au contraire, est la représentation exacte, simple et pratique de toute une série de préparations magistrales. Sous la forme et le volume d'un morceau de sucre ordinaire, il contient la proportion de substance active exactement calculée d'après le Codex pour une tasse à thé d'eau simple. Par suite, chaque tasse de tisane est composée et sucrée d'une manière toujours identique et convenable.

Ainsi que le sucre lui-même, qui en est la base, cette préparation n'est susceptible d'aucune altération. Sous cette forme, les substances conservent non seulement leur couleur, leur odeur, leur saveur, mais surtout leur vertu médicinale.

On peut donc ainsi préparer (*illico*) instantanément une seule tasse de tisane limpide, sans dépôt, renouvelée au fur et à mesure du besoin, et l'on fournit aux personnes les plus inexpérimentées le moyen de faire avec facilité une tasse de tisane toujours identique dans sa composition. On supprime ainsi l'attirail encombrant de pots, passoires, étamines, etc., nécessaires à la préparation d'une tisane qu'on obtient souvent trouble malgré toutes ces précautions. Pour l'usage, il suffit de verser simplement sur une dose une tasse à thé d'eau froide ou bouillante suivant l'indication, puis de remuer avec une cuiller pour amener la dissolution du sucre-tisane. (*Journal de Thérapeutique*, 25 avril 1875).

NÉCROLOGIE. M.-L. Clovis MEURISSE, externe des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Roubaix. Il était âgé de 21 ans. — M. Louis BERMOND, premier prosecteur de l'école secondaire de médecine de Lyon, vient de mourir d'une piqûre anatomique. M. L. Bermond était âgé de 25 ans.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Etude sur les effets des climats chauds dans le traitement de la consomption pulmonaire; par Théodore WILLIAMS, M. D.

II. Guérit-on la phthisie? — Par quels moyens. — Par le Dr Raoul LE ROY, médecin aux Eaux-Bonnes. A. Delahaye.

III. Menton sous le rapport climatologique et médical; par le Dr François FARINA, médecin à Menton. O. Doin, éditeur.

I. Il a été fait récemment beaucoup de bruit autour de la petite brochure du docteur Williams. Les médecins des Pyrénées se sont émus des conclusions de l'auteur et ont fait insérer plusieurs articles dans la *Gazette des Eaux* dans le but de réfuter les doctrines du médecin anglais.

Le problème que s'est posé notre confrère est celui-ci : quels sont les meilleurs climats pour les phthisiques? Pour M. Williams les stations de Pau, Rome et Madère sont moins profitables d'une manière générale, que les endroits plus secs et plus toniques, à cause de l'humidité contenue dans l'atmosphère, aussi bien que par l'absence d'éléments stimulants. — Les climats très-secs d'Egypte et de l'Inde ont fourni d'excellents résultats ; cependant les voyages maritimes ont donné plus de succès, toutes proportions gardées, que les localités dont nous venons de parler.

C'est d'après l'analyse de 251 observations qu'on est arrivé à ces conclusions. Examinons de près cette statistique : d'abord toutes les variétés de phthisie y sont un peu confondues, et c'est à notre avis une omission très importante, car il est aujourd'hui incontestable que certaines formes de cette maladie sont beaucoup plus graves que d'autres. — Il est vrai cependant que pour ces quelques cas cette distinction a été établie, mais pourquoi la restreindre ainsi ? Nous l'ignorons. Autre oubli : l'auteur a également négligé d'indiquer s'il existait une réelle différence entre les malades envoyés à chacune de ces stations : ceux qui ont habité Pau, Rome, Madère n'étaient-ils pas plus tuberculisés que ceux qui sont allés sur les côtes de la Méditerranée, ou en Egypte ? La différence est considérable qu'on en juge par le tableau suivant :

Moyenne de l'état relatif des poumons chez les malades passant l'hiver dans les différents climats secs et humides.

	1er degré	2e degré.	3e degré.	Deux poumons atteints	Améliorés	Plus mal.
Pau	52.20	34.00	13.60	38.63	10.00	45.45
Madère	62.85	20.00	17.14	40.00	53.81	31.91
Rome	72.22	16.55	11.11	38.89	55.56	33.33
Sud de l'Europe	58.59	20.38	21.05	35.53	62.50	17.10
Egypte, Cap	62.05	27.58	10.34	20.68	65.00	10.00
Voyages maritimes	71.21	11.11	16.67	27.78	87.00	5.60

Il résulte de l'examen de ce tableau comparatif que les cas défavorables étaient très nombreux à Pau : ainsi les phthisiques qui avaient atteint le 2ème et le 3ème degré s'y trouvaient dans la proportion de 47 0/0, tandis qu'en Egypte et dans les voyages maritimes il n'y en avait que 37 et même 27 0/0 ; ajoutons que les cas où les deux poumons sont atteints arrivaient au chiffre de 28 0/0 à Pau ; pour l'Egypte ils sont de 20 0/0, et pour les voyages maritimes ils sont de 10 0/0 seulement.

Il n'est pas étonnant d'après la statistique qu'on vient de lire, que les succès soient moins nombreux à Pau que partout ailleurs puisque c'est dans cette localité qu'étaient adressés les phthisiques les plus avancés. Bien que l'auteur se soit aperçu un peu de cette particularité il n'en conclut pas moins que le climat de Pau est défavorable aux tuberculeux. La seule qualité qu'il reconnaisse à cette localité est comme résidence de printemps, parce qu'elle est moins exposée aux vents que les villes du Sud de l'Europe. Nous n'osons point, pour notre part, admettre ces conclusions, nous préférons attendre que de nouveaux faits viennent éclaircir cette question.

II. La phthisie est-elle curable ? Tel est le titre de la brochure de M. le Docteur Raoul Le Roy. — Laennec et Louis admettaient la possibilité de la guérison de la phthisie à toutes les périodes de l'évolution du tubercule; il en est de même de MM. Hérard et Cornil ; citons leurs propres paroles : « Cette maladie est curable, cela est incontestable. Il n'est pas de praticiens, même parmi les plus incrédules qui ne puisse citer quelques faits de

guérison authentique. Nous pensons même qu'il n'existe pas de forme de la maladie que l'on soit en droit, de déclarer au-dessus des ressources de l'art sans même en excepter la phthisie aiguë.

Il est évident que cette maladie est curable à toutes les périodes, et si quelqu'un conserve encore des doutes sur ce point qu'il se rappelle le cas du docteur Bennett, il verra qu'il ne faut pas désespérer lors même que la tuberculose est arrivée au 3me degré. En effet, lorsque l'examen eut lieu, il existait depuis longtemps de la fièvre hectique, des sueurs nocturnes, à l'auscultation on trouva deux cavités au sommet du poumon droit. — Le mal était tellement profond que le docteur Bennett fut obligé de cesser toute clientèle et de passer l'hiver dans le midi de l'Europe, à Menton. Il s'en trouva bien L'été il revenait en Ecosse, se livrait à la pèche, et au bout de quelques années les cavernes, quoique non cicatrisées, ne donnaient lieu à aucun symptôme inquiétant. Le début de l'affection remonte à plus de 15 ans, il y a donc tout lieu de croire qu'il est survenu un temps d'arrêt dans la marche de la tuberculose.

Puisque la phthisie est curable, par quels moyens peut-on arriver à ce résultat? M. Le Roy divise le traitement de cette maladie en trois chapitres : traitement hygiènique, climatérique et médicinal. — Comme dans la plupart des affections chroniques, l'hygiène joue un grand rôle dans la cure de la pneumo-phymie ; c'est une alimentation véritablement réparatrice qu'il faut tout d'abord conseiller. On prescrira donc de la viande, du poisson, de la volaille, des légumes frais et principalement le céleri, les artichauts, le cresson. Le Bordeaux comme boisson de table doit avoir la préférence sur les autres vins. Ce régime doit néanmoins être subordonné à des règles individuelles dont il ne faut pas se départir.

Pendant l'été les phthisiques peuvent habiter les zones du nord sans le moindre inconvénient ; mais ils doivent chercher pour l'hiver un climat doux et toujours égal. En France les stations hivernales sont nombreuses et remplissent une foule d'indications différentes : sur la Méditerranée nous possédons d'un côté Alger, d'autre part, Cannes, Nice, et un peu plus haut Menton. Ces régions conviennent à merveille à ces formes de phthisie ou prédominent le lymphatisme, la scrofule et qui exigent une superactivité dans la circulation générale. Les localités du Sud-Ouest de la France ont une importance au moins égale à celles que nous venons de citer. Elles sont sédatives : c'est là leur caractère.

Selon M. Le Roy, Pau est la reine des cités hivernales de cette zone. Elle doit sa suprématie à sa situation géographique, à ses sites et à la douceur de son climat.

Le traitement médicinal de la phthisie doit être essentiellement, pour ne pas dire uniquement, reconstituant. L'huile de foie de morue répondant à plus d'une indication morbide, est le remède qui, jusqu'ici, a donné les meilleurs résultats. En Angleterre M. Williams en a obtenu d'excellents effets dans beaucoup de circonstances. — A une certaine période de la maladie, lorsque les accès fébriles se répètent tous les soirs avec une intensité notable l'arsenic rend aussi de grands services. — Le fer enfin, quoi qu'en ait dit Trousseau, est bon lorsque l'affection se complique d'anémie.

Les eaux minérales qui jouissent de la plus grande réputation dans la thérapeutique de la tuberculisation pulmonaire sont les eaux sulfureuses et les eaux arsenicales. Nous ferons toutefois remarquer que les unes et les autres s'adressent plutôt aux complications de la phthisie qu'au tubercule lui-même. Selon M. Libet dans la phthisie aiguë à marche rapide l'emploi des Eaux-Bonnes est absolument nuisible ; on doit les prescrire seulement lorsque la maladie suit une marche chronique. Ces eaux ont un double rôle l'un électif, nous venons d'en dire un mot, l'autre reconstituant ; aussi conviennent-elles à merveille lorsque l'organisme est appauvri. Cauterets jouit comme les Eaux-Bonnes de ces propriétés sédatives et reconstituantes.

Nous recommandons le livre de M. Le Roy à l'attention des praticiens : ils trouveront en le parcourant plus d'un fait instructif dont la connaissance leur sera utile dans le traitement de le phthisie pulmonaire.

III. Les deux brochures que nous venons d'analyser sont exclusivement destinées au public médical ; celle de M. Farina, au contraire, s'adresse aussi bien aux gens du monde qu'aux médecins. — Elle n'en n'est pas moins intéressante. — En effet, pour le malade il n'est pas indifférent de connaître le climat d'une station hivernale lorsqu'il prend la détermination de quitter le pays qu'il habite ; il lui est aussi très utile de savoir si l'endroit où il va chercher asile, est exposé plus que tout autre aux maladies épidémiques. — C'est donc avec raison que M. Farina s'est appesanti sur ces deux points.

Dans le groupe des climats secs et toniques ; Menton occupe sans contredit le premier rang. Cette localité a conservé la vie à plus d'un phthisique : elle doit sa supériorité à son immunité du mistral, ce qui lui vaut une douceur de température bien appréciée des malades.

Selon l'auteur il est indispensable pour les tuberculeux d'émigrer dans les zones tempérées du midi aux premiers débuts de l'affection et d'y séjourner plusieurs années s'ils veulent éprouver du soulagement. Ce conseil n'est pas toujours exécutable ; il faudrait pour cela abandonner complétement les occupations ordinaires, ce qui souvent n'est guère possible. J. CORNILLON.

BIBLIOGRAPHIE

Du secret médical au point de vue moral, professionnel et criminel ; par le Dr A. COUPEY, thèse in-8 de 112 pages. Paris.

L'ouvrage, dont nous venons d'indiquer le titre, à été récemment présenté à la faculté de Paris comme thèse inaugurale. Ecrit en très-bon style et dans le but de rendre hommage à la profession médicale, il abonde en faits personnels à l'auteur et en citations puisées aux meilleures sources.

Le secret médical est d'obligation morale, professionnelle et légale, suivant qu'on l'examine au point de vue de la sanction qui est fournie tantôt par le témoignage de la conscience, tantôt par la confiance des malades, la faveur publique, tantôt enfin par les peines ou les amendes stipulées par le législateur.

Les deux premières parties du travail résument les devoirs du médecin envers lui-même, envers le public, envers ses confrères.

Le chapitre de la *discrétion confraternelle* renferme d'utiles enseignements. Les médecins, membres d'une même famille, doivent se témoigner un respect et une affection réciproques ; ils doivent mutuellement se prêter un appui bienveillant. En est-il toujours ainsi ? Assurément non et l'auteur se plaint justement de ce qu'il apelle : *Invidia medica*.

Dans la troisième partie, la plus importante, celle dont l'intérêt est le plus immédiat, le Dr Coupey suit pas à pas le médecin dans les différentes questions qui peuvent se présenter à son intervention, il expose les divers principes de conduite qui découlent tantôt de la loi morale, du devoir, tantôt des prescriptions légales. Tout un chapitre est consacré à l'exposé de la jurisprudence actuelle du secret en médecine. L'auteur se montre partisan du secret absolu, en cela cependant les avis diffèrent. Il veut que le médecin console et guérisse, qu'il soit homme de science et de conscience. Pour lui, la médecine ne saurait être à proprement parler une profession sociale, une magistrature de famille, comme on l'a dit. Il faut que le médecin exerce simplement et honnêtement sa profession bienfaisante.

« Le secret, dit-il en concluant, est la loi morale de la profession, les exceptions sont très-limitées et doivent toujours s'inspirer de l'honneur médical. »

Le résumé qu'on vient de lire indique dans quel excellent esprit est conçu le travail du Dr Coupey. Il sera lu avec plaisir et consulté avec fruit. Bien des points mériteraient d'être examinés longuement ; mais l'occasion de les aborder se représentera sans doute et nous en profiterons. G. DU BASTY.

VARIA

Une exposition de cercueils en Angleterre.

Les Anglais sont des gens éminemment pratiques, patients, persévérants, qui savent tourner les difficultés quand ils ne peuvent les emporter de vive force, et qui, en toute chose,

aiment mieux toucher des à-compte que de ne rien recevoir du tout. Il faut dire aussi que la constitution anglaise, la tradition politique, les mœurs de leur pays leur garantissent un bien dont la possession est de nature à faire prendre patience aux plus violents : ce bien précieux, c'est la liberté. Avec cela on peut attendre; parce qu'on sait qu'avec le temps on pourra tout obtenir sans révolutions; et l'on attend; et, en attendant, on parle, on écrit, et, pour peu qu'on y voie quelque utilité, on se livre aux exhibitions les plus excentriques. Nul n'en est choqué, ni même surpris : c'est la liberté.

Depuis déjà pas mal de temps les esprits éclairés en Angleterre, comme en France, — peut-être plus qu'en France, — sont d'accord, d'une part, sur la révoltante absurdité de ce qu'on a si bien nommé les *pompes funèbres* (c'est un sujet continuel de satires pour les écrivains populaires, Dickens notamment), et d'autre part sur les dangers croissants que les cimetières de nos grandes villes font courir à la salubrité publique. S'il ne tenait qu'à ces esprits éclairés, le remède le plus radical, la crémation, serait bientôt adopté; mais l'opinion publique n'en est pas encore là, et l'on ne peut ni ne veut rompre en visière à l'opinion publique. Il y a donc une difficulté à tourner, on la tournera. Pour habituer les gens à l'idée de la destruction rapide des cadavres par le feu, on commencera par les habituer à l'idée d'une destruction des cadavres plus rapide que par le procédé actuel, mais par la terre encore; et comme, grâce à la servilité de l'esprit qui, dans nos vieilles sociétés clérico-monarchiques et particulièrement dans l'aristocratique Albion, est un vice héréditaire, le meilleur moyen de faire accepter une idée, de la mettre à la mode, est de la placer sous le patronage d'un *Lord*, avec la permission de *Sa grâce* le duc de Sutherland, on exposera dans les jardins de *Stafford House* les cercueils d'un nouveau genre dont on veut introduire l'usage et que l'on soumettra d'abord à la haute appréciation de ce que le beau monde et le monde savant comptent en Angleterre de plus stylé. Les belles dames se rendront à cette exposition, avec leurs enfants, pour lesquels il y aura de jolis petits cercueils peints noir et or, que les mères et les enfants admireront de compagnie et les savants, parmi lesquels le promoteur de cette agitation funéraire, M. Seymour Haden, seront là pour expliquer les grands avantages du nouveau cercueil, le cercueil d'osier ou à claire-voie, sur l'ancien cercueil fermé qui garde indéfiniment sa pourriture au lieu de la laisser se désinfecter promptement par le contact immédiat avec la terre ou avec le charbon qui devra être employé pour les gens morts de maladies contagieuses; et les journaux illustrés reproduiront, comme on peut le voir dans le dernier numéro de l'*Illustrated London News*, les nouveaux cercueils; et les Hellénistes prouveront (quelle chance !) que le mot anglais *coffin* (cercueil) étant dérivé du mot grec κοφίνος (panier d'osier) les Anglais sont tenus, par respect pour l'étymologie, de ne plus se faire enterrer que dans des cercueils à claire-voie; et nous-mêmes, amusés par cette excentricité, nous écrirons sur cette singulière exposition et ferons remarquer que M. Seymour Haden, tout bien considéré, a raison, et que si l'on ne veut pas encore en venir à la crémation, avec autopsie préalable, comme nous l'avons proposé, l'enterrement dans un cercueil à claire-voie ou même dans un simple suaire, vaut mieux que l'enterrement dans un cercueil fermé, qui, en empêchant le contact immédiat du corps avec la terre, retarde la désinfection et l'empêche même de s'accomplir entièrement.

Les savants anglais soutiennent, et il nous semble absolument impossible de les réfuter, que les cimetières actuels sont des dépôts où l'on garde précieusement, pendant de longues années, toute espèce de germes de maladie et de mort, qui, à la première occasion s'en échappent et sévissent sur les populations urbaines sous forme d'épidémies dont on va chercher bien loin l'origine, mais dont l'origine est à notre porte. En vain les avertissements se succèdent, la paresse d'esprit, la force de l'habitude sont telles que nous persistons stupidement dans des coutumes reconnues mauvaises, mais devenues aussi sacrées pour nous que pour les Indous le char de Juggernaut sous les roues duquel ils se jettent pour se faire écraser, victimes volontaires de l'idole homicide.

Il faudra en venir à ce que, très-sérieusement, très-sagement, propose le *Times* : une société coopérative pour l'application du nouveau système. Cela suppléera aux mesures qu'on aura oublié de prendre, aux dernières volontés qu'on aura oublié d'exprimer; le fait qu'on appartiendra à cette société, qu'on sera un de ses souscripteurs, devra être regardé comme équivalent à une déclaration formelle qu'on ne veut pas être enterré à l'ancienne mode. Cela aussi remédiera à l'absence de volonté des familles, à leur servile respect des habitudes reçues. Qu'arrive-t-il, en effet, lorsque l'un de nous meurt ? — ou que les parents sont plongés dans une grande affliction, et alors ils ne demandent qu'une chose : qu'on fasse à tout prix le nécessaire et qu'on les laisse à leur douleur; ou que, moins affligés que pressés de se débarrasser du mort, ils s'inquiètent fort peu de ce qu'on fera, pourvu qu'on fasse les choses *convenablement*, ce qui, dans les deux cas, laisse carte blanche aux entrepreneurs de pompes funèbres. Il est clair que, dans ces conditions, une société qui, parfaitement désintéressée de tout autre souci que de l'intérêt public, interviendrait et se chargerait des dernières mesures à prendre, serait la bienvenue.

Nous faisons des vœux, — et nous espérons bientôt faire autre chose que des vœux, — pour que de pareilles sociétés se forment dans toutes les grandes villes, car c'est là surtout que le problème exige une prompte solution. Toutefois nous devons dire que l'enterrement dans les cercueils à claire-voie, ou même dans un simple suaire ne nous paraît qu'un palliatif, et nous sommes plus que jamais d'avis qu'il en faudra venir à la crémation précédée de l'autopsie, laquelle seule offre à la salubrité publique, à la justice criminelle et à la science médicale, sans parler des intérêts privés, toutes les garanties désirables. Alfred TALANDIER.

Post-scriptum. Cet article était déjà composé lorsque nous avons lu dans le *Rappel* l'entrefilet que voici :

« Il vient de se former à Paris une singulière société qui compte déjà plus de cent membres. Les sociétaires, par une clause spéciale et formelle de leur testament, déclarent qu'ils ne veulent pas être enterrés après leur mort; ils ordonnent, au contraire, que leurs corps soient livrés aux amphithéâtres pour y être disséqués. Ils prennent cette résolution dans le but de contribuer autant que possible aux progrès de cette science si importante et sans laquelle une étude approfondie de l'art de guérir est impossible. Ils croient aussi faire disparaître par cette résolution les préjugés qui subsistent contre la dissection des cadavres. »

Nous savions qu'il existait déjà une société de ce genre à Zurich; mais nous comptions bien être les premiers à en organiser une en France. Le *Rappel* nous apprend que cela est déjà fait : *bravo* ! mais que nos amis se contentent de nous avoir damé le pion et qu'ils nous jouent pas avec nous à cache-cache. Après la propagande que nous avons faite pour cette idée, ce serait une mauvaise plaisanterie. Et puis nous ne sommes pas encore trop nombreux pour dédaigner de nous unir. A. T.

Budget du Ministère de l'Instruction publique.

Nous empruntons au rapport de M. Lepère les renseignements qui suivent sur la partie du budget du Ministère de l'Instruction publique qui concerne plus spécialement les sciences et la médecine. Le projet de budget s'élève cette année à 36,897,765 fr. Il présente une augmentation de 213,826 fr. sur le montant total des crédits alloués au budget de 1875.

Une partie de la somme demandée a pour objet : 1° la création d'une chaire de zoologie à la faculté des sciences de Marseille (6,000 fr., dont 4,000 pour le professeur et 2,000 pour le préparateur); 2° l'augmentation (250 fr.) du traitement des secrétaires des Facultés de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie; 3° la création d'une chaire d'anatomie générale au Collége de France. Un mot sur cette dernière création.

M. Wallon, après avoir donné les raisons qui militent en faveur de la chaire occupée autrefois par Edgard Quinet, motive la nécessité de la création de la chaire d'anatomie générale sur les considérations suivantes qui nous paraissent pleinement justifiées.

Le Collége de France, dit-il, possédait autrefois deux chaires de médecine, une chaire de chirurgie et une d'anatomie, successivement créées par François Ier, Charles IX, Henri III et Henri IV; de ces quatre enseignements, il ne subsiste plus actuellement qu'une chaire de médecine. S'autorisant aujourd'hui de la tradition du Collége de France, de sa mission spéciale, déterminée par ses statuts, le Ministre de l'Instruction publique demande à l'Assemblée nationale le rétablissement de la chaire d'anatomie créée à la fin du XVIe siècle et supprimée en 1832.

L'anatomie est la base de toutes les recherches qui s'appliquent aux êtres vivants ; elle devait donc avoir sa place marquée dans le cadre des études du Collége de France ; et si la chaire créée en 1595 a été supprimée, il y a 43 ans, c'est que cet enseignement qui se renfermait à cette époque dans l'anatomie descriptive, était devenu une répétition de l'enseignement classique des Facultés, une sorte d'annexe de la chirurgie.

Cependant une science nouvelle, l'anatomie générale, avait été fondée par Bichat au commencement du siècle, et si dans notre pays, elle fut mise en oubli durant de trop longues années, l'étranger qui s'en est emparé, sans jamais contester, du reste, son origine toute française, prit soin de la développer sous le nom d'histologie.

L'anatomie générale est, en effet, à cette heure, la science qui se lie le plus étroitement à la physiologie et à la médecine et aussi longtemps que cet enseignement fera défaut au Collége de France, ce grand établissement manquera en un point essentiel à son but qui est d'être toujours en avant dans la voie du progrès et de représenter, avant tout, les sciences en évolution.

Nous pouvons ajouter que l'anatomie générale a deux représentants éminents en France MM. Robin et Ranvier. M. Robin a sa chaire à la Faculté de médecine. M. Ranvier n'en a pas; et cependant comme préparateur de M. Claude Bernard, il a créé un enseignement admirablement organisé que suivent de nombreux élèves, enseignement qu'on vient chercher des pays les plus lointains et dont la fondation définitive est réclamée par le monde savant tout entier.

Aussi votre Commission n'hésite-t-elle pas à vous proposer de faire droit à la demande que vous adresse M. le Ministre d'un crédit de 12.000 fr. applicable à l'entretien d'une chaire d'anatomie générale au Collége de France (7.500 fr., traitement du professeur; 4.500 fr. pour appointements d'un préparateur et frais de cours.)

Ces considérations sont parfaitement exactes et l'Assemblée, en acceptant les propositions de M. Wallon, que la commission s'est appropriées, fera une œuvre utile et rendra justice à un savant qui fait le plus grand honneur à notre pays.

Nous avons encore à relever dans le rapport de M. Lepère quelques détails intéressants. L'école des Hautes études reçoit 300,000 fr., — L'Institut 668, 762 fr., — L'Académie de médecine, 75, 500 fr. — Le Collége de France 335. 038 fr. On voit par là combien est mince le budget de l'enseignement supérieur.

Prix de l'Académie de médecine.

Prix fondé par M. le Dr Orfila. L'Académie met de nouveau la question suivante au concours : « De l'aconitine et de l'aconit. » D'après les intentions du testateur « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine » légale. Ainsi : que deviennent ces poisons après avoir été absorbés ; dans » quels organes séjournent-ils, à quelles époques sont-ils éliminés et par » quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions, quels sont » les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent, quelle est leur » action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang, » quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, » et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler » ces toxiques, avant la mort, soit dans les matieres vomies ou dans celles » qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer » l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les » organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent » chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs? » Ce prix sera de la valeur de 4000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Itard. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 2800 francs,

Prix fondé par M. le Dr Saint-Lager. (Extrait de la lettre du fondateur). » Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la » fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des » pays à endémie goitreuse. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix fondé par M. le Dr Falret. La question suivante est de nouveau mise au concours : « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. » Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le Dr Rufz de Lavison. Question posée par le fondateur : « Etablir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Les mémoires pour les prix à décerner en 1875 et en 1876 devront être envoyés sans exception aucune, à l'Académie, avant le 1er mars de ces mêmes années. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat, sont exceptés de cette dernière disposition. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1858.)

Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts; Vu l'ordonnance du 18 mars 1841; Vu le décret du 4 février 1874; Le Conseil Supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète, Art. 1er. — Il y a dans chacune des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne sont pas de plein exercice, quatre emplois de suppléant, savoir :

Pour les chaires de clinique et de pathologie internes.............. 1
Pour les chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements. 1
Pour les chaires d'anatomie et de physiologie.................... 1
Pour les chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.. 1

Art. 2. — La durée des fonctions des suppléants est fixée à neuf ans.

Art. 3. — Les suppléants sont astreints à un enseignement permanent pendant un semestre de l'année scolaire. Cet enseignement consiste en conférences et en cours complémentaires. Les conférences auront lieu le soir; elles porteront : pour le suppléant des chaires de médecine, sur l'hygiène publique et privée; pour le suppléant des chaires de chirurgie sur la chirurgie d'armée et les secours à donner aux blessés en temps de guerre; pour le suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, sur l'anatomie générale et l'embryogénie ; pour le suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, etc., sur la physique médicale et la toxicologie.

Art. 4. — La durée des fonctions du chef des travaux anatomiques est fixée à dix ans.

Art. 5. Le traitement annuel des suppléants et celui des chefs des travaux anatomiques est fixé à 600 fr.

Art. 6. — Le Ministre de l'Instruction publique, des cultes et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret. (14 juillet 1875).

39. Prises contre l'apepsie (*Caffe*).

P. Extrait de noix vomique.........	1 gramme.
Rhubarbe pulvérisée..............	4 —
Craie préparée..................	3 —
Oléo-saccharum de menthe.........	25 centigrammes.

M. divisez en paquets. N° XII.

Une prise une demi-heure avant le repas aux personnes qui n'ont pas d'appétit. (*Archives belges de thérapeutique*).

40. Glycéré anti-hémorrhoïdal. (*Delioux de Savignac*).

Extrait de jusquiame......	4 grammes.
Safran pulvérisé.........	4 —
Acétate de plomb.........	2 —
Glyréré d'amidon.........	40 —

En onctions sur les tumeurs hémorrhoïdales douloureuses. (*Ibid*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Jaccoud. Salle Ste-Claire : 3, ictère calculeux; 6, cancer de l'estomac; 7, insuffisance mitrale; 19 bis, ictère catarrhal; 24, cancer utérin, phlegmatia alba dolens; 26, sclérose antéro-latérale; 30, paraplégie hystérique. — Salle Saint-Jérôme : 19, érysipèle de la face, endocardite; 19 bis, ataxie locomotrice.

Service de M. Siredey. Salle Ste-Geneviève : 2, paralysie faciale; 3, albuminurie; 4, 11, 21, pelvi-péritonite; 7, syphilis grave; 16, anévrysme de l'aorte; 17, métrite parenchymateuse; 18, cancer utéro-vaginal; 19, phlegmon du ligament large; 31, goître exophthalmique. — Salle St-Augustin bis : 11 bis, intoxication saturnine, alcoolisme; 12, rhumatisme, insuffisance mitrale; 15, kyste du foie; 22, pleurésie sèche; 25, adénie; 26, alcoolisme; 30, rhumatisme articulaire aigu.

Service de M. Raynaud. Salle St-Landry : 3, entérite; 3, 9, 23, sciatique; 12, ictère grave; 15, pleurésie, thoracentèse; 15 bis, coliques de plomb; 17, paralysie du médian ; 28, cachexie syphilitique. — Salle Ste-Mathilde : 5, métrite hémorrhagique; 7, 11, fièvre typhoïde, 13, 34, hystérie; 14, rhumatisme articulaire aigu; 31, angine tonsillaire, 32, phlegmon péri-néphrétique.

Service de M. Isambert. Examen au laryngoscope les mardis et vendredis.— Salle Ste-Marie : 1, laryngite tuberculeuse; 3, rétrécissement syphilitique du larynx; 6, anévrysme de l'aorte; 12, pleurésie purulente, empyème; 22, hystérie. — Salle Saint-Charles : 2, albuminurie; 14, phthisie laryngée; 23, rhumatisme, endocardite; 28, fièvre typhoïde; 32, ataxie locomotrice.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. Bucquoy. Tous les matins à 8 h. 1/2. — Salle St-Jean (H.) : 8, pelvi-péritonite; 9, fièvre typhoïde; 12, maladie de Bright; 15, fièvre typhoïde; 21, paralysie générale; 22, maladie de Bright. — Salle St-Philippe (F.) : 1, insuffisance mitrale et aortique; 4, tumeur abdominale, péritonite chronique; 16, rougeole; 21 et 22, chorée.

Chirurgie. Service de M. Després. Tous les matins à 9 h. — Baraque I (H.) : 2, scrofulide du voile du palais; 6, adéno-phlegmon du cou; 42, cystite purulente; 38, fistule lymphatique. — Salle Cochin (H.) : 19, phlegmon de la paupière; 18, résection de la hanche; 21, fracture de jambe compliquée.— Salle St-Jacques (F.) : 8, croup, trachéotomie; 14, conjonctivite granuleuse; 18, syphilides graves précoces; 20, lupus de la face.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Chirurgie.* Service de M. Sée. Visite à 8 h. — Salle Napoléon : 11, fracture bimalléolaire; 16, kyste tendineux du creux poplité; 33, phlegmon de la paroi abdominale; 37, exostose du tibia; 48, résection du coude. — Salle Ste-Eugénie : 3, ostéo-périostite suppurée de l'extrémité supérieure du fémur, sans lésion articulaire; 10, 22, ophthalmie purulente; 14, abcès de la paroi thoracique; 28, abcès de l'aisselle; 29, fracture de cuisse, scarlatine, urémie.

Médecine. — Service de M. Triboulet. Visite, à 8 h. 1/4. Consultations les mercredi et samedi. — Salle Ste-Marguerite : 13, fièvre intermittente quotidienne (enfant de 2 ans); 14, fièvre continue chez un enfant de 4 ans; 18, érysipèle de la face; 20, chorée, bruit de souffle mitral; 23, chorée consécutive à un rhumatisme aigu généralisé, souffle mitral.

Service de M. Bergeron. Visite à 8 h. Consultation les lundi et jeudi.— Salle St-Benjamin : 2, affection cardiaque, anasarque; 4, péritonite traumatique; 10, angine couenneuse; 15, laryngite striduleuse; 16, coqueluche et broncho-pneumonie. — Salle Ste-Mathilde : 7, pneumonie; 25, 27, 28, 29, fièvre typhoïde; 26, fièvre typhoïde, rougeole; 22, fièvre typhoïde, rechute; 16, tuberculose, diarrhée.

Service de M. Cadet-Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardi et vendredi. — Salle St-Joseph : 7, 8, laryngite striduleuse, 13, coqueluche, bronchite; 14, rhumatisme articulaire aigu; 16, affection du cœur à la dernière période; 19, fièvre typhoïde avec rechûte.

Chroniques. 34, carie vertébrale; 39, coxalgie avec abcès multiples; 18, eczéma rubrum, mal de Pott, carie des 2 premières lombaires.

Hôpital Necker. — Service de M. Potain. Consultation le jeudi. — Salle Saint-Louis (H.) : 10, maladie de Bright, deuxième attaque; 11, kyste hydatique du poumon suppuré, fistule bronchique, pneumo-thorax; 12, pleurésie purulente chez un tuberculeux, tube à demeure. lavage avec le double siphon; 18, néphrite interstitielle chronique; 26. cirrhose hypertrophique. — Salle Sainte-Anne (F.) : 4, maladie de Ménière; 16, hystéro-épilepsie et épilepsie; 21, insuffisance tricuspide; 29, fièvre typhoïde.

Service de M. Laboulbène. Consultation le mardi. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 12, hématocèle rétro-utérine; 2, névropathie cérébro cardiaque: 3, abcès iliaque, psoïtis; 6, ostéo-sarcome du bassin. — Salle Ste-Eulalie (F.) : 3, hémichorée; 6, tumeur fibro-cystique de l'utérus, insuffisance mitrale, épanchement pleural; 12, intoxication par le sulfure de carbone; 15, kyste de la nuque, symptômes de compression médullaire. — Salle St-André (H.) : 18, pleurésie, thoracentèse: 24, dilatation de l'aorte, insuffisance mitrale, tuberculose hémoptysies répétées.

M. Guyon. Consultation mardi, jeudi, samedi; le samedi à 9 h. 1/2 leçons sur les maladies des voies urinaires.—M. Desormeaux. Consultation lundi, mercredi, vendredi. Jeudi, examen endoscopique des malades.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 16 juillet 1875, on a constaté 820 décès, savoir : variole, 6; — rougeole, 26; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 21; — érysipèle, 10; — bronchite aiguë, 16;— pneumonie, 55; — dyssenterie, 1; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 31; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 8; — croup, 9; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 244; — affections chroniques, 330, dont 128 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 33; — causes accidentelles, 23.

Londres. — Population 3,445,160 habitants. Décès du 4 au 10 juillet 1,400, savoir : variole, » ; — rougeole, 27; — scarlatine, 58; — fièvre typhoïde, 8; — érysipèle, 10; — bronchite, 91 ; — pneumonie, 62; — dyssenterie, 4; — diarrhée, 179; — *choléra nostras*, 6; — diphthérie, 3; — croup, 11, — coqueluche, 53.

Faculté de médecine de Paris. — Les épreuves du concours pour deux places de chefs de clinique ont commencé le 20 juillet. Les juges sont : MM. Bouillaud, Béhier, Hardy, Chauffard et Gubler. — Les candidats sont : MM. Chouppe, Debove, Homolle, Joffroy, Lacombe, Renault (Alex.) et Renaut (J.)

Concours pour le prix de l'internat. — La composition écrite du concours pour le prix de l'internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le mercredi 3 novembre 1875, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait* seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure, apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, seront passibles des peines édictées par le règlement. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes excepté, de 1 h. à 3 trois h., du 20 juillet au 13 août inclusivement.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 5 juillet, ont été promus : Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Boulongue. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Mauratray, Menuehaud, — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Bonnefoy, Clos, Guien. — Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Goubert. — Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Leprieur. — Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Jaillard. — Au grade de pharmacien major de 1re classe : M. Puig. — Au grade de pharmacien major de 2e classe : M. Moissonnier.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain congrès ouvrira à Nantes, le 19 août 1875. Dès à présent on peut être assuré que, comme pour les sessions précédentes, le groupe des sciences naturelles comprendra des travaux et des excursions très-importantes. M. le Ministre de la Marine a bien voulu promettre de mettre un navire de l'Etat à la disposition de l'Association pour la dernière excursion, qui comprend, avec une visite à Vannes et à ses collections préhistoriques, la visite de Carnac, Locmariarquer, Quiberon, Belle-Isle et Lorient. On est assuré déjà qu'un certain nombre de savants étrangers assisteront à cette session; parmi ceux-ci on peut citer dès à présent, comme ayant promis de participer aux travaux du congrès : MM. Van Baumhauer, de Harlem; Dr Caudèze, secrétaire général de la Société des sciences de Liége; Franchimont, professeur à l'université de Leyde; Govi, professeur à l'université de Turin; Grismir, professeur à l'université d'Utrecht ; Gurming, de Rotterdam; Heynsius, recteur de l'université de Leyde; Liguine, professeur à l'université d'Odessa; da Silva, correspondant de l'Institut de France à Lisbonne; Dr Toca, membre de l'Académie de médecine de Madrid; Carl Vogt, de Genève; Zepharovich, professeur à l'université de Prague.

Pour tous les renseignements relatifs au congrès, s'adresser au secrétariat, 76, rue de Rennes, Paris. (*Gaz. hebd.*)

Soutenance de thèse pour le doctorat ès-sciences naturelles. — M. George, docteur en médecine, ancien élève de l'école des hautes études, préparateur d'anatomie comparée à la faculté des sciences de Paris, a subi, le 28 mai 1875, devant cette faculté, les épreuves du doctorat ès-sciences naturelles. Après une soutenance qui n'a pas duré moins de deux heures et demie, M. Georges a été jugé digne du grade de docteur ès-sciences naturelles. (*Gaz. hebd.*)

École de médecine de Nantes. — M. Charles Ménier, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle et de matière médicale, pour une période de six années.

Conseil municipal. — Sur le rapport de M. Talandier, une subvention de 1,000 fr. est accordée à l'institution des bègues de M. Chervin, et une autre subvention de 1,000 fr. au cours d'orthophonie de M. Colombat.

— M. Martin présente un rapport ayant pour objet l'exécution par l'administration de l'assistance publique de divers travaux nécessaires pour la mise en état du quartier de sûreté de l'hospice des vieillards (hommes).

M. Clémenceau fait observer que le quartier de sûreté de l'hospice de la vieillesse (hommes) est destiné à être remplacé prochainement, et que parmi les travaux projetés il en est beaucoup, la construction d'un parloir par exemple, qui ne sont pas indispensables. Il demande en conséquence le renvoi de l'affaire à la commission. A la suite de diverses observations, ce renvoi est prononcé.

Compatibilité des fonctions municipales et celles de médecin de bureau de bienfaisance. — Le conseil de préfecture de la Seine ayant invalidé l'élection du docteur Martin au conseil municipal de Paris, en raison de l'incompatibilité résultant des fonctions du docteur qui, en sa qualité de médecin attaché au bureau de bienfaisance du 13e arrondissement, était considéré comme agent salarié de la commune, M. Martin s'est pourvu de cette décision en conseil d'Etat.

Dans sa séance du 16 juillet, le conseil d'Etat a rendu un arrêt qui annule la décision du conseil de préfecture, annulation déterminée par les motifs suivants :Que le traitement du docteur Georges Martin, médecin du bureau de bienfaisance du 13e arrondissement de Paris, est porté au budget de l'Assistance publique;

Que, si ce budget est, en vertu de l'article 4 de la loi du 10 janvier 1849, soumis à l'examen du conseil municipal de Paris, il n'en constitue pas moins un budget spécial et distinct du budget municipal, et que le circonstance que l'administration de l'Assistance publique reçoit une subvention de la ville de Paris ne peut avoir pour effet de faire considérer le requérant comme agent salarié de la commune dans le sens de l'article 9 de la loi du 5 mai 1855; Que, dès lors, c'est à tort que, par application dudit article, le conseil

de préfecture du département de la Seine a annulé son élection comme membre de conseil municipal de Paris.

Cercle médical a Anvers. — Il vient de se fonder à Anvers un cercle médical sous la devise : Faites pour votre confrère ce que vous voudriez qu'il fit pour vous. Son but est : 1° De cimenter l'union dans le corps médical; 2° De maintenir par son influence l'exercice de l'art daus les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ; 3° De discuter et de défendre les intérêts professionnels.

Hommage a un médecin. — La ville de Nancy vient d'élever un monument funèbre à la mémoire du Dr Bénin, qui a légué toute sa fortune à la ville et aux hôpitaux, ou il a fondé un prix de l'internat (300 fr. et médaille d'or (*Revue méd. de l'Est.*)

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Vaccinations. — M. Hardon. 34, rue Rollin, nous prie d'annoncer que tous les jeudis, à 4 h., il met une génisse à la disposition des médecins pour faire des vaccinations.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine.

Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Le dernier numéro contient les articles origiuaux suivants : De la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, par M. le Dr Isambert, — Note sur l'otite aiguë syphilitique, par M. le Dr Ladreit de Lacharrière; — Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis (suite), par MM. les Drs Krishaber et Mauriac; — De la rhinose chronique et de son traitement par la pulvérisation, par M. le Dr Emile Tillot; — De l'amygdalotomie (suite), par M. le Dr de Saint-Garmain; —Rhinoscopie (suite), par M. le Dr Krishaber. Un an : Paris, 12 fr.; Départements, 14 fr.

Pozzi (S.). De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation. In-8 de 160 p. avec une planche, 5 figures et de nombreux tableaux, 5 fr.

West (Ch.). Leçons sur les maladies des enfants, traduites d'après la 6e édition anglaise et annotée par Archambault. In-8 de 1010 p. 12 fr.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

Desfosses (J.-B.-S.). De la hernie du poumon ou pneumocèle. In-8 de 96 pages, 2 fr.

Lorin (M.) Aperçu général de l'hérédité et de ses lois, in-8 de 89 pages, 2 fr.

Pathault (L.) Du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques, in-8° de 46 p. avec six fig. dans le texte, 1 fr. 25.

Petit (H.). De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, in-8 de 115 p. 2 fr. 50.

Renaut (J.) De l'intoxication saturnine chronique. Thèse d'agrégation. In-8 de 200 pages, 4 fr.

Pénières (L.). Du progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs. Thèse d'agrégation. In-8 de 80 pages, 2 fr. 50.

Roustan. Des lésions traumatiques du foie. Thèse d'agrégation. In-8 de 125 p. 3 fr.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

Yvon (P.). De l'analyse chimique de l'urine normale et pathologique au point de vue clinique. In-8 de 128 pages.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, 17, r. de l'École-de-Médecine

Vulpian. Leçons sur l'appareil vaso-moteur faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par le Dr C. Carville. In-8 de 775 p. 10 fr. Prix de l'ouvrage complet en deux volumes, 18 fr.

Aux bureaux du **PROGRES MÉDICAL** 6, *rue des Ecoles.*

Duplay (S.) Leçon sur les périarthrites coxo-fémorales. Maladie des bourses séreuses péritrochantériennes et du grand trochanter, simulant la coxalgie, recueillie par Duret. In-8 de 20 pages. 60 cent.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL.**

Bourneville et L. Guérard. — De la sclérose en plaques disséminées. Vol. gr. in-8, de 240 pages avec 10 figures et une planche. 4 fr. — Pour nos Abonnés : 3 fr. (*franco*).

Budin (P.) De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrosatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. In-32. 50 c.

Charcot (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière;* in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr.; pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25; pour nos abonnés, 4 fr. 75 (*franco*).

Cornil (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation daus les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. Budin. In-8° de 92 p. Prix 2 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr. 50, *franco*.

Peltier (G.) De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages 60 centimes.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 31 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 31 JUILLET 1875.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Des artères centrales.

Messieurs,

II. — Nous venons de recueillir chemin faisant des faits intéressants au plus haut degré, pour la théorie des localisations cérébrales pathologiques. Ces faits, nous allons maintenant les serrer de plus près, en commençant par ceux qui concernent les masses ganglionnaires centrales.

A. — *a*) Le système tout entier des artères centrales, émanant de la sylvienne, peut être oblitéré en conséquence de la thrombose ou de l'embolie du tronc artériel principal. Alors, le ramollissement porte sur la masse des noyaux gris tout entière ou peu s'en faut, — les districts répondant à la distribution des artères cérébrales antérieures et des artères optiques étant seuls épargnés. C'est là une *localisation* très-sommaire, en général d'une gravité extrême, et qui résume, si l'on peut ainsi dire, cliniquement, toute la pathologie des centres ganglionnaires. Le syndrome qui se rattache à ce ramollissement total des *corps opto-striés*, — ainsi a-t-on désigné quelquefois l'ensemble des masses centrales — n'est autre que l'*hémiplégie cérébrale vulgaire*, avec accompagnement de l'*hémianesthésie cérébrale*.

b) L'analyse peut pénétrer dans cet ensemble complexe. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que nous soyons en mesure aujourd'hui de reconnaître à des symptômes particuliers les destructions de la couche optique, celles du noyau caudé, celles du noyau lenticulaire et, à plus forte raison, celle de ses divers segments.

c) Mais il est possible, cependant, qu'il survienne, en raison même du mode de distribution artérielle que nous avons fait connaître, telle localisation anatomique, susceptible de se déceler par des symptômes spéciaux, et permettant, par conséquent, un *diagnostic régional*. Cette condition se réalise quand le ramollissement affecte toute ou presque toute l'étendue soit du territoire des artères lenticulo-striées, soit du territoire des artères lenticulo-optiques. Nous verrons, en effet, que les symptômes sont différents dans les deux cas : présents dans le second cas, les symptômes de l'hémianesthésie cérébrale font défaut dans l'autre.

B. — Ce qui vient d'être dit relativement au ramollissement ischémique, est applicable à l'*hémorrhagie intra-encéphalique*. Celle-ci est, vous le savez, fréquente, prédominante dans ces régions ; les artères striées sont, en effet, très-sujettes à la forme spéciale de sclérose artérielle qui produit les *anévrysmes miliaires*. On extrait communément, d'un foyer hémorrhagique récent, une artère striée ou optique dont les prolongements portent de petits anévrysmes (2).

Le plus souvent, contrairement à l'opinion généralement répandue, l'épanchement de sang, — ainsi que Gendrin l'avait bien reconnu (3)— se fait primitivement, en pareil cas, non dans l'épaisseur même du corps strié, mais en dehors de lui, plus précisément au contact de la surface externe du noyau lenticulaire, entre cette surface et la *capsule externe* qui se trouve comme décollée. Ainsi se produisent ces foyers aplatis qui, sur des coupes transversales apparaissent comme des lacunes étroites, linéaires, dirigées à peu près verticalement, parallèlement au noyau gris de l'avant mur. (*Fig. 43*). Quand l'épanchement

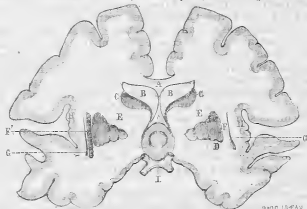


Fig. 43. — Foyer hémorrhagique extra-lenticulaire. (Coupe pratiquée en arrière du chiasma). — A, corps calleux ; — B, B, ventricule latéral ; — C, C, noyau caudé ; — D, D, noyau lenticulaire ; — E, E, capsule interne ; — F, capsule externe ; — F', foyer hémorrhagique, ayant détruit la capsule externe ; — G, G, avant-mur ; — H, H, insula ; — I, chiasma des nerfs optiques.

sanguin est abondant, le foyer s'agrandit surtout en travers, et, en raison de la résistence plus grande des parois crâniennes, du côté de l'insula, les masses centrales, pour ainsi dire énucléées, sont refoulées, en bloc, du côté de la cavité ventriculaire.

Je viens d'indiquer des cas très-vulgaires, mais il peut arriver aussi qu'un épanchement provenant des extrémités artérielles terminales, se produise dans l'épaisseur même, soit des corps striés, soit des couches optiques.

Quoiqu'il en soit, les seules localisations de ce genre, accessibles à la clinique, sont ici encore, comme pour le cas du ramollissement, celles qui répondent à l'envahissement du domaine lenticulo-strié, ou à celui du domaine lenticulo-optique.

Il y a lieu de remarquer, dès à présent, qu'en ce qui concerne l'hémorrhagie, il se présente pour l'interprétation des symptômes, des difficultés qui n'existent pas, du moins au même degré, dans le ramollissement. Si l'on n'en est pas informé on sera exposé à rapporter aux effets de *la destruction* d'une partie, des accidents qui sont tout simplement le résultat d'un phénomène de voisinage. Je fais allusion à la compression que, dans les premières périodes, un épanchement de sang ne manque jamais de produire, à une certaine distance, sur les parties voisines, pour peu qu'il ait une certaine étendue. C'est là un point sur lequel je reviendrai, d'ailleurs, dans un instant.

III. On peut, en somme, réduire à un très-petit nombre de propositions les faits acquis définitivement, relatifs au *diagnostic régional* des diverses parties qui entrent dans la composition des masses ganglionnaires centrales du cerveau.

1° Pour ce qui regarde d'abord les lésions isolées de chacun des noyaux gris, *sans participation de la capsule interne*, nous ne sommes pas encore, ainsi que je l'ai annoncé, en mesure aujourd'hui de les reconnaître à des caractères cliniques spéciaux.

Ainsi, on est dans l'impossibilité de distinguer, pendant la vie, une lésion limitée au noyau lenticulaire, d'une lésion circonscrite dans le noyau caudé et les lésions de la couche optique, — bien que sur ce dernier point, il y ait lieu, peut-être, de faire quelques réserves, — se confondent cliniquement, en général, avec celles qui se produisent dans les deux compartiments du corps strié.

(1) Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29.
(2) Voir la PLANCHE V des *Archives de physiologie*, 1868.
(3) A.-N. Gendrin. *Traité philosophique de médecine pratique*, t. I, 1838. Voir page 443, nos 789, 796 ; p. 465, nos 808, 809, 810, et p. 478, n° 830.

Les symptômes qui accompagnent ces lésions, limitées aux noyaux gris, sont ceux de l'hémiplégie cérébrale vulgaire. Cette forme d'hémiplégie cérébrale peut être dite *centrale*, pour la distinguer des paralysies motrices qui résultent quelquefois de la lésion de certaines régions superficielles et que, par opposition, j'appellerai *hémiplégies cérébrales corticales*.

b) Dans la majorité des cas, la paralysie liée aux lésions des noyaux gris centraux porte sur le mouvement seul; les troubles de la sensibilité se présentant avec les caractères, qui distinguent l'*hémianesthésie cérébrale*, s'y adjoignant parfois cependant dans des circonstances particulières qui vont tout-à-l'heure fixer notre attention.

c) L'hémiplégie liée aux altérations ainsi circonscrites dans les noyaux gris est communément transitoire, passagère, peu accusée, non indélébile, en tout cas, et, partant comparativement bénigne. Il est clair qu'en formulant cette proposition, j'éloigne toute complication capable de modifier profondément le tableau, telle que serait, par exemple, l'irruption d'un foyer d'hémorrhagie, même de petite dimension, dans une cavité ventriculaire. Des symptômes graves, à savoir : la *contracture précoce*, des *convulsions épileptiformes*, surviendraient à peu près nécessairement en pareil cas, et la mort plus ou moins rapide est la conséquence à peu près obligatoire d'une semblable complication.

La bénignité relative des lésions limitées à la substance des noyaux gris tient sans doute pour une part à cette circonstance, que ces noyaux ne sont à peu près jamais lésés dans leur totalité. Ainsi, jamais le noyau caudé, par exemple, — et ce fait s'explique par le mode de distribution des vaisseaux qui s'y rendent — n'est détruit dans toute son étendue, du moins isolément, c'est-à-dire, sans la participation de la *capsule interne* ou des autres noyaux gris. D'un autre côté, le caractère transitoire de la paralysie résultant de ces lésions partielles des masses ganglionnaires centrales, peuvent indiquer, ainsi que nous le verrons, l'existence d'une sorte de *suppléance fonctionnelle* pouvant s'établir au besoin, soit entre les diverses parties du noyau caudé, soit entre le noyau caudé et les divers segments du noyau lenticulaire.

— En revanche, les lésions de la *capsule interne*, alors même qu'elles sont absolument limitées à ce tractus blanc, et qu'elles n'intéressent en rien la substance des noyaux gris, ces lésions, dis-je, produisent l'hémiplégie cérébrale vulgaire, sous une forme, en général, très-accentuée et plus ou moins persistante. Ainsi, même très-circonscrites, principalement lorsqu'elles sont situées très-bas du côté du pédoncule, ces lésions déterminent une paralysie motrice qu'accompagne à peu près nécessairement la *contracture tardive*; symptôme d'un fâcheux augure dans l'espèce, parce qu'il annonce dans la règle, que la paralysie résistera à tous les moyens thérapeutiques. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. le professeur TRÉLAT.**

Ire LEÇON. — Enchondrome de la parotide — Carcinome du maxillaire supérieur. *Suite* (1).

Leçons recueillies par A. CARTAZ, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Tout autre est la nature de la tumeur que nous allons enlever tout à l'heure; le pronostic, ici, en dehors de toute complication, est également tout opposé. Longtemps j'ai hésité à entreprendre l'opération que je vais pratiquer; mais avant de vous exposer les raisons qui ont motivé mon intervention, laissez-moi vous donner quelques détails sur les antécédents et l'état actuel de notre malade.

Il s'agit de cette femme entrée il y a quelques jours, salle Sainte Rose, n° 4 ; âgée de 54 ans, elle exerce la profession de lingère, et a toujours joui d'une bonne santé. La ménopause est survenue, il y a quatre ans, sans occasionner la moindre indisposition. Notons d'autre part qu'elle n'a jamais eu d'affections de la gorge, ni de coryza invétéré. Il y a sept mois, elle vit survenir une petite tumeur sur le côté droit du nez, au niveau de l'angle interne de l'œil. Cette petite tumeur, indolente, ressemblant, dit la malade, à un gros pois, eut un développement assez rapide pour réclamer, quatre mois après, une ablation; elle présentait à ce moment le volume d'une grosse noix. D'après les renseignements que cette femme nous fournit avec assez de précision, car elle est intelligente et n'avait pas été anesthésiée, le chirurgien aurait relevé la joue par une incision dont vous pouvez voir la cicatrice sur le sillon naso-jugal et extirpé ainsi la tumeur. La récidive survint un mois après; la marche de l'affection a été encore plus rapide que la première fois, quoique toujours indolente.

Actuellement la malade vient à l'hôpital avec l'intention bien arrêtée de se faire opérer à nouveau; elle comprend toute la gravité de son état et réclame dans ce but notre intervention à tout prix.

L'aspect de cette malade a dû vous frapper dès le premier abord ; la figure présente absolument le tableau des déformations dues aux polypes naso-pharyngiens volumineux ; la joue droite, au niveau du sinus maxillaire, est soulevée par une tumeur du volume d'un poing ; l'œil, dans un état prononcé d'exophthalmie, est projeté en avant et en dehors ; le nez est déjeté, pour mieux dire aplati du côté gauche et son sillon du côté droit, complétement effacé, a fait place à une tumeur qui n'est que le prolongement de celle de la joue et qui obstrue complétement la narine de ce côté.

La tumeur remonte dans l'angle interne de l'œil jusqu'à la racine du nez ; en ce point, elle diffère de consistance avec le reste de la tumeur qui est assez ferme, demi-fibreuse, s'il m'est permis d'employer cette expression ; là, elle est molle, et donne une sensation de fausse fluctuation. De plus, la peau qui, à la joue, présente son aspect accoutumé, est ici rouge, enflammée, sillonnée d'un petit lacis de vaisseaux capillaires, comme prête à s'ulcérer.

En ouvrant la bouche, on voit que la tumeur fait saillie sur le bord alvéolaire sous la forme de deux lobules du volume d'une noisette, d'un blanc rosé, mollasses et résistants.

Le doigt, plongé en arrière du voile du palais, ne fait rien découvrir dans le pharynx, ni dans la partie postérieure des fosses nasales.

Signalons enfin un ganglion (c'est du reste le seul), gros comme une noisette, dur, indolore, placé sous l'angle de la mâchoire inférieure.

En résumant ce tableau topographique, vous pouvez deviner aisément que nous sommes en présence d'une tumeur née dans le sinus maxillaire et ayant rayonné de là dans toutes les directions ; son aspect, sa consistance, sa marche, cette récidive à courte échéance, vous disent assez la nature de l'affection. Toute la distinction à faire serait d'établir s'il s'agit dans ce cas d'un sarcome ou d'un carcinome ; cette question est du ressort de l'histologie, et ne pourra être tranchée définitivement qu'après l'ablation de la tumeur; mais au point de vue clinique, au point de vue du pronostic surtout, c'est ce dont il faut bien vous pénétrer : c'est tout un, pour ainsi dire. Nous avons là une tumeur *maligne*, avec tendance à la récidive, à l'envahissement ; une première opération n'a pas réussi à conjurer le danger ; que devons-nous faire ? C'est ce dernier point qu'il me reste à examiner.

Si nous restons inactifs, la tumeur augmentera et une issue fatale ne tardera pas à survenir. L'intervention est donc opportune, puisqu elle reste comme seule ressource à cette infortunée. Mais l'intervention est-elle encore possible, ou pour parler plus explicitement, parviendrons-nous, même au prix d'une opération grave, à dépasser les limites du mal et à empêcher la récidive ? J'ai penché pour l'affirmative, un peu sous l'empire des prières de la malade, qui réclame instamment une opération, et aussi parce que je compte pouvoir tout enlever. J'ai été fortifié dans

(1) Voir le n° 30.

cette résolution par l'opinion de mon collègue M. Gosselin qui a pensé, comme moi, que l'on *pouvait* et que par conséquent l'on devait tenter une nouvelle ablation. La récidive, après la première opération, a peut-être pour raison une ablation incomplète ; c'est encore un motif pour nous décider à intervenir.

Je vais donc enlever cette tumeur ; mais pour arriver jusqu'aux limites extrêmes, vous comprenez, Messieurs, qu'il est nécessaire d'extirper le siége principal, le foyer d'origine. La résection du maxillaire supérieur est la seule opération praticable dans ce cas ; encore serai-je obligé de comprendre une bonne portion du nez et de sacrifier la peau de la joue au voisinage de l'angle de l'œil ; son altération et son adhérence à la tumeur ne permettent pas de la respecter. Ce sacrifice forcé causera un sérieux préjudice à la malade et va entraver singulièrement la réparation, en même temps qu'accroître la difformité. Il me sera en effet impossible de mobiliser suffisamment le lambeau pour l'amener au contact de la peau du nez, et il restera là un vide de 3 à 4 centimètres, qui ne pourra être comblé que par le bourgeonnement de la plaie profonde, ou par une autoplastie ultérieure.

— L'ablation n'a pas entraîné, comme vous avez pu le voir, de bien grandes difficultés ; j'ai dû porter mon incision sur le dos du nez, sur la ligne médiane et enlever la peau de l'angle interne ; mon lambeau rapproché par onze points de suture métallique ne parvient pas à obturer complétement le vide. Pour détruire les masses sarcomateuses ou carcinomateuses, si vous voulez, qui se prolongeaient jusque du côté de l'ethmoïde, en même temps que pour arrêter l'hémorrhagie en nappe provenant de la déchirure de ces masses, j'ai à deux ou trois reprises porté le fer rouge dans le fond de la plaie, dans les sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux; la cautérisation des parties qui auraient pu m'échapper permet ainsi d'espérer une destruction complète du néoplasme morbide.

En examinant la tumeur, vous pouvez reconnaître, partant de la cavité du sinus maxillaire, ces masses bourgeonnantes, de consistance variée, ulcérées par places et laissant couler un liquide grisâtre, visqueux. Au centre de cet amas de bourgeons d'aspect particulier, on trouve de petits polypes muqueux, analogues à ceux que l'on rencontre si fréquemment dans cette cavité.

On pourrait se demander si ces polypes, accidentellement développés comme sur bien des sujets, ont été le point de départ du sarcome, en subissant à un moment donné une évolution particulière et tout-à-fait anormale, ou bien si c'est au contraire le sarcome qui leur a donné naissance, par irritation de voisinage des glandes mucipares. Je me rattacherais plus volontiers à la première hypothèse qu'à la seconde, en raison de la fréquence de ces petits polypes, fréquence démontrée par M. Giraldès dans ses intéressantes recherches sur le sinus maxillaire.

— Les suites de l'opération ont été simples ; nous n'avons eu aucune hémorrhagie ; les eschares se sont détachées au sixième jour, la plaie est rose et d'un bon aspect et cet état s'est maintenu pendant quelque temps ; mais vous vous souvenez que je signalais un ganglion à l'angle du maxillaire; en un mois de temps, après l'opération, il a triplé de volume et est devenu douloureux. Cet incident est un signe fâcheux ; je vous disais que je regardais les conditions dans lesquelles j'intervenais comme mauvaises, et qu'en agissant ainsi j'obéissais au désir et à la volonté de la malade. Les réserves que nous faisions à ce moment semblent devoir se réaliser, puisque l'infection arrêtée d'un côté grandit ailleurs. Pour ne pas multiplier l'étendue du traumatisme, j'avais remis à quelque temps l'extirpation de ce ganglion ; mais, en présence de cet accroissement si rapide, nous ne devons pas différer davantage ; ni le volume ni l'état de ce ganglion ne contre-indiquent son ablation ; dans quelque temps, il serait peut-être trop tard.

J'ai pratiqué cette extirpation le 17 mars, c'est-à-dire juste un mois après la résection du maxillaire ; vous avez pu juger du développement rapide de ce ganglion qui mesurait, une fois enlevé, le volume d'un œuf de poule. Le siége de cette tumeur rendait l'opération délicate; il fallait éviter en effet les vaisseaux importants et nombreux qui sillonnent cette région, tout en atteignant les limites profondes de la coque ganglionnaire; j'y suis arrivé sans trop de difficulté.

Deux mots encore : M. Ranvier, dont vous connaissez tous la compétence en matière d'histologie, a bien voulu examiner la tumeur et a reconnu qu'il s'agissait là d'un carcinome. Chacun de ces détails vous dit assez les réserves que nous devons faire plus que jamais sur la question du pronostic.

La malade, encore en traitement à cette heure à l'hôpital, dépérit de jour en jour; une récidive s'est faite sur différents points de la plaie ; des bourgeons de mauvaise nature se montrent sur les débris de la voûte palatine, dans la région ethmoïdo-frontale. Courageuse et énergique, cette femme réclame une nouvelle opération désormais impossible ; elle sera envoyée à la campagne, sans qu'on puisse conserver aucun espoir. *(A suivre.)*

CLINIQUE MÉDICALE

Cancer mélanique du foie et des poumons consécutif à un cancer melanique de l'œil droit;

Par **GAUDERON**, interne des hôpitaux.

Barbe S., âgée de 67 ans, entrée le 9 février 1875, à la Charité (service de M. Gosselin). Cette femme a toujours joui d'une bonne santé : elle a eu trois enfants. Il y a 5 à 6 ans environ, elle éprouva, sans cause appréciable, des douleurs vives dans l'œil droit et autour de l'orbite. Après ces douleurs elle perdit la vision de cet œil, et il se forma une petite tumeur noire en dehors de la pupille. Cette tumeur prit, peu à peu, le volume d'une petite noisette.

Il y a 2 ou 3 ans, la malade remarqua dans le flanc droit une tumeur dure, indolente, soit à la pression, soit pendant la marche, mais seulement gênante. La santé générale était bonne ; la malade avait de l'appétit, des digestions faciles.

La malade conserva une santé assez bonne et ses forces à peu près intactes jusqu'au milieu de l'année 1874 : à ce moment, elle commença à avoir de l'inappétence et des nausées, du dégoût pour les aliments, en même temps elle s'amaigrit, perdit ses forces et ses couleurs.

Vers le mois de novembre 1874, la malade commença à souffrir de violentes douleurs dans tout le côté droit du ventre ; vers le milieu de janvier 1875, la malade paraît avoir eu quelques symptômes de rétention des matières fécales ; ces accidents durèrent 3 jours et furent jugés par un purgatif.

Vers le 5 février elle eut encore des accidents qui furent pareillement traités et jugés et ce fut également pour ces accidents qu'elle entra à l'hôpital.

A son entrée le 10 février, elle présente un amaigrissement considérable, elle a la peau sèche et de coloration jaune sale, et nulle part de tumeurs mélaniques sur la peau. Elle se plaint surtout de douleurs vives dans le ventre et dans l'épaule droite, et de constipation.

Du côté du ventre, elle n'éprouve actuellement des douleurs spontanées et à la pression que du côté gauche; les douleurs qu'elle ressentait du côté droit ont complétement disparu. L'abdomen tout entier, excepté la région de la fosse iliaque gauche est occupé par une tumeur dure, présentant deux grosses bosselures, une à gauche, l'autre à la partie inférieure du côté droit du ventre ; au-dessus de cette seconde bosselure est une dépression profonde qui arrive au niveau du rebord des fausses côtes. Cette tumeur est mate dans toute son étendue; elle a pour limite en haut la cinquième côte, le creux épigastrique et le rebord des fausses côtes gauches, en bas une ligne partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure droite et se rendant obliquement au milieu d'une ligne qui sépare le rebord des fausses côtes gauches de la crête iliaque ; sur cette ligne on sent très-bien l'échancrure du foie, située sur la ligne médiane du corps, et à 3 travers de doigt du pubis, plus

à gauche, on sent parfaitement le bout tranchant du lobe gauche. La malade tousse depuis quelques jours ; on entend dans la poitrine quelques râles muqueux disséminés. Les bruits du cœur sont normaux.— Les artères radiales un peu dures et sinueuses. — Apyrexie complète.

La malade a, depuis plusieurs années, perdu la vision de l'œil droit et présente, sur cet œil en dehors de la pupille, une tumeur noire, bosselée, du volume d'une petite noisette recouverte encore par la conjonctive.

La cachexie fit de rapides progrès.

Le 5 mars 1875, la malade commença à tomber dans le collapsus, elle avait le pouls misérable, la peau très-sèche et la voix éteinte. A ce moment parut, pour la première fois, un ictère foncé. La malade mourut le 8 mars au matin.

AUTOPSIE. Une incision de l'abdomen fut seule permise. Après avoir détaché quelques adhérences assez fortes du foie au péritoine pariétal, on vit que le foie formait seul la tumeur qui remplissait à peu près tout le ventre, recouvrait entièrement l'estomac et comprimait surtout un point de l'intestin, le colon transverse dans une longueur de 12 à 15 centimètres.

L'estomac était tout à fait sain : le duodénum présentait à son origine une petite ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le petit intestin ne présentait rien d'anormal. La partie rétrécie du colon transverse ne présentait plus rien de particulier sur sa face muqueuse ; quelques ganglions mésentériques étaient remplis de matière mélanique. Le pancréas était sain. Rate normale.

Les reins étaient en voie de dégénérescence graisseuse ; une partie du lobe inférieur du poumon droit enlevée par l'abdomen présentait dans son épaisseur et sous la plèvre des noyaux cancéreux de volume variable, mais ne dépassant pas celui d'un gros pois et présentant à la coupe les différents aspects des tumeurs que nous allons étudier dans le foie.

Le foie a 35 centimètres de hauteur et de largeur, 12 centimètre d'épaisseur maxima, il pèse environ 4 kilogrammes. Il présente une grosse bosselure formée par le lobe gauche, une autre par la partie inférieure du lobe droit, une troisième par la partie supérieure du lobe droit et entre ces deux bosselures une dépression profonde et transversale. Sa coloration est variable : sur sa face antérieure, coloration générale brune jusqu'au voisinage du bord droit où elle devient jaune serin ; sur sa face postérieure, coloration jaune serin du lobe droit, du lobe de Spiegel et coloration brune du lobe gauche.

Sur ces teintes générales variables tranchaient des tumeurs d'un volume variant entre celui d'une noisette et celui d'une lentille, et d'une coloration variant également entre le noir foncé des tumeurs mélaniques et la coloration grise blanchâtre, ou gris rosé du carcinome. Aucun de ces noyaux ne présentait de dépression centrale.

A la coupe, le foie présentait les aspects les plus divers. Sur une coupe qui était jaune serin ou brune, suivant la partie du foie, tranchaient des noyaux du volume que j'ai dit plus haut, qui étaient infiltrés dans le foie, et très-confluents en certains endroits ; leur coupe était tout à fait noire pour quelques-uns, mélanique à la circonférence et bleu grisâtre au centre pour d'autres — gris blanchâtre pour d'autres, ceux-ci étaient plus petits et plus nombreux — gris rosés pour d'autres encore. Le passage de la coloration jaune serin à la coloration brune des coupes était brusque. Les parties colorées en jaune serin étaient de consistance molle, les parties colorées en brun étaient denses et résistantes sous le couteau.

La vésicule biliaire renferme de la bile de coloration verte ; sur sa face interne une tumeur mélanique grosse comme un pois. — Le canal cystique était comprimé par un ganglion mélanique qui n'empêchait pas la circulation de la bile.

Dans les grosses branches de la veine porte et de la veine sus-hépatique on ne trouvait aucune végétation cancéreuse.

Au niveau du hile du foie, on trouve un paquet de gros ganglions mélaniques avec travées fibreuses blanchâtres, donnant à la coupe l'aspect d'une truffe.

EXAMEN MICROSCOPIQUE, fait par M. CORNIL. — Examinées à l'état frais par raclage, les tumeurs du foie montrent des cellules volumineuses, de formes variées, les unes sphériques, les autres en raquette avec de gros noyaux ovoïdes et des nucléoles brillants ; quelques-unes de ces cellules sont pigmentées. — La partie jaune du foie est uniquement constituée par des cellules en dégénérescence graisseuse complète.

Sur des préparations faites après durcissement, on voit la disposition des îlots conservés d'une manière générale; mais au lieu de cellules hépatiques, on trouve, dans les mailles du tissu conjonctif qui tient la place du tissu cellulo-vasculaire de l'îlot des grandes cellules, semblables à celles décrites plus haut, de telle sorte que l'îlot tout entier est représenté par un îlot carcinomateux avec son stroma réticulé et ses cellules. A un fort grossissement on peut apprécier l'état fibreux dense du tissu qui forme les cloisons, cloisons généralement minces.

Dans certaines de ces cloisons, on trouve des granulations graisseuses, dans d'autres il existe des granulations mélaniques disposées autour des noyaux et dans des cellules aplaties situées dans la cloison elle-même. Les grosses cellules contenues dans la cavité des alvéoles sont les unes pigmentées, et les autres non pigmentées.

On voit à l'œil nu sur la section du foie de petits îlots au centre desquels apparaissent des vaisseaux. L'examen à un faible grossissement de ces parties fait voir qu'il s'agit de coupes de la veine-porte, de l'artère hépatique et des canaux biliaires, entourées de tissu conjonctif de nouvelle formation.

Dans une série de sections examinées à un faible grossissement, on peut voir les altérations subies par les vaisseaux et le tissu conjonctif dans ces points.

La veine a une paroi extrêmement épaisse, végétante à l'intérieur et dans la partie formée de végétations et du tissu nouveau on voit du pigment noir déposé dans les cellules. La paroi de l'artère est beaucoup moins épaissie et enflammée que la paroi veineuse ; cependant l'endothélium de l'artère est en voie de prolifération et présente des cellules qui ont une forme soit sphéroïdale, soit prismatique ; ces cellules sont tuméfiées et ont de gros noyaux. Autour de ces deux espèces de vaisseaux le tissu conjonctif est très-épais, il montre une quantité considérable d'éléments nouveaux et la paroi de la veine est surtout très-épaisse à la périphérie de ce tissu conjonctif, on peut voir soit des sections longitudinales, soit des sections transversales de canaux, qu'on peut suivre sur une grande étendue, et dont la paroi est très-mince : ces canaux sont remplis de cellules volumineuses semblables à celles des alvéoles du carcinome, mais qui paraissent être dans des canalicules biliaires altérés.

Sur une section, on voit la coupe transversale d'une branche volumineuse de la veine-porte, sur la paroi interne de laquelle végète un bourgeon qui la remplit presque complétement. La paroi de la veine est conservée intacte dans un point, et là la cavité du vaisseau est libre et contient une coagulation fibrineuse avec des globules rouges, des globules blancs, et dans cette même partie libre du canal veineux, on trouve de grosses cellules à noyaux ovoïdes et à nucléole volumineux. — La structure du bourgeon intra-veineux est constituée par des alvéoles renfermant de grosses cellules cancéreuses.

Dans d'autres points, on voit des artérioles complétement oblitérées par endartérite et la veine qui les accompagne est elle-même remplie d'éléments cancéreux et présente une multiplication des éléments de sa paroi.

Ce qu'on peut dire d'une façon générale, c'est que la formation de cellules et d'alvéoles cancéreux a pris la place des éléments préexistants du foie et rempli les différents canaux (canaux biliaires, veines, artères, peut-être les lymphatiques.)

Prix Jules Naudin. — Ce prix sera décerné pour la deuxième fois en 1877. La question proposée est la suivante : *Les eaux minérales des Pyrénées françaises.* Les concurrents pourront adopter le cadre d'une étude complète et générale, ou se restreindre à la monographie d'une ou de plusieurs stations. Le prix est de 800 fr. L'auteur qui aura remporté le prix recevra, en outre, cent exemplaires de son mémoire, sans frais pour lui, jusqu'à concurrence de cent pages d'impression in-8°. Ce supplément de récompense pourra être accordé à l'auteur du mémoire classé au premier rang dans le concours et qui, sans avoir mérité le prix, aura obtenu une médaille d'or de 100 francs au moins (*Revue méd. de Toulouse*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Étiologie du Scorbut (1).

Dans la première partie de son travail, M. Villemin avait montré ce que n'est pas le scorbut ; il s'attache dans la seconde à chercher ce qu'il est.

Le scorbut, dit-il, est toujours *épidémique ou endémique* ; il n'existe presque jamais à l'état sporadique. Quand il apparaît sur un navire, il atteint toujours plusieurs individus à la fois ou successivement. En général, il acquiert une extension et une aggravation progressives qui deviennent souvent alarmantes lorsque le débarquement n'est pas prochain. S'il se développe sur terre, au milieu d'une population agglomérée, ses désastres sont quelquefois pareils à ceux des navires, et l'on ne peut y porter remède que par l'évacuation et la dissémination des malades. Semblable au typhus, le scorbut atteint toujours les populations groupées, comme celle des casernes, des hôpitaux, des prisons, des camps, etc. Il se borne, le plus ordinairement, à la production de petites épidémies localisées, mais en de certaines années, sans qu'on sache trop ni pourquoi ni comment, il se propage à la façon des grandes épidémies, envahissant des contrées entières et frappant des individus dans les conditions hygiéniques les plus diverses.

Au-delà de toutes les causes généralement acceptées, il y a un élément essentiel analogue à celui qui distingue des maladies ordinaires, les maladies épidémiques et transmissibles, telles que le typhus, la fièvre jaune, la peste, la fièvre typhoïde, la dyssenterie, etc... Ce déterminateur spécial, c'est le *miasme scorbutique*.

Mais si le scorbut appartient réellement à la famille des affections zymotiques, s'il s'étend et se propage à la manière des grandes épidémies, il faudra donc admettre qu'il est *contagieux*. La contagion paraît, en effet, démontrée dans certains cas d'une façon évidente. Le scorbut ne se répartit pas d'une manière uniforme à la surface du globe. Il est endémique dans certains pays et particulièrement dans les contrées du Nord, où il paraît avoir son berceau.

Mais si le scorbut est dû essentiellement à un principe miasmatique spécifique, il n'en est pas moins vrai que son développement peut être favorisé par certaines circonstances adjuvantes, telles que l'encombrement, l'insuffisance de l'alimentation, etc.

Enfin, en terminant, M. Villemin fait remarquer que le scorbut a des analogies frappantes avec le typhus, et que ces deux maladies coexistent souvent. Tous ces arguments lui paraissent démontrer que le scorbut doit prendre place, au cadre nosologique, dans la famille des maladies miasmatiques infecto-contagieuses, à côté du typhus lui-même.

Aux assertions de M. Villemin, M. Leroy de Méricourt oppose surtout des considérations tirées de l'examen des caractères généraux propres aux maladies zymotiques. Les maladies dues à un miasme, à un ferment, ont une *période d'incubation* approximativement appréciable. C'est sur ce grand fait qu'est basé le système quarantenaire. Une fois que le ferment est introduit dans l'économie, la modification morbide qu'il lui imprime parcourt fatalement ses périodes, lors même que le sujet contaminé n'a fait que traverser le foyer pour aller au dehors de son action subir l'évolution de la maladie. La *durée* de cette évolution est généralement appréciable ; un certain nombre de malades, après avoir échappé aux dangers de l'intoxication miasmatique proprement dite peuvent succomber plus tard aux conséquences de l'orage qu'ils viennent de traverser, mais ils succombent alors à ce que les Anglais appellent *sequelæ morborum*. Quant aux convalescents proprement dits, ils peuvent revenir à la santé parfaite, même en restant dans le foyer miasmatique.

Dans certaines maladies zymotiques, une première atteinte confère à ceux qui ont eu le bonheur de se rétablir une *immunité* absolue pour l'avenir, ou plus ou moins durable ; dans toutes les maladies zymotiques, depuis l'invasion jusqu'à la période de déclin, l'*alimentation* des malades est pour ainsi presque nulle, elle ne devient réellement possible et efficace que vers l'entrée en convalescence.

Il en est tout autrement dans le scorbut. C'est par semaines au plus tôt, mais surtout par mois qu'il faut compter le temps nécessaire à la production manifeste des phénomènes scorbutiques.

Pour que l'économie arrive à ce degré d'étiolement d'abord insensible, augmentant peu à peu chaque jour, il faut un ensemble d'influences complexes, toujours appréciable. L'intensité des phénomènes scorbutiques, abstraction faite des résistances individuelles, est directement en rapport avec la somme des influences de nature à porter atteinte à la nutrition. Les sujets qui sont sous l'imminence du scorbut, ou qui en sont atteints, ont beau se déplacer, la maladie continue à progresser, si les causes restent constantes, et particulièrement si l'alimentation reste défectueuse. Le scorbut n'a pas de durée qu'on puisse limiter ; cette durée est en rapport avec cette persistance, des mauvaises conditions hygiéniques. Le scorbut ne marche pas naturellement vers la guérison : généralement le retour à de bonnes conditions hygiéniques écarte rapidement, quand l'altération de l'économie n'est pas trop profonde, le danger de mort, mais la constitution reste très longtemps languissante, avant de se remettre de l'atteinte qu'elle a subie, comme cela arrive dans l'anémie tropicale simple, par exemple. A moins de désordres très-sérieux du côté de la bouche, ou de l'apparition d'accidents ultimes, l'appétit est conservé et l'alimentation est possible.

Enfin, une première atteinte de scorbut, loin de devenir un bénéfice pour l'avenir, prédispose à une rechute rapide, si, peu de temps après l'amélioration, la mauvaise condition hygiénique se reproduit. Quant à la *nature contagieuse* du scorbut, elle est au moins très-difficile à démontrer, et l'immunité presque constante des officiers sur un navire infecté de scorbut, en serait une preuve suffisante.

Le scorbut s'arrête devant l'épaulette. Dans les prisons, dans les bagnes, les individus qui ont la ressource d'ajouter à leur régime sont constamment épargnés. Rien de semblable ne se voit pour le typhus qui frappe indistinctement tous les individus.

Tels sont, en résumé, les arguments invoqués de part et d'autre relativement à la nature du scorbut. Ainsi que nous l'avons déjà dit, il nous est impossible d'entrer plus avant dans la discussion et d'insister sur les détails qui auraient, dans l'espèce, une importance considérable. Du reste, après cette longue discussion, la question reste encore en suspens et n'a point été résolue, chacun des argumentateurs

(1) Voir le numéro 30 du *Progrès médical*.

gardant son opinion et convenant « que l'avenir tient en réserve les faits qui donneront raison à l'une ou à l'autre des théories. » Il semble cependant, que la doctrine de M. Villemin a pour le moment actuel, peu de chances d'être acceptée, et nous croyons que M. Leroy de Méricourt a pour lui encore aujourd'hui la généralité des médecins, lorsqu'il dit : « *Le scorbut est une maladie de nutrition, ou mieux de dénutrition*; il n'est ni miasmatique ni transmissible.... Je n'hésiterai pas plus que nos maîtres de la médecine navale à continuer de mélanger les scorbutiques aux autres malades et aux hommes sains ; je ne prendrai que des mesures banales d'hygiène, aussi bien à l'égard des hommes qu'à l'égard des locaux. Je ne rejette aucune pratique utile, mais je repousse toutes les mesures qui impliquent l'idée d'un miasme infectieux. Le scorbutique n'est pas un pestiféré, c'est un *étiolé*. Donnez-lui un bon gîte, du repos, une bonne table, il revient à la santé comme une plante flétrie renaît quand on lui rend la lumière et la rosée. »

Il est pourtant une question que l'on peut se poser, et que nous trouvons soulevée par M. Blachez, dans une revue de la *Gazette hebdomadaire* (11 juin). Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer, en terminant, le passage suivant relatif à cette question : « Au point de vue de ses causes, de sa nature, le scorbut est-il toujours identique avec lui-même? Le contraire nous paraît être la vérité. Nous voyons tous les jours certaines maladies revêtir, sous des influences difficiles à apprécier, des caractères infectieux qu'elles ne présentaient pas habituellement. La dysenterie est une de ces maladies. A l'état sporadique, elle peut avoir une grande gravité sans manifester aucune qualité contagieuse. Elle devient au contraire éminemment contagieuse lorsqu'elle sévit à l'état d'épidémie sur des agglomérations d'individus placés dans des milieux déterminés. La fièvre typhoïde est dans le même cas : sa nature contagieuse a été niée par les uns et acceptée par les autres, et ces derniers ont appuyé leur assertion de faits d'une évidence péremptoire. La seule conclusion à tirer de ces faits, en apparence opposées, c'est que la même maladie peut, suivant le milieu où elle se développe, revêtir et quitter le caractère contagieux. Pourquoi le scorbut échapperait-il à ces lois générales ?... Les faits commandent tout au moins une grande réserve sur ce point. » A. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Charcot présente des os dont les lésions caractérisent l'arthropathie tabétique. Il a déjà montré la spécialité de la lésion au point de vue clinique: son début bien avant l'incoordination motrice; puis l'apparition de craquements articulaires, d'une collection liquide avec œdème dur du membre, enfin 10 à 15 jours après une véritable dislocation, sans siège de prédilection comme dans les luxations chirurgicales. Tout le processus est d'une indolence remarquable. La lésion n'est pas moins spéciale au point de vue anatomique; c'est une disparition progressive des surfaces articulaires, sans stalactites osseuses; les os semblent avoir été usés sur une meule, les altérations sont manifestes sur les fémurs et le bassin d'une malade morte dans le service de M. Charcot.

M. Houel croit aussi à la spécialité de l'affection, mais il la juge très-rare.

M. Charcot a vu depuis 6 ans plus de 50 cas d'arthropathie; il attribue cette rareté des faits à une observation insuffisante.

M. Pouchet présente un chien dont l'œil gauche a été dès sa naissance fermé par une suture des paupières. — L'animal s'en sert sans aucune difficulté, aujourd'hui que cet œil est ouvert, et que l'œil droit est fermé à son tour. M. Pouchet présente ensuite 2 œufs sur lesquels une fenêtre transparente permet d'étudier l'évolution intérieure.

M. Vidal présente un malade atteint de sarcomes multiples de la peau. L'affection date de janvier 1873; elle a débuté aux extrémités par des taches rouges devenues peu à peu des tumeurs qui se sont ulcérées, des tumeurs semblables se sont montrées en décembre sur le gland et le prépuce. Sectionnées, elles guérissent facilement. Dans les points, où il y a frottement, elles sont couvertes d'un épiderme épais. Le malade a conservé à peu près ses forces bien qu'il ait dépassé la durée de 2 ou 3 ans que possède cette affection. Les tumeurs examinées présentent la structure du sarcome fasciculé.

M. Chouppe présente le malade chez lequel M. Hayem a décrit précédemment des troubles trophiques du membre inférieur après plaie par obus.

M. Bloch expose l'influence des courants électriques sur la conservation de la viande de bœuf.

M. Dupuy présente 2 cochons d'Inde dont les yeux sont malades. Une blessure du grand sympathique, avait détermiué une lésion oculaire chez leurs grands parents qui la leur ont ainsi transmise après trois générations.

M. Bochefontaine continue l'exposition de ses travaux sur l'hypersécrétion des glandes après excitation du cerveau.

M. Tarchanoff étudie l'accroissement des réflexes par le froid chez les grenouilles. Le froid agit, non par accroissement de la proportion d'oxygène, mais par diminution de l'acide carbonique. Cette dimiuution est due au ralentissement des combustions. M. Tarchanoff recherchant l'influence des hautes pressions d'oxygène sur les éléments organiques, ajoute la cellule vibratile, et le globule blanc, avec fibres musculaires, nerveuses, etc., que M. Bert a déjà reconnues insensibles, à l'action de ce poison.

M. Galippe donne à des chiens, pendant un temps plus ou moins long des doses variables de sels de cuivre. Les sels employés sont le sulfate, le carbonate, le tartrate, les oxydes, les chlorures, etc. La dose varie de 20 à 90 grammes. Il n'a jamais provoqué que des vomissements ou de la diarrhée; d'où sa conclusion que l'empoisonnement par le cuivre est presque impossible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juillet. — Présidence de M. Gosselin.

M. le Secrétaire perpétuel annonce que la souscription de l'Académie, au profit *des inondés du Midi* a atteint le chiffre de 2.845 fr.

M. Hervieux lit une note sur un cas de *plaie pénétrante de poitrine*, qui guérit très-rapidement et sans accidents. Il s'agit d'un jeune homme qui, voulant se suicider, se donna un coup de couteau. La lame, très-acérée, pénétra contre le bord supérieur de la 5e côte, à un centimètre et demi au-dessous du mamelon gauche; elle enfonça à une profondeur de neuf centimètres. Il s'échappa une grande quantité de sang quand on la retira. On ferma la plaie au moyen d'une suture entortillée. Bientôt un emphysème, qui fut complétement dissipé le lendemain, se produisit. Bien que le poumon ait probablement été atteint, il ne survint pas d'autre complication, qu'une bronchite le quatrième jour, alors que toute trace de danger avait disparu.

Election. — L'Académie nomme un correspondant national dans la 4e section (physique, chimie, pharmacie). La commission avait présenté en 1er M. Glénard ; — 2e M. Jacquemin ; — 3e M. Loir. — Votants 53, majorité 27. M. Glénard est nommé par 32 voix, contre 28 données à M. Loir, et 3 à M. Jacquemin.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *l'origine et l'étiologie du choléra*.

M. J. Guérin reprend et termine le discours commencé dans la dernière séance. Il étudie les divers systèmes d'évolution du choléra, puis les différentes doctrines qui ont été

émises sur son importation et sa propagation. Passant en revue, ainsi qu'il l'avait annoncé, les différentes épidémies d'Europe, depuis celle de 1831, il en retire des faits se rapportant aux sept propositions énoncées (voir notre dernier compte-rendu), et arrive à cette conclusion que si le choléra est contagieux et épidémique, il peut naître et se développer sans qu'une importation de l'Indc soit nécessaire.

La séance est levée à cinq heures et demie. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 mars 1875. — Présidence de M. Charcot.

10. Obstruction du colon transverse produite par la rétraction d'adhérences développées au niveau d'un calcul intra-hépatique; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

V.., 61 ans, entrée le 19 février 1875 à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Joséphine, n° 24, service du Dr Millard.

Vers le 15 décembre 1874, cette femme fut prise, sans cause appréciable, de douleurs dans l'abdomen; ces douleurs assez vives au début diminuèrent d'intensité au bout de quelques jours. Cependant l'appétit se perdit de plus en plus, les forces diminuèrent. — La malade maigrit; les selles devinrent rares. Huit jours, avant l'entrée à l'hôpital, les selles se supprimèrent complètement, le ventre se ballonna et devint douloureux. La malade commença alors à avoir des vomissements.

Le 19 février, on constate une tympanite généralisée à tout l'abdomen; les anses intestinales se dessinent à travers la paroi abdominale; la malade ne rend par l'anus ni matières fécales, ni gaz. La pression du ventre est douloureuse, principalement vers la région du foie.

En un mot cette femme présente tous les signes d'une obstruction intestinale. Mais quelle est la cause et quel est le siége de cette obstruction?

Le ballonnement du ventre ne permet pas de sentir s'il existe une tumeur abdominale; le toucher rectal ne fait rien découvrir. Le siége de la douleur vers l'hypochondre droit pouvait faire penser à quelque affection de cet organe, mais l'absence d'ictère et de coliques hépatiques faisait rejeter l'idée d'obstruction par des calculs biliaires.

La présence d'une multitude de petites tumeurs situées dans la paroi abdominale, jointe à l'amaigrissement rapide de la malade peut faire penser un moment à une affection cancéreuse de l'intestin, d'autant plus que, au début de la maladie, il y avait eu du mélœna. Quant au siége de l'obstruction, on put présumer qu'il était vers la fin de l'intestin grêle ou au commencement du gros intestin.

Pendant les neuf derniers jours que cette malade resta à l'hôpital, l'état général, à part une légère amélioration survenue le troisième jour, devint de plus en plus grave; la constipation opiniâtre persista, les vomissements fécaloïdes se répétèrent, l'appétit devint absolument nul, le ventre se ballonna de plus en plus.

Le 27 février, le pouls devint insensible, la malade fut prise de hoquets incessants, et la mort arriva le 28.

Autopsie. La cavité péritonéale est remplie de gaz d'une odeur infecte. — Tout l'intestin grêle, le cœcum et le colon ascendant sont énormément distendus. Le cœcum a un volume plus grand que l'estomac; l'appendice iléo-cœcal est également fort dilaté. Il y a une péritonite généralisée de tout le péritoine viscéral et de l'épiploon. Les colons transverse et descendant sont diminués de volume.

Au niveau de l'angle du colon ascendant et du colon transverse, on constate un étranglement produit par des brides péritonéales qui partent de la face inférieure du foie, au niveau de la dépression colique.

En examinant chacun de ces organes, on voit que le cœcum est perforé en deux points. Au niveau du cul-de-sac cœcal, on trouve une large ulcération d'apparence gangréneuse communiquant avec un épanchement de matières stercorales enveloppé par des adhérences de péritonite péricœcale. Au niveau de l'étranglement, on voit que les brides qui rétrécissent le calibre de l'intestin partent de la face inférieure du foie, ainsi que nous l'avons déjà dit.—Le foie présente, en ce point, une sorte de cicatrice fibreuse. En faisant une coupe de cette cicatrice, on tombe sur un calcul du volume d'un haricot. Ce calcul est enkysté par une membrane fibreuse très-épaisse autour de laquelle le tissu hépatique est très-résistant. De cette enveloppe partent des traînées fibreuses aboutissant à la surface du foie, au point où naissent les brides qui produisent l'étranglement. Le calcul est formé par de la cholestérine. Le reste du foie est graisseux; les canaux biliaires ne sont pas dilatés.

Quant à l'étranglement lui-même, il ne produit pas une obstruction complète de l'intestin, car il est facile de faire pénétrer le doigt. — On trouve cependant un commencement de mortification de l'intestin dans la partie étranglée. Les autres organes sont sains; les reins, les poumons, le cœur ne présentent pas de lésions notables. — Enfin, les tumeurs de la paroi abdominale ne sont autre chose que des lipomes, présentant toutefois une consistance plus ferme que celle des lipomes ordinaires.

D'après les résultats de l'autopsie, nous pensons que la cause et la marche de l'étranglement est assez nette. Le calcul intra-hépatique ayant déterminé une inflammation du tissu du foie dans son voisinage, a donné lieu par propagation à une péritonite au niveau de l'angle du colon, et les adhérences consécutives en se rétractant, ont provoqué l'obstruction intestinale.

M. Charcot. Il est plus probable que la péritonite adhésive a eu pour point de départ l'ulcération de la vésicule biliaire par des calculs et son adhérence consécutive au colon. On s'explique ainsi que cet organe semble avoir disparu.

15. Calculs du bassinet et de la vessie chez un goutteux; néphrite suppurée; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Ces pièces ont été recueillies sur un sujet âgé de 55 ans et entré dans le service de M. Dolbeau le 28 janvier 1875 pour des symptômes de cystite calculeuse. Le malade souffrant depuis longtemps, ayant des mictions fréquentes donnant une urine mêlée à du sang et à du pus, était dans un état qui fit de suite poser à M. Dolbeau un pronostic défavorable. — Les articulations des doigts, surtout celle de la phalange avec la phalangine de l'index droit était complètement déformées par des concrétions tophacées qui résultaient de nombreux accès de goutte.

M. Dolbeau fit une première séance de lithotritie à la suite de laquelle on recueillit dans l'urine de nombreux fragments de calculs. Il n'y eut aucun accident consécutif et une seconde séance fut faite le 13 février. Les urines devinrent à la suite un peu plus sanguinolentes. Enfin le 20 février après une troisième opération il y eut un frisson assez violent. Les urines devinrent glaireuses, encore plus fétides; il survient de la diarrhée et le malade mourut le 9 mars 1875, sans qu'on eût jamais remarqué de douleurs lombaires, même à la pression.

A l'autopsie, on trouva la vessie à parois épaisses complètement revenues sur les fragments de calculs qui étaient encore dans sa cavité. Ceux-ci au nombre de 7 à 8 montraient quel volume le calcul devait avoir avant sa fragmentation. Le plus considérable était encore bien de la moitié de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Les uretères étaient très-dilatés et remplis de muco-pus. Les reins remplis de loges purulentes communiquant toutes avec le bassinet, ne montraient plus aucun point où l'on pût voir de la substance rénale à peu près saine et étaient réduits à une lame peu épaisse appliquée contre les capsules fibreuses. De plus, dans l'origine de l'uretère gauche, on voyait un calcul cylindroïde, à surface irrégulière, rugueuse, à grosse extrémité tournée en haut et débordant dans le bassinet; ses dimensions étaient de 3 centimètres de long sur 0 c. 50 de diamètre moyen; les petites aspérités de ses surfaces le faisaient adhérer légèrement à la muqueuse, mais il est permis de penser que le cours de l'urine n'était pas interrompu par sa présence à cause des petits canaux formés dans l'intervalle des saillies. Ce calcul, outre son volume et la place où il se trouvait fixé, est encore intéressant en ce qu'on n'a jamais noté aucun symptôme de colique néphrétique.

Séances de février. — Présidence de M. Charcot.

16. Epithéliome lobulé de la lèvre supérieure; par MM. Ledouble, interne des hôpitaux, et Chambard, externe des hôpitaux.

Annette Roblet, âgée de 42 ans, entre le 1er février 1875 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 3 (service M. Richet). Le père et la mère de cette femme sont morts très-âgés et ne paraissent pas avoir succombé à une lésion carcinomateuse; son père portait trois saillies du volume d'une noisette à une noix, situées les unes au niveau des bosses pariétales et l'autre sur la suture sagittale. Ces tumeurs, indolentes, recouvertes par la peau, paraissent avoir été des loupes et ne furent pas enlevées. Enfin, son oncle avait au pariétal gauche une tumeur analogue.

Cette femme est née à la campagne et paraît vigoureusement constituée. Elle y resta jusqu'à 28 ans et ne paraît avoir eu aucune affection grave. Les règles vinrent à 18 ans, et furent toujours abondantes, colorées, et régulières. A 28 ans, elle accoucha, à terme et naturellement, d'un enfant du sexe masculin qui vit encore. A la suite de sa grossesse, elle dut quitter son village, et se plaça comme bonne à Paris. Un an après, elle eut une descente de matrice qui guérit par des bains renouvelés deux fois par semaine, et l'application d'un bandage hypogastrique.

Elle sentit, il y a un an et demi, en se mouchant, un petit bouton « entre deux chairs »; celui-ci augmenta progressivement de volume; il présente aujourd'hui le volume d'une noisette et repose sur une base un peu plus étroite. Cette tumeur est située à l'entrée de la narine droite; par sa partie interne, elle adhère légèrement à la cloison, et par sa partie externe libre, elle forme une saillie hémisphérique.

La peau qui la recouvre est luisante, amincie, injectée de fines arborisations vasculaires. Au-dessous et par transparence on aperçoit, vers la partie interne, deux taches d'une couleur bleu noirâtre que l'on pourrait prendre à première vue pour de la mélanose, mais que M. Richet rapporte à des hémorrhagies siégeant dans les parties superficielles de la production pathologique (Cette interprétation fut confirmée plus tard par l'examen de la pièce). Enfin, la tumeur est rénitente, sans bosselures ni induration, et ne donne lieu à aucune douleur spontanée ou provoquée.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués. A peine existe-t-il un peu de gène pour le moucher et la respiration; cependant la malade, voyant sa tumeur grossir et ayant déjà vu des médecins qui paraissent lui avoir conseillé l'opération, demande à en être débarrassée.

Le 2 *février*, M. le professeur Richet cerne la base de la tumeur par deux incisions demi-circulaires, se regardant par leur concavité, l'enlève, et réunit les bords de la plaie par quelques sutures avec des fils de soie. — La plaie se ferme par première intention, et la malade quitte l'hôpital 8 jours après.

Examen de la tumeur. A. Une coupe de la tumeur, faite à l'état frais et examinée à l'œil nu, montre qu'elle est composée d'une masse pulpeuse, grenue, grisâtre, entourée par la peau amincie et injectée. Entre la peau et la tumeur, il existe, par places, de petits foyers d'hémorrhagie. Par le raclage on obtient un liquide trouble qui, examiné au microscope, contient, au milieu de faisceaux de fibres conjonctives, des cellules épithéliales pavimenteuses, les unes isolées, les autres réunies en globes épithéliaux.

B. Sur des coupes obtenues après durcissement dans l'alcool, section et coloration par le carmin, l'acide picrique, ou laissées sans coloration, on aperçoit deux zones bien distinctes: *a.* L'une, superficielle, constituée par la peau normale, mais dont les fentes et vaisseaux lymphatiques, ont subi une notable dilatation; ses couches épidermiques, notamment, sont complétement saines. *b.* L'autre, sous-dermique, formée par la néoplasie elle-même. Dans cette dernière, on voit des alvéoles formés et séparés par d'épaisses travées de tissu conjonctif et contenant des cellules d'épithélium pavimenteux, nombreuses et serrées les unes contre les autres. Ces cellules sont de dimensions moyennes, et, pour la plupart, munies d'un noyau bien net; d'autres, cependant, en sont dépourvues et ressemblent à celles que l'on rencontre dans les kystes dermoïdes.

Un certain nombre des alvéoles renferment des globes épidermiques; dans d'autres, on voit des granulations d'hématosine; en aucun point de la tumeur, on ne rencontre de dégénérescence graisseuse.

De cet examen, que M. Liouville a bien voulu contrôler, il résulte que cette tumeur est un épithéliome développé dans le tissu sous-dermique, probablement au sein des appareils glandulaires qui y existent.

Elle tire l'intérêt qu'elle peut présenter, ainsi que le fit remarquer M. le professeur Richet dans la leçon clinique qu'il fit à ce sujet, des difficultés de diagnostic qu'elle aurait pu soulever. En effet, la forme de cette tumeur, le volume auquel elle était parvenue sans s'ulcérer, son indolence la font différer quelque peu des cancroïdes de la face, et ces caractères, en la laissant prendre pour une tumeur bénigne, auraient fait porter un pronostic que l'examen microscopique n'eût pu confirmer.

M. Longuet. Le pronostic doit être d'autant plus réservé que l'on trouve, sur les bords de la tumeur, des lymphatiques remplis de cellules épithéliales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juillet. — Présidence de M. Houel.

M. Rigaud lit un mémoire sur son procédé d'*ablation du calcanéum*, en totalité ou en partie. Il a fait l'opération, avec succès, pour la première fois en 1844. Depuis, il l'a refaite 11 fois, et sur ces 12 cas, il a obtenu 10 bons résultats.

En 1852, les *Archives de médecine* publièrent le résumé de 14 opérations faites à l'étranger; on constatait 12 guérisons; quand l'altération osseuse ne s'étend pas à tout le calcanéum, on enlève seulement, par résection, la partie atteinte.

M. Guyon a enlevé, vendredi dernier, la partie postérieure d'un calcanéum. La bande d'Esmarch fut appliquée; quand on l'enleva, après l'opération, il se produisit une série d'hémorrhagies, assez difficiles à arrêter. Tout fait supposer que la guérison sera rapide et le résultat bon.

M. Polaillon a publié, en 1870, un mémoire sur l'extirpation du calcanéum. Il a noté, d'après 65 cas, que l'opération donne surtout de bons résultats chez les enfants ou les adolescents, dont la croissance n'est pas terminée. Au-dessus de 20 ans, elle expose moins à la mort que l'amputation, mais elle donne, au point de vue de la marche, de plus mauvais résultats.

M. Giraldès. D'après une statistique anglaise, l'extirpation complète du calcanéum, a donné de bons résultats, 25 fois sur 37. L'extirpation partielle donne une proportion moins forte.

M. Tillaux croit qu'on peut éviter les hémorrhagies consécutives, signalées par M. Guyon, en faisant le pansement avant d'enlever la bande d'Esmarch.

M. Larrey remercie M. Rigaud de sa communication. Il lui demande s'il est bien le premier qui ait enlevé le calcanéum?

M. Polaillon a consigné dans son mémoire que la première opération de ce genre avait été faite en 1814, par l'Italien Montegia, puis elle fut pratiquée en France vers 1820, par un chirurgien nommé Robert.

M. Després ne pense pas que l'ablation totale ou partielle du calcanéum, soit une bonne opération, même chez les enfants. Il lui préfère la désarticulation sous-astragalienne, dont on connaît les résultats.

M. Desmichels, lit un mémoire sur l'*origine du rachitisme.*

M. Paulet lit un rapport sur une observation envoyée pa M. Constant, médecin de l'armée. Il s'agit d'une *fracture du crâne*, avec issue de sang et de pulpe cérébrale par l'oreille. Guérison rapide.

M. Rigaud montre une pièce anatomique. En 1844, il désarticula un humérus porteur d'un ostéophyte. 18 mois après, la tumeur se reproduisit au pourtour de la cavité glénoïde. On enleva complétement le scapulum et une partie de la clavicule, laissant seulement la bande fibreuse pour l'insertion du rhomboïde et du grand dentelé. La guérison fut parfaite.

MM. Larrey et Després ont vu chacun un cas de désarticulation complète du bras et de l'épaule suivie de guérison. La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE

De la dysphagie dans l'angine glanduleuse.

A Monsieur le rédacteur en chef du *Progrès Médical*.

Monsieur le rédacteur,

Dans une récente leçon publiée dans le numéro 20 de votre estimable journal, par M. le professeur Isambert, sur l'angine glanduleuse ou folliculeuse, l'honorable professeur déclare que très-rarement la déglutition est gênée à la suite de cette affection, et que l'on n'observe jamais de véritable dysphagie. Et plus loin, en parlant des symptômes laryngiens, il est dit que la toux est rare, que ce n'est pas du reste une toux véritable. Les récents travaux d'un auteur allemand, Koth (Koth-Euper. Untersuchungen über den Hústen. *Virchow's Arch.* n° 60. H. 2), et un article publié dans les n^{os} de juin 21 et 23 du *Berlin. Klin. Wochenschrift*, par Julien Sommerbrodt, semblent infirmer ce que les propositions de M. le docteur Isambert ont de trop absolu. Koth a démontré, en effet, que les branches du nerf vague, qui animent le pharynx, suivent deux voies : les unes venant de la branche du nerf pharyngien, se rendent dans les muscles de l'entrée du pharynx, les autres se portent de la muqueuse vers un centre qu'il appelle *Husten-Centrum* et qui se trouverait à peu près dans le voisinage de l'*Ala Cinera*. En irritant sur des chiens la muqueuse du pharynx, on peut produire des quintes de toux plus ou moins violentes suivant le degré d'irritation. D'après Sommerbrodt, il en serait ainsi à la suite des irritations pathologiques de cette membrane; il dit avoir observé plusieurs cas de pharyngite granuleuse dans lesquels il a noté une toux durant plusieurs mois, toux violente s'accompagnant de crachats striés de sang, de perte d'appétit, au point d'induire en erreur les médecins chargés du soin de ces malades. Tous ces symptômes étaient dus uniquement à une action réflexe des nerfs pharyngiens et non à un état pathologique des poumons, comme l'ensemble de ces phénomènes aurait pu le faire supposer. Ils disparaissent, en effet, par le simple traitement local de l'affection pharyngienne.

Le même auteur attribue à un spasme d'origine réflexe, la gêne de la déglutition observée à la suite de pharyngite granuleuse ; le spasme peut aller jusqu'à une *dysphagie très-prononcée*, comme le prouve l'observation suivante. L'intérêt qu'elle présente au point de vue du diagnostic m'engage à la résumer en quelques lignes. Le cas se rapporte à une jeune fille de 21 ans, bien réglée. Depuis 7 à 8 semaines, la malade éprouvait une grande difficulté à avaler même les aliments liquides. Depuis longtemps, elle ressentait un sentiment de sécheresse et de brûlure dans le gosier avec besoin de tousser. La toux était suivie de l'expectoration de petits crachats muqueux ou muco-purulents. A l'examen laryngoscopique, on remarqua que toute la paroi postérieure du pharynx jusqu'au niveau de l'entrée du larynx était recouverte de petites granulations rouge pâle, enduites d'un mucus peu abondant. Le larynx était normal. L'auteur pensant que la présence de ces granulations entraînait un spasme réflexe du pharynx d'où gêne de la déglutition, eut recours au traitement local recommandé en pareil cas par Mandl, et qui consiste dans le badigeonnage des surfaces malades au moyen d'une solution dans la glycérine d'iode et d'acide phénique. Au bout de quelques jours, tous les symptômes de dysphagie avaient disparu. Horace Green a cité des observations semblables dans son livre intitulé : *A treatise on disease of the air passage*. Il attribue la même cause à la dysphagie.

Il m'a semblé intéressant de rappeler ces faits, car, en s'appuyant d'une manière trop absolue sur l'opinion habituellement admise relativement à la gêne de la déglutition et à la toux dans le cours d'une affection granuleuse du pharynx, on pourrait tomber dans une source d'erreurs qu'il est important d'éviter au point de vue du traitement.

Recevez, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr DEMMLER.

Médecin-major au 41e d'infanterie à Guingamp.

Mon cher confrère,

La lettre du Dr Demmler, que vous voulez bien me communiquer, est pour moi une preuve nouvelle de l'extrême confusion qui règne encore parmi les médecins au sujet de l'état morbide connu sous le nom d'angine glanduleuse lequel est loin d'être une entité morbide définie. La conclusion de la leçon, à laquelle notre confrère fait allusion, me semblait être que l'expression *angine glanduleuse* n'était que la moitié d'un diagnostic : elle indique un état anatomique de la muqueuse pharyngienne, mais elle n'indique pas la nature de la maladie qui est très-variable. Le type que j'ai décrit est celui de l'angine glanduleuse simple, ou catarrhale, dont j'ai seulement rapproché les cas analogues produits par les irritants directs, et par le tabac ou l'alcool qui n'ont peut-être qu'une action locale. Il faut donc écarter de ce type toutes les angines glanduleuses symptomatiques, d'états plus graves, angines scrofuleuses, tuberculeuse, etc, qui vont être décrites dans les leçons suivantes.

Ces idées trouveront sans doute de l'opposition particulièrement en Allemagne, où l'on croit peu aux états généraux, et où il est de mode de rire quand on parle de diathèses. J'ai lu dernièrement quelques observations de Green et de M. Gueneau de Mussy où le tableau de l'angine glanduleuse était évidemment forcé, où il s'agissait pour moi d'angines glanduleuses symptomatiques ou compliquées.

Je maintiens donc comme vrai, et comme conforme à l'universalité des cas d'angine glanduleuse simple que j'ai observé, que « *très-rarement* la déglutition est *gênée*, et que l'on n'observe jamais de véritable dysphagie. » Le cas de la jeune fille citée par Sommerbrodt me paraît tout autre et ces *granulations rouge pâle, enduites d'un mucus peu abondant*, ressemblent fort à celles que j'ai décrites autrefois dans mon mémoire sur l'angine scrofuleuse. Il est certain que ces dernières s'améliorent très-vite par le traitement local. Les spasmes, qui se produiraient dans la déglutition semblent indiquer un certain degré d'œsophagisme que je n'ai encore observé que chez les hystériques ou chez certains hypochondriaques.

Quant à la toux, j'admets très-bien qu'elle est le résultat d'une action réflexe, et j'ai indiqué moi-même que cette action s'expliquait facilement par le voisinage de l'origine des nerfs pharyngés et laryngés. Mais je n'ai jamais vu jusqu'à présent cette toux produire des quintes violentes, si ce n'est dans les cas d'angine glanduleuse symptomatique d'herpétoarthritisme et surtout de tuberculose. Le siége du spasme réflexe réside alors moins dans le pharynx qu'à la commissure postérieure du pharynx. L'intensité de la toux peut alors amener quelques striés de sang dans les crachats ; mais de véritables crachats sanguinolents et glanduleux compliqués ne se voient que dans les cas de tuberculose. Sommerbrodt affirme qu'il a vu des cas de crachats striés de sang dus uniquement à une action réflexe, et non à un état pathologique des poumons. Il faut une certaine hardiesse pour affirmer l'intégrité des poumons en présence d'une hémoptysie, même quand l'auscultation ne démontre encore aucun signe physique. Ne savons nous pas que des crachats striés de sang se produisaient des mois et des années même à l'avance chez des sujets, qui ne présentaient encore aucun signe stéthoscopique, et qui deviendront plus tard des phthisiques confirmés? Il en est de cela comme des prétendues ulcérations catarrhales simples : cherchez bien la cause profonde, et ayez la patience d'attendre du temps la confirmation d'une guérison obtenue alors par le traitement local.

Au reste, les descriptions que je donne sont toutes prises d'après nature, ce sont mes impressions personnelles que je livre au public, tout disposé à reconnaître mes erreurs quand elles me seront démontrées. Mais puisque notre distingué confrère, me fait l'honneur de me lire, il verra bientôt par le développement des leçons qui vont suivre, que les erreurs d'interprétation qu'il semble craindre ne seraient pas graves au point de vue du traitement surtout : je n'endormirai pas mes malades ou mes confrères dans une sécurité trompeuse sur une lésion prétendue locale et innocente, puisque l'esprit même de mon enseignement est de toujours rechercher les états généraux et les complications possibles, non-seulement dans le présent, mais dans un avenir éloigné.

Veuillez agréer, etc. Dr ISAMBERT.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

I. De la transfusion du sang, par M. JULLIEN.

Voltaire nous montre dans le *Temple du goût* les grands écrivains français occupés, après leur mort, à corriger leurs ouvrages et à en retrancher les longueurs. C'est ainsi que les œuvres de Rabelais se trouvent réduites à un demi-quart de la main même de son auteur. Et que La Fontaine raccourcit presque tous ses contes de moitié. Nul doute que M. Jullien qui vient de nous donner, en douze jours, une énorme thèse de plus de 320 pages sur la transfusion du sang, n'eût fait comme ces illustres morts, s'il avait eu le temps de revoir son œuvre à loisir et de la remettre en quelque sorte sur le métier, suivant le conseil de Boileau. Malheureusement, tout le monde le sait, (et M. Chauffard le rappelait dernièrement dans son rapport sur le concours d'agrégation de médecine) le court espace de temps accordé aux candidats pour des sujets sou-

vent pleins de difficultés produit des inconvénients sérieux.

Nous trouvons donc quelques longueurs dans le travail que nous analysons, et nons pensons qne si M. Jullien, moins gêné par la question de temps, avait pu se rendre également maître de tous les côtés de son sujet, il aurait donné aux diverses parties de son œuvre, qui sont loin d'avoir toutes un égal intérêt, une ordonnance plus exacte et plus pondérée. C'est ainsi qu'il aurait sacrifié une grande partie de l'historique (quarante-six pages) qu'on trouve aujourd'hui un peu partout et notamment dans les *Recherches historiques sur la transfusion* publiées en 1863 par M. Oré, recherches aussi complètes que possible et mises à contribution par tous les auteurs français. Cet historique est donc devenu, aujourd'hui, sans grandes difficnltés comme sans grand intérêt. — Cependant, puisque M Jullien voulait développer ce côté de la question, il aurait pu citer, dans son intégralité et sa rédaction originale, la sentence du Châtelet qui règlementait la transfusion et non la préteudne tradnction qu'en a publiée un des premiers M. Nicolas en 1862. Ce texte original a été exhumé par M. Chéreau et publié par lui dans l'*Union médicale* du 12 septembre 1874.

Dans la seconde partie de son travail consacrée à la physiologie expérimentale, M. Jullien cût encore sacrifié la transfusion daus le tissu cellulaire qui n'a de transfusion que le nom, et cette question qui mérite dix lignes lui eût paru usurper à tort quinze pages de son travail. Tout ce chapitre repose sur des expériences qui, de l'aveu de M. Jullien lui-même, ont été entreprises dans un but absolument étranger à la transfusion. Il eût également, sinon snpprimé, du moins très-brièvement résumé la question de l'injection de l'air dans les veines, question véritablement à part et qui ne touche que par un point assez restreiut à la transfusion du sang. Quelque intéressantes que soient les expériences de Nysten, d'Amussat, d'Oré qu'il a reproduites d'après le mémoire préseuté par ce dernier à l'Institut eu 1872, elles n'importent guère au praticieu qui veut faire la transfusion. Car dans les très-nombreuses observatious de transfusion et d'injection intra-veineuses qu'on possède, on en trouverait à peine deux ou trois dans lesquelles la mort ait eu lieu par entrée de l'air dans les veines, et encore concernent-elles des cas où la transfusion fut faite par la jugulaire, méthode qu'il ne viendra à l'esprit de personne d'employer aujourd'hui. — Quant à l'entrée de l'air par les veines de l'avant-bras, même avec les instruments les plus simples, tels que la seringue, elle n'est guère possible, et en tout cas, la quantité d'air qu'on pourrait introduire est trop minime pour amener aucun accident. Dans ses conclusions, M. Jullien reconnait lui-même qne cctte entrée de l'air est un accideut rare et peu redoutable. C'est donc lui accorder trop d'importance que de lui consacrer près de quinze pages. Disons ici que l'auteur abuse peut-être un peu de la reproduction *in-extenso*, et, si nous nous permettons de l'en blâmer, c'est qu'il a intercalé en maint endroit des observations dont quelques-unes — parfaitement connues d'ailleurs — n'occupent pas moins de quatre ou cinq pages de petit texte, ce qui nuit considérablement à l'enchainement de son exposition. Aussi, y a-t-il nombre de pages qu'on ne lira qu'avec le pouce. Il eût été préférable, à notre avis, de réunir tous ces documents à la fin du volume sous forme de pièces justificatives.

A la place des quelques superfétations que nous venons de signaler, M. Jullien nous eût certainement donné, si le temps ne lui avait fait défaut, des renseignements sur bien des points qui ne sont pas même mentionnés dans sa thèse et qui constituent de véritables lacunes. Nous prendrons la liberté d'en signaler quelques-unes : par exemple, dans le chapitre concernant l'état du sang et plus particulièrement encore dans le chapitre des méthodes de transfusion, nous avons été surpris de ne pas trouver indiquée, même par son simple nom, la trausfusion avec le sang capillaire (*capillarblut transfusion*) par laquelle Gesellius s'est d'abord fait connaître. Ce procédé d'ailleurs, ne nous paraît pas un grand perfectionnement, et quant à croire que le sang des capillaires est préférable au sang veineux, c'est là une vue théorique très-contestable, attendu que ce n'est point dans les veines mêmes que le sang perd ses qualités vivifiantes, mais dans le réseau capillaire.

D'autres omissions ne sont pas moins frappantes : celle de la théorie physiologique de la transfusion entre autres, que l'auteur nous annonce à la page 101 et qu'il ne nous donne pas. Il est facile de comprendre, sans qu'on y insiste, l'action revivifiante du sang transfusé chez une femme exsangne à la suite d'une hémorrhagie puerpérale. On ne se reud pas compte, aussi facilement, des succès nombreux obtenus dans les anémies chroniques simples, dans la phthisie, dans le scorbut (observat. de Roussel. *Arch. de médecine*), dans la folie, etc., etc. Le sang agit-il dans ces derniers cas comme tonique, comme modificateur de la nutritien? Agit-il comme certains médicameuts qui cèdent de la force et non de la matière? L'auteur ne nous dit pas ce qu'il pense à cet égard. A propos de la transfusion dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, il ne nous paraît pas non plus avoir suffisamment mis en relief les résultats si curieux des recherches de Cl. Bernard relativement à l'action du sang sain sur le sang intoxiqué — résultats qui sont un argumeut de plus en faveur de la transfusion dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — M. Bernard, en effet, cherchant les voies d'élimination de ce gaz chez un animal non empoisonné à mort, a reconnu qu'au contact du sang normal, par une action inconnue encore, le sang intoxiqué se trouve ramené lui-même à l'état normal — sans qu'ou sache d'ailleurs ce que devient l'oxyde de carbone. — Ce fait constaté non-seulement dans l'organisme vivant, mais même *in vitro* est donc bien important, tout inexpliqué qu'il nous reste, et l'indication de la transfusion en découle tout naturellement (Cl. Bernard, *Rev. scient.*, 27 juin 1875).

Dans cette catégorie d'iudications de la transfusion (altérations du globule sauguin), M. Jullieu place les affections septiques et, avec uu point de doute, l'asphyxie simple. Mais il ne nous parle point d'une forme particulière d'asphyxie, la seule peut-être dans laquelle on ait pratiqué cette opération et plusieurs fois avec succès, je veux dire l'asphyxie des nouveau-nés. Il énumère eusuite les maladies dans lesquelles le saug paraît être le véhicule d'un poison, d'un ferment ou d'un parasite et coutre lesquelles la trausfusion, précédée d'une saignée déplétorique, serait peut-être indiquée.

Il cite les morsures de serpent, le charbon, la septicémie, la gangréne aiguë et il insiste sur l'action parasiticide précieuse, quoique simplement palliative, du sang transfusé. Mais il refuse, avec raison, de suivre les pathologistes allemands dans l'extension qu'ils ont donnée à la doctrine des maladies parasitaires du sang. Nous aurions voulu lui voir citer, cependant, la cachexie paludéenne, qu'elle soit ou non d'origiue parasitaire, contre laquelle la transfusion a été pratiquée plusieurs fois avec succès.

Dans la catégorie des maladies où l'on a fait la transfusion saus déplétion préalable, M. Jullien cite la phthisie, quelques cachexies, les anémies chroniques simples et les anémies cousécutives à une hémorrhagie. Mais à propos de la phthisie, il ne nous fait pas couuaître les indications et les contr'indicatious de la transfusiou dans cette maladie, qui ont été établies par les médecins allemands qui ont adopté la pratique de Hasse. A propos des cachexies, il ne uous signale ni les longues suppurations où elle a été assez fréquemmeut pratiquée, ni le scorbut où elle a donné plusieurs fois de brillants résultat (Voyez Roussel, *Arch. de Médecine* 1875).

Tout un groupe de maladies dans lesquelles la transfusion a aussi été tentée, sans beaucoup de succès, toutefois, jusqu'à présent, ne se trouvent pas non plus mentionnées. Ce sont certaines affections convulsives, le tétanos, l'épilepsie, l'hystérie grave, l'éclampsie (un cas de guérison d'éclampsie puerpérale grave dû à de Belina). Quant à la transfusion à la suite des hémorrhahies, l'auteur s'en montre zélé partisan et nous nous associons pleinement à sa manière de voir.

Dans le chapitre consacré aux instruments et aux procédés nous regrettons que M. Jullien ne nous ait fait connaître aucun des instruments et des procédés usités en Allemague et en Italie pour la transfusiou de sang humain ou de sang animal.

Nous voilà arrivés aux conclusions de l'auteur à la plupart desquelles nous nous associons entièrement. Comme il le dit

très-bien, malgré les innombrables documents que nous avons aujourd'hui entre les mains sur cette question, il est impossible de donner la solution définitive de tous les problèmes qui s'y rattachent. C'est ainsi que pour ne parler que de la transfusion avec du sang hétérogène, la physiologie expérimentale et la clinique sont en désaccord ; la première repoussant cette méthode comme inutile et dangereuse, la seconde mettant en avant les heureux résultats qu'elle a maintes fois obtenus. — A propos de la transfusion dans les maladies chroniques, M. Jullien nous dit que « dans nombre d'entre elles, » c'est la tranfusion à doses réfractées qui peut rendre des ser» vices au praticien. »

Cette conclusion nous parait trop compréhensive et par suite trop peu explicite, et nous aurions préféré que l'auteur nous donnât son sentiment à l'égard de l'application de la transfusion à quelques-unes de ces maladies chroniques en particulier, telle que les suppurations prolongées, le scorbut, la leucocythémie, la cachexie paludéenne, etc.; j'en passe et des meilleures. Doit-on considérer ces tentatives comme un progrès de l'art de guérir, ou faut-il n'y voir que les écarts d'une thérapeutique turbulente et aventureuse qui rappelaient autrefois à Santinelli, un des plus acharnés adversaires de la transfusion, cette parole de Sénèque à propos des combats de gladiateurs : Homo res sacra jam per lusum et jocum occiditur ?

En résumé, ce volumineux travail, malgré les quelques critiques qu'on peut lui faire, représente assez fidèlement l'état actuel de la question. Il mérite d'être lu, et il aura l'avantage incontestable de familiariser les médecins avec une question trop négligée en France. M. Jullien a eu l'heureuse idée de faire suivre sa thèse d'un index bibliographique fort complet, emprunté en grande partie à l'ouvrage de Gesellius; on regrette seulement de n'y point trouver l'indication bibliographique des recherches expérimentales de Worm Müller, reproduites en partie dans le corps de la thèse avec les plus pompeux éloges. F. V.

PHARMACOLOGIE

Dragées au copahivate de fer et de magnésie.

Personne n'ignore à quels terribles accidents s'exposent ceux qui, sans discernement, font usage des injections, abortives et autres, dans le traitement de la blennorhagie. On connaît aussi l'action curative des balsamiques sur tous les catarrhes ; celle de l'oléo-résine de copahu est, sur celui de l'urèthre, incontestable et des plus efficaces. « Le copahu, disent Trousseau et Pidoux dans leur *Traité de thérapeutique*, est le remède spécifique des catarrhes uréthraux, il peut être administré dans toutes les périodes de cette difficile maladie. » Cette opinion est acceptée par tous les médecins ; mais si le médicament est tout indiqué, son usage est toujours difficile, souvent impossible à cause du dégoût irrésistible et de la répugnance profonde qu'il donne aux malades.

Pour obvier à ces inconvénients plusieurs tentatives ont été faites, ou a cherché à faire prendre le copahu sous toutes les formes, soit seul, soit en lui adjoignant différents principes. Parmi toutes les préparations une des meilleures est, croyons-nous, celle de M. Blot. Ce pharmacien distingué, associant dans certaines proportions le fer et la magnésie au copahu, obtient un *Copahivate ferrico-magnésien* qu'il enferme dans des dragées. Le copahu ne perd rien de son action spécifique et curative ; la magnésie, par son calmant sur l'estomac, rend la digestion facile, empêche les dégoûts et les renvois, en même temps le fer agit sur toute l'économie, comme tonique et fortifiant, on a ainsi un médicament sans odeur ni saveur, pris et supporté très-facilement.

Les dragées au copahivate de fer et de magnésie se prennent le matin et le soir à jeun, si on le préfère deux heures avant ou après les repas. On commence par quatre et on augmente progressivement jusqu'à douze par jour. S'il se produisait plus de quatre selles par 24 heures, il faudrait diminuer la dose. Pendant le traitement, il n'est point nécessaire de changer le régime, il faut vivre selon ses habitudes, toutefois il serait bon de prendre pendant la journée quelques verres d'une boisson diurétique et adoucissante.

41. Poudre anti-diarrhéique.

Phosphate de chaux..........	5	grammes.
Sous-nitrate de bismuth.......	5	—
Poudre de ratanhia............	3	—
Poudre de quina jaune........	4	—
Charbon végétal.............	4	—

Faire 40 paquets semblables, 3 par jour dans la diarrhée chronique (*Archives belges de thérapeutique*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Béhier. (H.) : 2, pneumonie; 7, hémorrhagie cérébrale; 11, affection cardiaque; 14, adénite; 15, fièvre typhoïde; 16, rhumatisme; 17, ulcère simple de l'estomac; 21, carcinome de l'estomac; 16, mal de Bright; 30, affection cardiaque; 32, ictère; 37, sclérose en plaques; 38, colique saturnine; 39, pleurésie. — (F.) : 2, mal de Bright; 8, emphysème pulmonaire; 11, sclérose en plaques; 17, muguet chez un enfant; 18, rhumatisma articulaire aigu; 20, paraplégie; 22, hémorrhagie cérébrale; 28; tumeur hypogastrique.

Service de M. Richet. A partir du 1er août, M. Le Dentu suppléant (H.): 18, tumeur du testicule; 19, hydrocèle considérable; 21, synovite fongueuse du coude; 25, écrasement des doigts; 32, cancroïde de la langue; 34, épithélioma du maxillaire ayant débuté par la gencive.

Service de M. Guérin, M. Delens suppléant : 10, amputation du bras droit (pansement ouaté); 12, kyste de l'ovaire; 15, métrorrhagie; 17, avortement; 20, pelvi-péritonite; 22, tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne; 26, fracture compliquée des 2 os de la jambe.

Hôpital Saint-Louis. — *Chirurgie.* Service de M. Cruveilhier. Salle Ste-Marthe : 3, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; 7, contusion de l'épine dorsale, arrachement de l'épaule, paraplégie; 9, tumeur blanche du genou; 22, anévrysme faux diffus de la cuisse; 25, kyste séreux de la cuisse; 29, fracture du fémur; 50, tumeur ganglionnaire de l'aisselle; 53, fistule pleurale; 57, kyste de l'ovaire ponctionné, suppuré et injecté.

Médecine. Service de M. Guibout. Salle Henri IV : 50, syphilide tuberculeuse de l'épaule; 53, dermatite exfoliatrice psoriasique; 72, érythème noueux. — Salle St-Charles : 1, lupus ulcéré sternal; 45, pemphigus, ecthyma gangréneux hémorrhagique des membres inférieurs; 16, eczéma lichénoïde; 7, chancre de la lèvre supérieure; 24, 26, 29, psoriasis guttata et nummulaire.

Service de M. Lailler. Salle Ste-Foy : 2, œdème scrofuleux de la face; 3, lupus tuberculeux de la face; 5, syphilis tardive, femme de 65 ans; 15, gomme de la jambe, 18, acné pilaris; 22, adénopathies scrofuleuses traitées par les flèches. — *Teignes* : faveuse, tondante, pelade. — Salle St-Mathieu : 1, icthyose; 7, érythème purpurique; 11, syphilis ulcéreuse avec destruction de la face, 42, acné varioliforme; 51, chancre dur de la verge; 57, gommes scrofuleuses; 61, couperose; 67, roséole miliaire.

Cliniques et cours suspendus par les vacances sauf pour M. Péan : Cliniques et opérations le samedi à 9 h. 1/2,

Hôpital Temporaire. rue de Sèvres. — Service de M. Fernet. Salle St-Joseph (F.) : 1, hématocèle péri-utérine; 3 et 22, ataxie locomotrice, 18, hystérie, toux hystérique; 26, paralysie spinale aiguë de l'adulte; 27, Cancer du péritoine; 29, cancer de l'estomac — Salle St-Geneviève (H.) : 9, Atrophie musculaire progressive, saturnin; 12, pachyméningite alcoolique; 16, 22, 25, rhumatismes articulaires; 17, 28, affection mitrale, asystolie; 11, 26, néphrites albumineuses aiguës. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, 11, 23, diabète; 7, péritonite tuberculeuse, pleurésie, 10, cirrhose, paralysie générale; 15, pleurésie aiguë; 26, ataxie locomotrice; 28, ulcères de l'estomac.

Service de M. Dujardin-Beaumetz (H) : 2, rhumatisme articulaire aigu, endocardite mitrale; 4, insuffisance mitrale; 8, intoxication saturnine; 16, péritonite tuberculeuse; 15, pneumonie (vieillard); 18, insuffisance mitrale, albuminurie; 29, insuffiance mitrale, rétrécissement aortique; 30, rhumatisme, purpura hémorrhagique. (F.) : 3. hémorrhagie cérébrale ancienne, arthropathie; 5, pleurésie; 15, albuminurie, sclérose rénale; 16, typhlite chronique, phlegmatia alba dolens. 18, cancer du foie; 19, hémorrhagie cérébrale ancienne: 1, ataxie locomotrice progressive, adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse; 8, pleurésie; 10, insuffisance tricuspide; 13, myélite dorso-lombaire chronique; 14, tumeur cérébrale; 15, cancer de l'estomac; 17, cancer de l'estomac, carcinome généralisé du péritoine; 19, myélite chronique; 30. rein flottant.

Service de M. Lecorché. Salle Ste-Anne (H.) : 3, 4, intoxication saturnine chronique, néphrite interstitielle, accidents goutteux; 5. polyurie simple; 12, tremblement mercuriel (professionnel ; 13, goutte; 19, péritonite tuberculeuse, pleurésie sèche; 24, double lésion aortique. — Salle Saint François (F.) : 12 et 25, aphasie; 13, caucer de l'estomac en nappe; 14, rétrécissement mitral (souffle présystolique); 17, néphrite, coliques hépatiques; 18, ulcère simple de l'estomac; 29, bronchite chronique (dilatation des bronches .

Service de M. Ledentu. 9 h. *Opérations* le vendredi. — 4, mal de Pott, abcès à la région lombaire; 5, ulcères syphilitiques; 20, carie costale, abcès par congestion; 21, ulcère gangréneux de la jambe, pneumonie métastatique; 25, cancer du rectum; 26. kérato-conjonctivite; 31, cancer de l'œsophage; 38, hydro-adénite suppurée de l'aisselle; 41, fracture de côte, délire alcoolique; 11. luxation intra-coracoïdienne de l'épaule datant de 2 mois; 22, tuberculeux, résection de l'épaule, plaie sans tendance à la cicatrisation depuis 3 mois.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 23 juillet 1875, on a constaté 855 décès, savoir : variole, 7; — rougeole, 20; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 18: — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 15;— pneumonie, 44; — dyssenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 17; — *choléra nostras*, •; — angine couenneuse, 11; — croup, 9; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 216; — affections chroniques, 426, dont 171 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 34; — causes accidentelles, 22.

Londres. — Population 3,446,160 habitants. Décès du 11 au 17 juillet 1,481, savoir : variole, 4; — rougeole, 27; — scarlatine, 90; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 10; — bronchite, 90 ; — pneumonie, 44; — dyssenterie, •; — diarrhée, 204; — *choléra nostras*, 9; — diphthérie, 10; — croup, 8, — coqueluche, 61.

Facultés de médecine. — *Le concours d'agrégation en chirurgie et en accouchements* vient de se terminer par la nomination : pour Paris, de MM. Berger, Pozzi, Marchand, Monod et Blum, (chirurgie) et Chantreuil (accouchements); — Pour Montpellier, de MM. Roustan et Pénières; — Pour Nancy, de M. Julien.

Association Française pour l'avancement des Siences. — Le volume contenant le compte-rendu des travaux de la session de Lille (1874) a été déposé à l'Institut et à l'Académie de médecine. Près de la moitié de cette publication est consacrée aux travaux du 3e groupe (sciences naturelles) qui comprend la géologie, la botanique, la zoologie, l'anthropologie et les sciences médicales. Nous citerons parmi les principaux travaux de médecine et de chirurgie : Dr *Vannebroucq* : de l'entérite interstitielle; la coqueluche; Dr *Leudet* : l'alcoolisme dans la classe aisée; Dr *Cuignet* : suites de fractures par projectiles de guerre; kératoscopie par éclairage direct; *Houzé de l'Aulnoit* : Amputations sous-périostées ; Dr *Ollier* : Désection et ablation des os du pied; Dr *Ch. Pellarin* : propagation du choléra, Dr *de Sinety* : Physiologie de la glande mammaire; Dr *Viennois* : l'immobilisation dans les coxalgies suppurées; Dr *Dally* : Contractures et contractions pathologiques; Dr *S. Pozzi* : la mort subite dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens; Dr *Bouteiller* : statistique obstétricale; Dr *V. Trélat* : Angiomes douloureux; Dr *Courty* : Rétroflexion de l'utérus; Dr *Gaillard*; climatologie comparée; Dr *Landowski* : le koumis; Dr *Giraldès* : Périostite flegmoneuse diffuse: Dr *Marc Sée* : fonctionnement des valvules du cœur; Dr *Verneuil* : Névralgies secondaires précoces ; Dr *Perroud* : la phthisie des mariniers du Rhône ; Dr *A. Favre* : le daltonisme; Dr *Mosler* : Médication thermo-résineuse; Dr *Duriau* : la scrofule aux bains de mer du Nord.

Les discussions importantes suscitées par les principaux mémoires sont reproduites dans ces comptes-rendus qui forment un volume de plus de 1300 pages avec 14 planches dont cinq doubles et de nombrenses figures intercalées dans le texte.

Budget de l'instruction publique. — Le rapport de M. Lepère sur le projet de budget de l'instruction publique a été adopté. Nous espérons que le vote de l'Assemblée relatif à la chaire d'histologie du Collège de France sera bientôt suivi de son effet naturel et que, à la rentrée, M. Ranvier pourra reprendre ses remarquables leçons.

Choléra. — Les journaux autrichiens annoncent que le choléra vient d'éclater à Odessa. En Asie mineure, l'épidémie prend des proportions inquiétantes. Depuis la fin de juin elle sévit à Damas, Hama, Autriche, etc. A Damas à la fin de juin et dans les premiers jours de juillet on comptait, suivant le journal grec *Néologos*, une moyenne de vingt à trente cholériques par jour. Depuis plusieurs semaines déjà, le gouvernement grec soumet à une sévère quarantaine toutes les provenances d'Asie mineure. (*Gazette des Hôpitaux*.)

Nomination. — M. le docteur Leven vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital Rotschild en remplacement de M. le docteur Worms. (*Gaz. Hebdomadaire*.)

Médecins militaires. — Sont promus dans le corps des officiers de santé militaires : *Au grade de médecin principal de 2e classe* : M. Boulongue, médecin-major à l'hôpital de Vincennes. — *Au grade de médecin-major de 1re classe* : MM. Mennehaud, de la division d'Oran ; Maratray, du 107e de ligne. — Sont nommés : *Pharmacien principal de 1re classe* : M. Leprieur, de l'hôpital de Vincennes.—*Pharmacien principal de 2e classe* : M. Jaillard, de la division d'Alger. — *Pharmacien-major de 1re classe* : M. Burg, de l'hôpital de Perpignan.

Nécrologie. — M. le docteur E. Fleuriot, chirurgien de la marine, vient de mourir au Croissic, le 19 juillet dans sa 26e année.

— Parmi les victimes de l'inondation, le corps médical de Toulouse compte un de ses membres les plus anciens. Le docteur Brun, qui depuis de longues années exerçait sa profession au faubourg Saint-Cyprien, a été enseveli sous les décombres de sa maison à côté de sa femme, madame Brun. Les corps de ces deux infortunés n'ont pu être retrouvés que plusieurs jours après. M. Brun jouissait d'une popularité et d'une estime méritées : que son fils, M. le docteur Brun, reçoive ici l'expression de notre douloureuse sympathie. (*Revue médicale de Toulouse*).

Hygiène. — Le *Bulletin français* signale le procédé recommandé par le Dr Maurin pour produire de la fraîcheur dans les chambres de malades. Il consiste à mettre aux fenêtres largement ouvertes des linges imbibés d'eau. On sait combien l'eau, pour passer de l'état liquide à l'état gazeux, absorbe de calorique. Cette absorbtion fait baisser en quelques instants de 5 à 6 ° la température de l'appartement, et l'humidité répandue dans l'air permet de supporter plus facilement la chaleur. Par ce système les malades se trouvent, même au plus fort de l'été, dans une atmosphère rafraîchie, analogue à celle qui règne après les orages.

Librairie J. B. BAILLIÈRE.

Monod (Ch.). Etude comparative des diverses méthodes de l'exérèse. In-8° de 115 p. 2 fr. 50.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**.

Abadie (Ch.). Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages, 50 centimes.

Charcot (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière*; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25.—3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr.; pour nos abon-

3e ANNÉE. — N° 32 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 7 AOUT 1875.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Des artères centrales. Lésions de la capsule interne.

Messieurs,

3° Il convient, d'ailleurs, d'établir ici une distinction importante; ainsi que nous l'avons annoncé, en effet, les symptômes varient remarquablement suivant le siége qu'affecte la lésion dans la capsule interne.

Si elle occupe un point quelconque des deux tiers antérieurs de la capsule, région où ce tractus blanc sépare l'extrémité antérieure du noyau lenticulaire de la tête du noyau caudé, et qui appartient, comme vous le savez, au domaine de l'artère lenticulo-striée, la paralysie portera exclusivement sur le mouvement; aucun trouble durable de la sensibilité ne viendra s'y adjoindre.

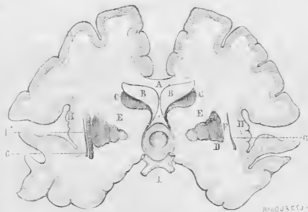


Fig. 43. — *Foyer hémorrhagique extra-lenticulaire.* (Coupe pratiquée en arrière du chiasma); pas d'hémianesthésie; — A, corps calleux; — B, B, ventricule latéral; — C, C, noyau caudé; — D, D noyau lenticulaire; — E, E, *région antérieure ou lenticulo-striée de la capsule interne*; — F, capsule externe; — F', foyer hémorrhagique, ayant détruit la capsule externe; — G, G, avant-mur; — H, H, insula; — I, chiasma des nerfs optiques.

Si, au contraire, ayant envahi le domaine des artères lenticulo-optiques, la lésion porte sur le tiers postérieur de la capsule, dans la région où celle-ci passe entre l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire et la couche optique, la présence de l'hémianesthésie cérébrale sera, pour ainsi dire, chose fatale. Le plus souvent, la lésion siégeant en quelque sorte sur un terrain mixte, la paralysie du sentiment s'accompagnera d'une hémiplégie motrice plus ou moins accentuée. Mais il peut arriver que l'hémianesthésie cérébrale se présente isolée, du moins à titre de phénomène permanent, dans le cas par exemple où les parties les plus reculées, les plus postérieures de la capsule interne seraient seules altérées d'une façon définitive (*Fig. 44*).

J'ai à dessein, dans l'exposé qui précède, fait allusion exclusivement aux lésions de la capsule interne véritablement *destructives*, à celles en d'autres termes qui, soit par dilacération, soit par nécrose, produisent dans ce tractus une perte de substance irréparable. Il importe de distinguer ce cas de celui où la capsule interne serait intéressée non pas directement mais seulement à distance en quelque sorte, par le fait d'un phénomène de voisinage, en conséquence d'une lésion limitée aux noyaux gris qui l'environnent de tous côtés. Ainsi, la distension d'un de ces noyaux dans un cas d'hémorrhagie interstitielle pourrait avoir pour effet de déterminer la compression des faisceaux nerveux qui composent la capsule interne, et consécutivement de suspendre le fonctionnement de ces faisceaux. Mais comme, en pareille circonstance, les fibres nerveuses de la capsule sont seulement comprimées et non

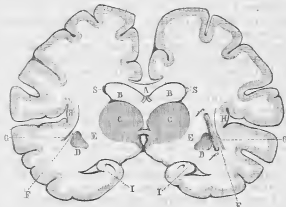


Fig. 44. — *Foyer d'hémorrhagie extra-lenticulaire au niveau de la partie postérieure de la couche optique;* — *hémianesthésie cérébrale.* — A, corps calleux et piliers postérieurs de la voûte. — BB, cavité des ventricules latéraux. — CC, couches optiques. — DD, noyaux lenticulaires. — EE, *région postérieure ou lenticulo-optique de la capsule interne.* — F, capsule externe. — GG, avant-mur. — HH, insula. — II, corne d'Ammon et corne sphénoïdale du ventricule latéral. — *ff*, foyer hémorrhagique extra-lenticulaire intéressant par en haut la capsule interne. — SS, extrémité postérieure du noyau caudé.

pas détruites, les phénomènes paralytiques, résultant de cette compression — en dehors toutefois du cas d'une tumeur — pourront n'être que tout-à-fait passagers.

La combinaison que je viens de signaler à votre attention se rencontre fréquemment dans la clinique de l'hémorrhagie intra-cérébrale; elle crée, vous le voyez, une situation assez complexe, et par laquelle l'interprétation des symptômes pourra être rendue difficile. C'est ainsi que, si l'on n'est pas prévenu de ces difficultés, on sera tenté — et la faute a été bien des fois commise — de rapporter à la destruction de l'un quelconque des noyaux gris, couches optiques ou corps striés, des symptômes qui sont uniquement la conséquence d'une action de voisinage, d'une compression s'exerçant sur la capsule interne.

Permettez-moi — le sujet en vaut la peine — d'entrer à ce propos dans quelques développements.

Supposons qu'il s'agisse de la formation toute récente d'un foyer d'hémorrhagie dans *le lieu d'élection*. Le sang se sera donc épanché, en dehors du noyau lenticulaire, dans l'espace virtuel dont il a été question plusieurs fois déjà; en outre, le troisième segment du noyau lenticulaire, autrement dit le *putamen* sera le plus souvent, en partie dilacéré. Je vous ai dit comment, en pareille occurrence, la paroi externe du foyer, composée des circonvolutions de l'insula, de l'avant-mur et de la capsule externe, résiste à l'effort du sang extravasé, tandis que les noyaux gris sont dans leur ensemble refoulés vers les cavités ventriculaires. Il est clair que les éléments de la capsule interne seront nécessairement plus ou moins fortement comprimés en conséquence d'une semblable altération. Au point de vue des symptômes produits, deux conditions peuvent se présenter.

Tantôt le foyer sanguin reste circonscrit aux parties du noyau lenticulaire qui correspondent à la moitié ou aux deux tiers antérieurs de ce corps, c'est-à-dire au domaine de l'artère lenticulo-striée. En conséquence, la *partie antérieure de la capsule interne* sera seule intéressée, médiatement, par compression. L'effet produit sera une hémiplégie, exclusivement motrice, du côté opposé du corps

(1) Voir les nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31.

(*Fig. 43*). Tantôt, s'étendant de proche en proche, d'avant en arrière, le foyer se sera répandu jusque sur les parties les plus postérieures du noyau lenticulaire ; la compression portant alors aussi *sur la partie postérieure de la capsule interne*, les symptômes d'hémianesthésie cérébrale viendront se surajouter à ceux de l'hémiplégie motrice (*Fig. 44*).

Tels sont les faits. Un mot maintenant concernant leur interprétation : après avoir reconnu pendant la vie les symptômes susdits à savoir : L'hémiplégie motrice avec hémianesthésie et *post mortem* l'existence d'un foyer intéressant le noyau lenticulaire, irez-vous conclure du rapprochement de ces deux ordres de faits, que le noyau lenticulaire tient sous sa dépendance, à la fois le sentiment et le mouvement volontaire du côté opposé du corps? Cette conclusion serait peu légitime, car si le malade eût survécu, l'épanchement s'étant résorbé et n'étant plus représenté que par une cicatrice linéaire ochreuse, l'hémianesthésie et même la paralysie motrice, malgré la destruction d'une partie du noyau lenticulaire, auraient sans doute disparu, dans les conditions indiquées, sans laisser de traces. Ce qui vient d'être dit, Messieurs, au sujet de l'hémorrhagie du noyau lenticulaire s'applique également aux hémorrhagies qui se font dans l'épaisseur de la partie postérieure de la couche optique. Ces hémorrhagies se développent en conséquence de la rupture de l'artère optique externe postérieure, une des émanations de la cérébrale postérieure. Elles se traduisent en général cliniquement par une hémiplégie plus ou moins accentuée, mais aussi, en outre, à peu près toujours, par une hémianesthésie plus ou moins complète, pourvu que le foyer atteigne des dimensions suffisantes. Faut-il en conclure directement que, — comme tant d'auteurs l'ont dit et le répètent encore aujourd'hui — la couche optique est le siége du *sensorium commune*? Non, incontestablement ; il serait facile, d'ailleurs, de citer nombre de faits ou une lésion des tractus de la partie postérieure de la couche optique, déterminée par un épanchement sanguin, après avoir, dans les premières phases de la maladie, c'est-à-dire lorsqu'existent les conditions de la compression, produit des troubles sensitifs et sensoriels, cesse d'être accompagnée de ces symptômes dans les phases ultérieures, c'est-à-dire au moment où par suite de la résorption de l'épanchement, la compression de la région postérieure ou lenticulo-optique de la capsule interne n'existe plus.

Il serait superflu, je pense, d'insister plus longuement ; je crois avoir suffisamment mis en relief que, dans le diagnostic régional relatif aux diverses parties des masses centrales du cerveau, c'est la participation ou la non-participation des deux régions de la capsule interne qui domine la situation.

IV. Les propositions que je viens d'énoncer offrent, Messieurs, un intérêt pratique qui n'échappera à aucun de vous. Mais elles ne vous ont été présentées jusqu'ici, en quelque sorte, que sous forme de *postulat*. Il convient actuellement de les établir sur une démonstration régulière, ou, en d'autres termes de placer sous vos yeux les documents qui leur servent de fondement dans le domaine de la pathologie de l'homme.

Nous devons nous efforcer aussi de donner la théorie des faits dont il s'agit, c'est-à-dire d'en pénétrer, dans la mesure du possible, la raison anatomique et physiologique. Pour réaliser ce projet, nous sommes obligés de revenir de nouveau à l'anatomie normale du cerveau afin de compléter à certains égards les notions déjà acquises. Ce sera une de nos dernières incursions dans ce domaine.

Dans l'exposé qui précède, le rôle prédominant qui, dans la pathologie des masses centrales, appartient aux lésions des deux grands départements de la capsule interne, s'est montré à vous dans toute son évidence. Par là se trouvent justifiés déjà les quelques développements dans lesquels nous sommes entrés à propos de la constitution anatomique de ce grand tractus. A présent, il faudra aller plus loin et rechercher ce que présente de particulier, anatomiquement, la région antérieure ou lenticulo-striée de la capsule par opposition à la région postérieure ou lenticulo-optique dont la lésion détermine, seule, l'apparition du syndrôme *hémianesthésie cérébrale*. Nous commencerons par ce dernier point. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. G. HAYEM**, agrégé, suppléant M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

DEUXIÈME LEÇON. — 3 décembre 1874.

Messieurs,

Vous vous souvenez que dans la leçon précédente j'ai attiré votre attention sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. Depuis cette époque, vous avez pu constater chez plusieurs de nos malades la plupart des particularités que je vous ai décrites. Avant d'aller plus loin dans l'examen des questions que nous avons soulevées, complétons notre étude clinique.

Je vous ai dit que les signes d'un affaiblissement du cœur se rencontrent très-souvent, même chez des malades atteints de fièvre typhoïde en apparence bénigne.

Le malade du n° 26 de la salle Saint-Jean-de-Dieu vous offre un exemple de ce genre.

C'est un homme de 31 ans, dessinateur, qui habite Paris depuis quatre ans seulement. Il est tombé malade, sans cause appréciable, vers le 6 novembre ; mais dans les grands centres de population, comme Paris, il est très-fréquent de voir la fièvre typhoïde frapper de préférence les individus qui, venus de la province, se trouvent ainsi placés depuis quelque temps dans de nouvelles conditions hygiéniques, et dans un milieu où la maladie règne d'une manière endémique. Du 7 au 14 novembre, le malade éprouva de la courbature, de la céphalalgie, de la fatigue.

Le 14, ces phénomènes devinrent plus intenses, il abandonna son travail et, ayant perdu complétement l'appétit, il prit une purgation saline.

Cette purgation fut suivie d'une diarrhée assez intense, et n'amena aucune amélioration dans l'état général. Le malade prit alors une nouvelle purgation le 17, et le 24 seulement, ne se remettant pas, il se présenta à la consultation du bureau central. Bien que très-faible, il put faire à pied le trajet du parvis Notre-Dame à la Charité, et, cependant, dès son arrivée dans notre service, il était facile de se convaincre qu'il présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde parvenue déjà au second septénaire.

Le malade accusait une céphalalgie très-intense, et il n'avait pu venir à l'hôpital qu'en chancelant, en titubant; sa physionomie était un peu hébétée, il éprouvait des étourdissements et ressentait une prostration considérable des forces avec brisement des membres. La langue était rouge sur les bords, au centre un peu sèche, l'appétit complétement perdu ; le ventre était très-ballonné, douloureux à la pression et surtout au niveau de la fosse iliaque où il existait un gargouillement très-net. Le malade se plaignait en outre, de coliques assez fortes et avait une diarrhée abondante.

Sur la peau de l'abdomen et du tronc on trouvait une éruption assez confluente de taches rosées lenticulaires. Du côté de l'appareil respiratoire, on constatait également des signes importants ; le malade toussait depuis plusieurs jours et avait une expectoration muqueuse et filante assez abondante ; à l'auscultation, on entendait des deux côtés de la poitrine, en avant et surtout en arrière, des râles sibilants et ronflants.

Malgré cet ensemble symptomatique bien accentué, la température était modérée ; la veille au soir le thermomètre n'avait indiqué que 38° dans l'aisselle, et au moment de

(1) Voir les nos 29 et 30 du *Progrès médical*.

notre premier examen il marquait 38°, 8. C'est probablement à cause de cette faible élévation de la température qu'arrivé déjà au 10e jour d'une fièvre typhoïde, le malade avait pu, comme dans les cas qui ont été décrits sous le nom de *typhus ambulatorius*, faire à pied une course assez longue. Il s'agissait bien évidemment d'un cas d'intensité moyenne, à forme dite commune. Cependant, il existait déjà du côté du cœur un phénomène important. Le choc précordial avait perdu de sa netteté et de sa force, et le premier bruit était assourdi, affaibli.

Depuis le 24 novembre, vous avez suivi ce malade avec moi, et vous avez pu voir que, peu marqué d'abord, l'affaiblissement cardiaque s'est accentué d'une manière progressive et assez rapide.

Il s'est révélé par une diminution de plus en plus prononcée du choc précordial qui n'était plus sensible le 28 et par une faiblesse extrême du premier bruit. De plus, le pouls est devenu faible et dépressible, et les tracés sphygmographiques ont montré quelques irrégularités. Malgré cette faiblesse du cœur, il ne s'est produit ni souffle au premier temps, ni dédoublement du second temps.

D'ailleurs, la marche de la maladie n'a offert rien d'anormal. Examinez la courbe de la température que je mets sous vos yeux, vous verrez que la plus haute température, celle du 26 novembre, ne dépasse pas 40° 4, les premières oscillations se sont faites à peu près entre 39° et 39° 5, et depuis deux jours nous sommes à la période des grandes oscillations, elles se font de 38° 2 à 39°,6.

Ce matin vous ne constaterez, malgré l'affaiblissement persistant du cœur, aucun symptôme grave, et nous pouvons espérer que la terminaison sera favorable.

Rappelez-vous, toutefois, qu'on doit toujours porter dans

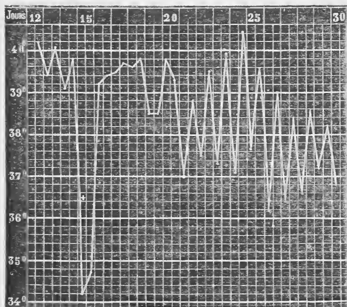


Fig. 45. — Température axillaire et temp. rectale.

la fièvre typhoïde un pronostic réservé, et l'étude des accidents qui se rattachent au cœur n'est point faite pour contredire ce précepte établi par nos maitres.

— Parmi les phénomènes que je vous ai décrits, un des plus importants est le collapsus. La malade couchée au no 17 de la salle Sainte-Madeleine, malade dont je vous ai déjà parlé, vous en a offert un accès vers le 15e jour de sa maladie.

Cette jeune femme, d'une constitution très-faible, est actuellement convalescente, et sa fièvre typhoïde n'a présenté qu'une intensité moyenne. Mais vous vous souvenez qu'à son arrivée à l'hôpital, soit le 12e jour de la maladie, nous avions constaté déjà les signes d'un affaiblissement cardiaque assez prononcé.

Le 11 novembre (14e jour) la malade était très-souffrante; elle avait passé une nuit entière sans sommeil et se plaignait de céphalalgie intense, de vertiges et de surdité. Le matin, la température était dans l'aisselle de 39°, 1 et le soir de 39°, 8 (*Fig. 45*).

Le 12, à la visite, la malade était dans un état d'adynamie profonde; elle se plaignait toujours de céphalalgie très-intense; la face était pâle et altérée, les extrémités froides, le pouls presque insensible. Placé dans l'aisselle, le thermomètre marquait 34°, 2, et dans le rectum 36°,5. Les battements cardiaques n'étaient plus appréciables à la palpation; à l'auscultation, on entendait un bruit de souffle rude, mais bref, dont le maximum était à la pointe. Vous vous rappelez que ce bruit anormal existait déjà avant l'apparition de ces phénomènes nouveaux, qui constituent un accès de collapsus avec abaissement de la température périphérique et même de la température centrale. L'exploration thermométrique a été faite avec beaucoup de soin par M. Chouppe, et vous pouvez considérer comme parfaitement précis le résultat que je viens de vous énoncer.

Pendant toute la journée du 12, la malade est restée très-affaissée, elle eut un vomissement d'ailleurs peu abondant, et à la visite du soir, la température de l'aisselle était de 34°,7. Le lendemain matin 13, cet accès de collapsus était terminé, la température axilliaire était remontée à 39°, 2, et à partir de ce moment, la maladie a suivi une marche à peu près régulière (*Fig. 45*). (*A suivre*).

Priapisme chez un malade atteint de leucémie splénique.

Par **Maurice LONGUET**, interne des Hôpitaux.

Pendant le mois de juillet 1874, dans le service de mon excellent maître M. GALLARD, alors suppléé par M. DUJARDIN-BEAUMETZ, j'ai eu l'occasion d'observer un fait curieux et assez rare, je crois, car nulle part, à ma connaissance, il n'en a été signalé un semblable. Il s'agit d'un cas de priapisme dont était affecté un leucocythémique. J'examinerai plus loin si cette érection persistante doit être considérée comme une simple coïncidence ou rattachée à l'état particulier du sang chez ce malade; avant cela il est nécessaire de raconter son histoire.

St..., âgé de 29 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Pitié (service de M. Gallard) le 19 juillet 1874. Il a toujours été parfaitement bien portant, et n'accuse aucun antécédent pathologique héréditaire ou acquis.

Il a fait son temps de service militaire en qualité d'ordonnance, et n'a eu par conséquent que fort peu de privations à subir. Depuis six mois, il n'est plus soldat, mais il est resté domestique d'un général demeurant à Paris. Il n'a jamais eu de fièvre intermittente. Le malade a commencé à sentir vers le mois de décembre 1873, des douleurs abdominales sourdes, exaspérées par la pression, plus vives par moments, mais qui n'étaient pas assez violentes cependant pour le forcer à interrompre ses occupations: depuis trois mois il se plaint aussi de constipations souvent longues et opiniâtres. Jamais il n'a toussé; il n'est point sujet à s'enrhumer pendant les hivers.

A deux ou trois reprises déjà, en s'éveillant vers trois heures du matin, il s'était trouvé en érection et en même temps il éprouvait le besoin d'uriner. Chaque fois, il s'était levé de son lit, avait vidé immédiatement sa vessie aussi facilement que quand la verge était flasque; mais l'émission des urines n'amenait en rien la cessation de l'érection; celle-ci durait une demi-heure, une heure, puis tout rentrait dans l'ordre. Cet état de la verge n'a jamais été dans ces circonstances, provoqué ou entretenu soit par des actions, des pensées ou des rêves lubriques; l'érection était *indifférente*.

Dans les premiers jours de juin, le 8, l'érection survint dans la nuit, mais, cette fois, elle ne cessa point. Pendant trois semaines, la verge resta à son maximum d'induration; elle était fort douloureuse; le pauvre patient, assez peu sensible cependant, poussait parfois des cris tant sa souffrance était grande. Il compare la sensation qu'il éprouvait à celle que

produirait une baguette de fer introduite de force dans le canal de l'urèthre.

Ce priapisme fut traité énergiquement et d'une manière très-rationnelle par un médecin militaire fort distingué : bains tièdes, purgations, lavements froids, glace sur le ventre et sur le périnée, deux vésicatoires l'un à la nuque, l'autre au périnée, furent successivement ou simultanément employés. Une certaine sédation en fut la conséquence; car, pendant les 8 jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, le malade a senti sa verge se détendre un peu, et ses douleurs diminuer considérablement.

Le 19 Juillet, jour de son arrivée dans la salle, on constata qu'il se trouvait dans l'état suivant :

Le malade se présente avec un état général peu satisfaisant; il est pâle, maigre, ses forces ont considérablement baissé. Il tousse depuis quelques jours : ses poumons n'offrent à l'examen physique aucun signe de tuberculose; on trouve cependant que l'inspiration est un peu rude aux deux sommets.

Au cœur, bruit de souffle au premier temps et à la base, anémique. — Les fonctions digestives se font assez mal : la langue est blanche, saburrale ; l'appétit est fort diminué ; il y a de la constipation.

Le ventre est le siége d'une tumeur volumineuse qui occupe tout le flanc et l'hypochondre gauches et descend jusque dans la fosse iliaque du même côté ; à droite de la ligne blanche, elle dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt et se termine là par un bord arrondi et régulier. Cette tumeur qui, par sa position et sa surface unie, paraît n'être autre chose que la rate énormément tuméfiée, se déplace facilement soit par la palpation, soit dans les changements de position qu'exécute le malade. Un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, la main qui presse la paroi abdominale sent au moment de l'inspiration une crépitation fine qui paraît due à des adhérences consécutives à un point de péritonite localisée d'ancienne date.

L'érection est encore très-considérable. La verge est violacée, volumineuse, longue et dure, presque parallèle à la paroi abdominale. Mais il faut noter avec soin que le bulbe caverneux et le gland sont et ont toujours été flasques ; l'érection est limitée aux corps caverneux.

On trouve des glanglions volumineux dans les aines, les aisselles, les deux creux poplités, au cou. Le malade affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne. — Les veines souscutanées des cuisses et des jambes sont gonflées et se dessinent nettement sous la peau. Rien de semblable aux membres supérieurs.

Le toucher rectal démontre que la prostate est volumineuse, divisée en deux lobes à sa face postéro-inférieure : ces deux lobes sont séparés par une rainure au fond de laquelle on sent le canal de l'urèthre. Il y a probablement une inversion prostatique. Enfin, le malade n'a point de fièvre, sa température est normale ; il dort suffisamment. La miction s'accomplit très-facilement et sans douleur malgré l'érection.

20 *juillet*. M. Beaumetz ordonne une application de 10 sangsues au périnée. Les piqûres ont donné lieu dans la journée a un écoulement de sang assez considérable pour nécessiter le soir l'emploi de la compression et d'agents hémostatiques (amadou imbibé de perchlorure de fer). La plupart des sangsues ont piqué le bulbe. — Examinée au microscope, une goutte de sang paraît contenir une quantité considérable de globules blancs de grandes dimensions.

21 *juillet*. — La verge paraît un peu moins longue et un peu moins dure ; mais le changement est presque insignifiant. L'hémorrhagie est arrêtée.

22 *juillet*. — Même état. — On prescrit : 2 pilules de bromure de camphre de 0 gr. 10.—Application de compresses glacées sur le ventre. Le malade devra dans la soirée s'introduire et laisser fondre dans le rectum quelques cônes de glace.

23 *juillet*. — Un peu de mieux. Pouls 80. Les compresses froides mal supportées sont remplacées par un cataplasme de feuilles de ciguë. 4 pilules de Bromure de camphre.

25 *juillet*. — Même prescription. — On donne 6 pilules de *Bromure de camphre*.

27 *juillet*. — Mieux très-prononcé. La verge est molle ; elle se laisse courber en tout sens ; mais elle est encore bien volumineuse : le prépuce recouvre presqu'entièrement le gland. — Sur la demande du malade, on suspend l'administration des pilules de bromure de camphre. Vomissements.

30 *juillet*. — L'érection continue à diminuer ; mais les fonctions digestives du malade sont loin de s'améliorer : l'appétit est complétement perdu et tous les aliments sont vomis. — Douleurs abdominales vives. — On ajoute à la prescription : viande crue et vin de quinquina.

31 *juillet*. — Les douleurs abdominales ont disparu. — Le malade a mangé la viande crue avec plaisir.

1er *août*. — Mieux sensible. On supprime les cataplasmes de ciguë. On donne : café, glace intus et extrà (bouche et rectum), viande crue, vin de quinquina.

M. Malassez qui a bien voulu venir lui-même faire la numération des globules blancs et rouges, à l'aide de l'appareil qu'il a inventé, trouve les chiffres suivants pour 1 millimètre cube:

Globules rouges 1.580.000.
Globules blancs 730.000. Rapport $\frac{2\text{ rouges}}{1\text{ blanc}}$.

L'analyse de l'urine par le procédé d'Esbach donne 7 à 8 gr. d'urée par litre.

3 *août*. — Mieux prononcé, au point de vue de l'état général comme au point de vue de l'état local : la verge un peu grosse encore, repose sur la région inguinale ; le gland est presque complétement recouvert par le prépuce. Les urines de la veille et de la nuit sont troubles, épaisses et rougeâtres : dépôt grisâtre abondant au fond du vase. Quantité rendue : 1 litre en 24 heures.

Pas d'albumine. — Urée : 9 à 10 gr. par litre.

6 *août*. — Le malade a éprouvé de vives douleurs à l'épigastre ; il se plaint de céphalalgie et de bourdonnements d'oreille. Tous les ganglions semblent avoir pris un accroissement notable. La verge est maintenant en demi-érection.

7 *août*. — Plusieurs épistaxis sont survenues dans la matinée, il y a eu aussi du sang dans les garde-robes. La céphalalgie persiste très-violente : affaiblissement considérable. On insiste sur les toniques, tout traitement étant supprimé.

8 *août*. — Deux selles sanglantes et deux épistaxis : bourdonnements d'oreille et céphalalgie continuels. L'état général se maintient cependant : pas de fièvre, pas d'élévation de la température. —10 *août*. — Encore un peu d'entérorrhagie.

13 *août*. — Depuis trois jours, les garde-robes ne contiennent plus de sang. Le malade dont le moral semble très-affecté demande son *exeat* ; il a eu plusieurs épistaxis, mais très-légères.

20 *août*. — Sur ses instances, St... est envoyé à Vincennes en convalescence. Les hémorrhagies ont absolument disparu : l'état est néanmoins toujours mauvais. Les téguments sont pâles et présentent une teinte terreuse presque cachectique : les forces sont considérablement amoindries.

Le volume des ganglions s'accroît très-lentement et la tumeur splénique ne change pas ; elle est aujourd'hui ce qu'elle était au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

L'état de la verge est relativement très-satisfaisant. L'érection a presque complétement disparu ; cependant, l'organe érectile est encore volumineux et présente un certain degré de consistance pâteuse, suffisant pour indiquer qu'il n'est point encore revenu à son état normal.

J'ajouterai que, pendant toute la durée du séjour de ce malade dans la salle, jamais son pouls n'a dépassé 80 pulsations et que jamais sa température n'est arrivée à 38° : elle a oscillé entre 36°,5 et 37°,5.

Depuis sa sortie de Vincennes j'ignore ce qu'il est devenu ; car il a quitté Paris pour se retirer sur un point de la province qui m'est inconnu.

Je n'ai pas trouvé qu'il ait été fait mention d'un fait analogue dans aucun des principaux travaux sur la leucocythémie ou l'adénie, publiés depuis les écrits de Bennett et de Virchow; et ces deux auteurs aussi sont muets à cet égard. M. Isambert ne cite pas non plus le priapisme parmi les nombreuses complications qu'il a énumérées comme ap-

partenant à cette singulière maladie dont le caractère principal est l'augmentation considérable du chiffre des globules blancs dans le sang (1). De sorte que, en présence d'un cas peut-être unique, il est prudent de se demander s'il faut le considérer comme une coïncidence ou comme une complication de l'altération globulaire. La question sera résolue par la recherche étiologique; car le priapisme n'est point une *maladie* proprement dite, mais un *symptôme* survenant dans le cours d'affections ou de maladies très-diverses : tous les auteurs sont parfaitement d'accord sur cette manière de voir.

Quelle est donc la cause du priapisme survenu chez le malade dont je rapporte l'observation? Pour répondre, je vais indiquer rapidement les nombreuses causes du priapisme en général, et j'essaierai de faire cadrer le fait qui m'occupe avec l'une des divisions qui seront établies.

L'érection pathologique chez l'homme, comme l'érection physiologique, est essentiellement caractérisée par l'accumulation du sang dans les mailles du tissu caverneux du pénis. Et cette accumulation peut être primitivement due à une modification anatomique de l'un des trois facteurs suivants ; — vaisseaux de la verge, nerfs, sang contenu dans les vaisseaux et le tissu caverneux, — ou de plusieurs de ces facteurs à la fois. Selon les cas, l'érection est active ou passive : je ne m'arrête pas sur cette division.

1° *Vaisseaux.* — La compression des veines honteuses et du plexus de Santorini, par une tumeur ou un corps étranger, produit une érection pour ainsi dire mécanique; il y a, en effet, obstacle au libre cours du sang qui, continuellement amené par l'artère, ne peut plus s'échapper par les veines. Une phlébite produirait le même effet.

2° *Nerfs.* — Toute irritation des nerfs érecteurs, soit périphérique, soit centrale, donne lieu à un priapisme dit de cause nerveuse.

Par irritation périphérique, il faut entendre l'irritation des terminaisons nerveuses ou des troncs nerveux (priapisme des individus empoisonnés par les cantharides ou affectés de blennorrhagie, surtout quand l'inflammation atteint le col vésical, priapisme des calculeux par cystite concomitante, etc. — Par irritation centrale, il faut entendre toute excitation de la moelle (centre génito-spinal) ou du cerveau en des points spéciaux (priapisme des individus atteints de certaines fractures de la colonne vertébrale, de certaines tumeurs de la moelle, de certaines myélites ; — priapisme de certains maniaques, etc.)

3° Enfin le sang lui-même peut subir des modifications physico-chimiques qui déterminent l'engorgement du système érectile de la verge (inopexie) quelques empoisonnements, variations de pression, embarras de circulation, etc.

Dans laquelle de ces trois catégories est-il possible de ranger le priapisme de notre leucémique? 1° Son érection pathologique ne pouvait être rattachée à une cause d'origine mécanique, car, à l'exception d'une prostate un peu volumineuse. St... n'avait aucune tumeur, même ganglionnaire qui pût agir sur la circulation des corps caverneux en comprimant les veines qui en partent. De plus sa tumeur abdominale, constituée par la rate, était beaucoup trop éloignée pour avoir une action dans le sens qui vient d'être indiqué. Donc, pour lui, il faut rejeter l'hypothèse d'un priapisme dû à une altération des vaisseaux sanguins.

2° Le malade ne souffrait d'aucune inflammation de l'urèthre ou de la vessie, il n'avait aucun trouble du sentiment ou du mouvement indiquant une altération centrale de la moelle ou du cerveau : ses sphincters étaient en parfait état, car il n'y avait ni incontinence, ni rétention des matières fécales ou du sperme et, enfin, *il urinait volontairement, facilement, sans douleur, malgré son état d'érection*. Ai-je besoin de rappeler que pendant l'érection physiologique, la miction est impossible à exécuter? Donc, encore, ce n'était pas une érection pathologique de cause nerveuse.

3° Reste l'érection due à une altération physico-chimique du liquide sanguin. Sans aller plus loin, l'embarras n'existe plus pour en donner une explication plausible. La proportion considérable des globules blancs dans le sang, constituant le caractère principal de la leucocythémie dont il était affecté, a dû faciliter singulièrement la production d'un arrêt de la circulation dans ses corps caverneux ou ses veines afférentes (thrombose) et donner lieu à l'érection dont a souffert notre malade. De plus, tout le monde sait combien est altéré le sang (en dehors de l'état anatomique), puisque, sur 72 cas de leucémie, 43 fois on a signalé des hémorrhagies par altération du plasma sanguin. Ces deux causes réunies m'autorisent suffisamment, je pense, à formuler cette conclusion que, dans le cas actuel, l'érection était un phénomène symptomatique de l'altération spéciale du sang, qu'elle était une complication et non pas une coïncidence. Je néglige, à dessein, le volume énorme de la rate, car la question de savoir si l'hypertrophie splénique est cause ou effet dans la leucocythémie, n'est point encore suffisamment élucidée.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, Artic. *Leucocythémie*, par Isambert.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique. — Les infirmiers des hôpitaux.

Chaque fois que l'occasion s'en présente nous avons le soin de signaler à l'attention de nos lecteurs les décisions du Conseil municipal de Paris, relatives à l'Administration de l'Assistance publique, car nous croyons que ces renseignements peuvent être utiles à tous les médecins. Il nous est arrivé aussi de formuler des vœux pour la réalisation de réformes qui nous paraissent indispensables. C'est ainsi que, profitant de certains accidents survenus dans quelques hôpitaux, nous avons parlé de l'organisation du service des infirmiers et fait ressortir l'urgence de modifications sérieuses à introduire dans l'instruction et le recrutement de cette partie du personnel administratif. C'est encore sur cette question spéciale que nous allons revenir aujourd'hui.

Les qualités requises pour être un bon infirmier sont nombreuses : intelligence, douceur, complaisance, adresse, force physique, santé capable de résister aux causes morbides environnantes, tout cela est nécessaire. Les infirmiers actuels remplissent-ils ces conditions? Nous avons le regret de répondre par la négative. A côté de quelques rares infirmiers qui font consciencieusement leur service, il en est un trop grand nombre qui négligent, exploitent et brutalisent les malades. Les actes d'improbité sont malheureusement trop fréquents. De là résulte que, souvent, on voit se succéder dans le courant d'une année quatre ou cinq infirmiers, et davantage, dans la même salle.

A quoi tient une si déplorable situation? A l'insuffisance des salaires, qui éloigne de cette profession, déjà peu agréable par elle-même, la majorité des individus laborieux et intelligents. En effet, les infirmiers ont 15 fr. la première année, 18 fr. la seconde, 21 fr. la troisième. Une fois à ce chiffre, il n'y a plus à espérer d'augmentation. Aussi beaucoup, malgré les *Avis* dont l'administration se montre prodigue, se créent-ils d'autres ressources en tarifant les services qu'ils rendent aux malades.

De cette insuffisance des salaires, il suit que l'administration ne peut se montrer exigeante. Elle prend les gens qui se présentent, des hommes de tout métier qui n'ont aucune notion des fonctions dont ils se chargent, qui s'en vont dès qu'ils trouvent mieux, des ivrognes qui boivent le

vin des malades, ou des gens infidèles, etc., qu'elle est obligée de renvoyer (1).

Pour remédier à un état de choses aussi fâcheux, il serait nécessaire, selon nous, de prendre les deux mesures suivantes : 1° augmenter le traitement des infirmiers et des infirmières ; — 2° créer soit à Bicêtre pour les hommes, soit à la Salpêtrière pour les femmes, une sorte d'école professionnelle qui pourrait servir non-seulement à un bon recrutement des infirmiers des hôpitaux, mais encore qui pourrait fournir pour la ville d'excellents gardes-malades.

Qu'on n'aille pas nous dire qu'il s'agit là d'une proposition irréalisable. Pour en démontrer la possibilité, il suffit d'examiner ce qui se passe ailleurs, en Suisse, par exemple. Un livre très-instructif (2) de M. Laussedat, rédacteur en chef de l'*Art médical belge*, nous fournit à cet égard une réponse péremptoire.

Après avoir rappelé que l' « une des conditions les plus nécessaires pour assurer des soins profitables aux malades dans les hôpitaux, c'est l'installation d'un bon service d'infirmiers et surtout d'infirmières. » M. Laussedat nous apprend que, en Suisse, il existe une maison centrale près de Bâle, à Richen, où sous la direction du médecin de l'hôpital, les personnes qui veulent se vouer à la profession d'infirmières reçoivent une instruction théorique et pratique propre à en faire de bonnes auxiliaires. La petite chirurgie leur est enseignée avec des notions d'hygiène et de pharmacie. Lorsque leur instruction est jugée satisfaisante, ces infirmières, qu'on appelle *diaconesses*, sont envoyées dans les divers établissements qui les réclament ; elles assistent aussi les malades à domicile. Cette institution est *laïque*... Depuis plus de 20 ans que cette organisation fonctionne, les services rendus par les diaconesses sont de plus en plus appréciés ; elles jouissent dans toute la Suisse d'une considération justifiée par leur caractère et leurs capacités. »

L'institution qui existe en Suisse, mais seulement pour les infirmières, pourrait être créée en France et étendue aux employés des deux sexes. Si nos administrateurs étaient moins routiniers, ils s'empresseraient de mettre à exécution le projet que nous leur proposons et ils trouveraient dans leurs *Ecoles professionnelles*, lors de l'ouverture du nouvel Hôtel-Dieu, un personnel instruit, capable de s'acquitter convenablement de leurs fonctions.

Cette expérimentation sera-t-elle tentée ? Nous l'espérons, bien que le vent ne soit guère aux réformes sérieuses. Quant à l'élévation de salaire des infirmiers, elle peut très-facilement se faire sans qu'il soit besoin d'accroître les dépenses : la suppression de quelques sinécures administratives suffirait amplement. En introduisant dans l'Assistance publique les améliorations que nous venons d'indiquer rapidement, le Conseil municipal et le Directeur de l'Administration feraient, nous en avons la conviction, une œuvre tout-à-fait profitable aux malades et qui ne leur attirerait que des éloges.

(1) Toutes ces remarques s'appliquent surtout aux infirmiers. Le personnel féminin est généralement meilleur, ce qu'explique d'ailleurs l'insuffisance générale du salaire des femmes.

(2) *La Suisse, études médicales et sociales*, par le Dr L. Laussedat, 2e édition. Paris, Germer-Baillière, 1875.

NÉCROLOGIE. — Sir Charles Lecock, premier chirurgien de la reine d'Angleterre, est mort le 25 juillet, à l'âge de soixante-seize ans.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 juillet 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. LÉPINE fait une communication sur l'influence qu'exerce l'excitation de la partie antérieure du cerveau sur la fréquence des battements du cœur. Afin de s'en rendre compte expérimentalement, M. Lépine coupe le pneumogastrique gauche, par exemple, sur un chien curarisé ; puis il découvre la partie antérieure des hémisphères cérébraux et excite chacun d'eux avec un courant de même intensité. L'excitation de l'hémisphère droit ne donne aucun effet appréciable ; celle de l'hémisphère gauche produit, avec un courant un peu fort, un ralentissement des battements et une diminution de la hauteur des pulsations.

M. LABORDE, ayant reçu de M. Deffau une certaine quantité de venin du *cobra di capello* (serpent à lunettes) a étudié les effets physiologiques de ce poison sur les animaux. Il amène la mort par paralysie de l'appareil respiratoire. La survie est obtenue, pendant plusieurs heures, par la respiration artificielle, mais quand on cesse de la pratiquer l'animal meurt. M. Laborde insiste aussi sur l'hypersécrétion salivaire.

M. DEFFAU donne quelques renseignements sur les moyens employés par M. le Dr Richards pour recueillir le venin. Il saisit un cobra aussi près que possible de la tête et reçoit dans une cuiller le venin qui sort des crochets.

M. VAILLANT donne quelques renseignements sur le développement des spicules d'une variété de poissons connus sous le nom de *gobius niger*.

M. JOFFROY fait une communication sur un symptôme qu'on observe dans quelques cas de *myélite*, entre autres dans la myélite transverse, et qui se développe surtout sous l'influence de certaines manœuvres, le relèvement du pied, par exemple : il s'agit de la *trépidation*. On regarde ce symptôme comme le résultat d'un acte réflexe. Erb et Westphall (1) ont essayé de

(1) Dès 1868, dans ses leçons à la Salpêtrière, M. Charcot a appelé l'attention sur le tremblement particulier qui, chez certains sujets atteints de paralysie ou seulement de parésie des membres inférieurs, se produit dans le pied lorsque, saisissant avec la main l'extrémité de celui-ci, on le redresse brusquement. (Voir P. Dubois. *Etude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive*. Thèse de Paris, 1868.)

La trépidation ainsi provoquée s'arrête, en général, aussitôt qu'on cesse de maintenir le pied dans la flexion dorsale ; elle persiste cependant quelquefois un peu après. Limitée au pied dans beaucoup de cas, elle s'étend souvent au membre tout entier et se propage même quelquefois au membre inférieur de l'autre côté. Dans le cas où le tremblement dont il s'agit peut être provoqué par la manœuvre indiquée plus haut, il se manifeste fréquemment aussi, soit spontanément, du moins en apparence, soit sous l'influence des mouvements que fait le malade pour se dresser dans son lit, pour en descendre et mettre le pied à terre, ou encore pour marcher.

La *trépidation provoquée* ou spontanée du pied se montre dans les circonstances variées, où les faisceaux latéraux de la moelle épinière sont devenus, dans une certaine étendue, le siége d'un travail lent de prolifération conjonctive. Ces conditions sont, on le voit, les mêmes que celles, où plus tardivement que le tremblement, se produit la *contracture permanente*. Ainsi, la trépidation spontanée ou provoquée, soit limitée au pied, soit généralisée, s'observe dans la *sclérose symétrique des cordons latéraux*, dans la *sclérose en plaques* toutes les fois que les foyers spinaux occupent les faisceaux latéraux dans une étendue de plusieurs centimètres en longueur ; on les observe lorsque la *sclérose descendante* s'est établie consécutivement à la compression de la moelle déterminée par une tumeur, à la *myélite transverse* aiguë ou subaiguë, ou encore dans la *sclérose latérale consécutive à certaines lésions du cerveau*, telles, entre autres, que le ramollissement en foyer ou l'hémorrhagie des corps opto-striés, intéressant la capsule interne. La trépidation en question n'est donc pas l'apanage d'une maladie en particulier ; elle se lie à des maladies d'origine très-diverse, mais auxquelles la sclérose latérale est un trait commun. Toutefois, sa présence dans des cas de contracture hystérique, terminée brusquement par la guérison, montre qu'elle ne saurait être rattachée toujours à l'existence d'une lésion matérielle appréciable des faisceaux latéraux. (Dubois, *loc. cit.* — Charcot et Joffroy. *Arch. de Physiologie*, 1869, p. 632 et suiv. — Charcot, *Leçons sur les Maladies du Système nerveux*. 1re édition, 1872-1873, pp. 218, 307, 319.)

Tout récemment, M. Westphal et M. Erb ont consacré chacun, à l'étude de ce symptôme, un travail accompagné de vues physiologiques ingénieuses. Suivant ces auteurs, la *trépidation provoquée* du pied (laquelle est désignée par M. Westphal sous le nom de *Füsphänomen*), serait un phénomène ré-

démontrer que cet acte réflexe n'avait pas d'autre point de départ que l'excitation des tendons ou des muscles. C'est ainsi que quand on exerce un choc sur le ligament rotulien dans un cas de contracture, il y a des mouvements de projection de la cuisse en avant; — sur le tendon d'Achille, une série de petits mouvements convulsifs (*épilepsie spinale*) dans le pied, le mollet, etc. Pour démontrer que dans la production de ces contractions brusques, rapides du pied, l'excitation de la peau n'intervient pas, ils piquent la peau, la refroidissent, la chatouillent et ne voient pas survenir la trépidation, tandis qu'elle se montre si on excite le tendon. Or, M. Brown-Séquard a cité un cas dans lequel il suffisait de toucher la peau pour provoquer la trépidation épileptiforme. M. Joffroy voit actuellement un malade chez lequel l'excitation cutanée la plus légère, le contact d'une mouche, détermine une sensation qui amène la trépidation. Erb et Westphall prétendent que la percussion du tendon d'Achille produit toujours la trépidation; cela n'est pas absolument exact, car, chez son malade, la percussion ne produit pas la trépidation. Chez certains malades, on peut voir survenir la trépidation dans les muscles de la fesse lorsqu'on enfonce les doigts au niveau de l'échancrure sciatique. Il en résulte que si l'on acceptait les dénominations de Erb et Westphal: phénomène du pied, phénomène du genou, il faudrait distinguer une 3e variété que M. Joffroy proposo d'appeler *phénomène de la hanche*. — Ce sont là des distinctions qui ne nous paraissent pas avoir une importance véritable.

M. PONCET communique le résultat de ses recherches sur les corpuscules de Krause dans la conjonctive. Ces organes du tact, décrits par l'anatomiste allemand en 1859 et depuis étudiés par Ludden, Rouget, Stricker et Ciaccio, ont été niés par J. Arnold et Waldeyer. Dans la nouvelle encyclopédie des maladies oculaires de Sœmirch et Græfe, Waldeyer (en 1874) continue à les considérer comme un artifice de préparation et rejette leur existence.

En faisant des injections interstitielles dans le tissu sous-conjonctival avec une solution d'acide osmique au 1/100 peu de temps après la mort, en évitant la rétraction de la conjonctive, en rendant transparentes les préparations colorées au carmin ou à la purpurine, M. Poncet est arrivé à démontrer l'existence des corpuscules d'une façon indiscutable.

Ces organes se composent d'une masse granuleuse contenue dans une enveloppe, pourvue de noyaux, où des replis très-nombreux de la fibre nerveuse avec myéline, viennent se perdre en tourbillons irréguliers, sans qu'il soit possible de reconnaître leur terminaison. Ces replis occupent souvent tout le corpuscule : deux corpuscules peuvent être soudés; la fibre qui les forme est simple ou multiple, (de 1 à 4 ramifications); elle arrive à l'organe du tact sous des incidences différentes. De là, des aspects variés du corpuscule de Krause, qui ont prêté aux interprétations d'Arnold.

Ces petits éléments, appendus quelquefois en grappe à l'extrémité d'une fibre nerveuse au nombre de 8 à 10, sont surtout localisés au côté externe et supérieur de la conjonctive bulbaire, mais en moins grande quantité que ne l'avait pensé Krause. Leur présence peut être démontrée physiologiquement par la différence de sensibilité qui existe aux côtés externe et interne de la paupière supérieure. Ranvier a constaté qu'à la pression simple, sans produire de phosphène, on tolère beaucoup moins facilement une pointe mousse en dehors qu'en dedans du voile palpétral.

L'acide osmique démontre aussi, au limbe conjonctival péricornéal l'existence d'un véritable plexus nerveux formé par les anastomoses de corpuscules ramifiés, identiques aux corpuscules de Langerhans. Ces petits corps étoilés, analogues comme forme à des corpuscules osseux, émettent leurs branches entre les facettes de l'épithélium. Ces renflements constitueraient un deuxième mode de terminaison des nerfs dans les corpuscules.

Mais il faut reconnaître avec Waldeyer qu'il est encore possible de suivre certaines fibres nerveuses, réduites à un seul élément, et traversant toute la conjonctive d'arrière en avant pour aller à la cornée sans fournir ni corpuscules de Krause, ni renflements ganglionnaires péricornéens. (*A suivre*).

flexe ayant son point de départ dans les tendons. (W. Erb. *Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken*. Archiv für Psychiatrie. IV Bd. 3e hest., p. 792, 1875. — C. Westphal. *Ueber einige Bewegungs-Erscheimungen an gelähmten Gliedern*. — Même recueil, p. 883. — W. Erb. *Ueber einen wenig bekannten spinalen Symptomencomplex*. In *Berliner Klin. Woschenschrift*. 1875; n° 26.)

Dans quelques cas de paralysie des membres supérieurs, lorsqu'il s'agit par exemple d'une hémiplégie consécutive à une lésion de la capsule interne, et que la contracture permanente n'est pas trop accentuée, on réussit à produire, en redressant vivement les doigts, un tremblement spasmodique de la main en tout semblable à la *trépidation provoquée du pied*. (Cette note est empruntée à la 2e édition des Leçons de M. Charcot.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. LE PRÉSIDENT présente et décrit une pince ou plutôt un *davier à résection* imaginé et fabriqué par M. Colin.

M. LABOULBÈNE avait dit dans la séance du 26 janvier dernier (voir le compte rendu de l'Académie dans le n° 5 du *Progrès médical*, 1875) qu'une des femmes de son service était atteinte d'une tumeur abdominale dans laquelle on pouvait produire la *succussion hippocratique*. Il complète les renseignements. Le 26 janvier même dans la soirée, la tumeur s'ouvrit spontanément, il en sortit du pus fétide et des gaz. L'examen microscopique permit de constater que le liquide renfermait un grand nombre de leucocytes purulents. On appliqua sur l'orifice de sortie des compresses chloroformées, on mit un tube à drainage et on fit une légère pression pour favoriser la sortie du liquide. Dès le 15 février, la guérison était facile à prévoir. Le 23, le tube à drainage tomba de lui-même. Le 1er mars, l'examen au spéculum montra que l'utérus n'était le siége d'aucune tumeur de mauvaise nature. Le 20, on ne constatait plus dans le côté qu'une tumeur grosse comme un œuf. Enfin, il y a 7 à 8 jours, on a revu la femme qui est absolument guérie. Dans ce cas, M. Laboulbène ne pense pas qu'on ait eu affaire à une tumeur communiquant avec l'intestin ou à un kyste ovarique, mais il croit à un abcès développé pas très-profondément dans les parois abdominales et où les gaz se seraient développés spontanément. Plusieurs faits de ce genre ont été observés et sont rapportés dans les auteurs. M. Roger en cite un, M. Hérard deux. M. Demarquay ponctionna un kyste de l'ovaire, dont il sortit 3 litres de liquide et des gaz. Enfin, M. Gosselin rapporte dans ses *Cliniques* un fait d'abcès gazeux par communication avec l'intestin.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'à la suite de la prochaine séance il y aura comité secret pour entendre la lecture de deux rapports de M. Hirtz, sur les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux et étrangers dans la 1re section. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'*Origine et l'étiologie du choléra*.

M. WOILLEZ, inscrit, prend la parole. Rapporteur de la *Commission des épidémies* de 1873, il vient défendre son œuvre attaquée par M. J. Guérin dont il n'admet pas la doctrine. Le développement du choléra par l'importation est évidente, irréfutable, pour tout esprit observateur et non prévenu; mais M. J. Guérin écrit en vue d'une idée préconçue; il laisse dans l'ombre les faits qui le gênent et ne met en lumière que ceux qui vont à sa théorie.

L'orateur montre des cartes diversement coloriées et fait suivre pas à pas la marche de l'épidémie. Il indique les différences pathologiques qui existent entre le choléra sporadique et le choléra épidémique, mais M. J. Guérin n'en tient pas compte, pour lui elles n'existent pas, les deux maladies sont les mêmes. Partisan de la spontanéité d'abord, l'orateur admet maintenant et soutient l'importation, on le lui reproche, mais lui, au contraire, se fait un honneur de se rallier à la vérité quand l'observation et les faits l'ont établie. M. J. Guérin a un grand talent que personne ne conteste, mais il l'applique à une bien mauvaise cause en soutenant la discussion pendante. — M. J. GUÉRIN n'entre pas aujourd'hui dans la discussion des théories, mais il se borne à celle des faits avancés par M. Woillez et relatif, surtout à la dernière épidémie du Hâvre et de Rouen. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 mars 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Anévrysme de l'aorte thoracique. Infarctus dans la rate. Embolie dans le tronc tibio-péronier. Mort par rupture de l'anévrysme dans la plèvre du côté gauche; par G. MAUNOURY, interne des hôpitaux.

Salomon, Antoine, 38 ans, horloger, entre en décembre 1874 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-François, n° 28, service de M. Moutard-Martin. Il raconte qu'au mois de mai il fut pris d'une pneumonie double qui nécessita un séjour de trois mois à l'hôpital; il alla ensuite à Vincennes, mais à partir de ce moment il commença à éprouver une douleur assez violente au niveau de la région lombaire; en même temps il maigrissait et transpirait abondamment la nuit, sans tousser d'ailleurs. L'affaiblissement devint bientôt si prononcé et la douleur si intense que le malade ne pouvant plus marcher se décida à rentrer à l'hôpital.

Le malade est alors dans un état de cachexie profonde, la face est pâle et maigre; il ne peut marcher que courbé; il y a d'abondantes transpirations la nuit; enfin il existe une douleur lombaire avec irradiation douloureuse du côté du flanc et de la région iliaque du côté gauche. La colonne lombaire est notablement douloureuse au choc et à la pression, mais néanmoins les vertèbres sont bien mobiles les unes sur les autres quand le malade redresse le front; il n'y a ni gonflement ni empâtement sur les côtés de la colonne vertébrale.

L'auscultation du cœur et des poumons pratiquée à plusieurs reprises ne montre absolument rien d'anormal; l'urine n'a jamais présenté trace d'albumine.

Vers le milieu de février, le malade fut pris trois soirs de suite d'un violent frisson avec claquement de dents suivi de chaleur et de sueurs abondantes:

A partir de ce moment le malade s'affaiblit rapidement.

Le 28 février pendant la nuit, brusquement il sentit son pied droit devenir froid, puis une douleur vive apparut dans le pied et bientôt remonta dans la jambe jusqu'au genou ; en même temps le malade constatait qu'il ne pouvait plus remuer son pied ni ses orteils. Le lendemain quand nous le vîmes, la douleur était encore très-intense, le mollet était douloureux à la pression, le membre n'était modifié ni dans sa couleur ni dans sa température.

Le 5 mars on constate un épanchement à la base du côté gauche.

Le 8 mars une douleur survient brusquement dans l'avant-bras et le coude du côté droit. — Le soir le malade étant assis sur son lit, tomba mort brusquement.

AUTOPSIE : Le poumon gauche et le cœur sont refoulés vers la ligne médiane par un énorme épanchement de sang coagulé, pesant dix-huit cents grammes et siégeant dans la plèvre gauche où il baigne dans un peu de sérosité jaunâtre. — Après avoir retiré les caillots de la plèvre, on voit près du centre aponévrotique de diaphragme sur le trajet de l'aorte, un caillot qui pénètre dans une fissure de trois ou quatre centimètres.

Les poumons sont parfaitement sains. Il en est de même du cœur, les orifices et les valvules sont dans un état d'intégrité complète.

Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, l'aorte présente de profondes altérations : on voit là de nombreuses plaques d'athérômes avec petites dilatations arrondies, grosses comme des noisettes qui forment ainsi de petits anévrysmes.

Immédiatement au-dessous de la bronche gauche, l'aorte offre une dilatation grosse comme un œuf de dinde dont les parois irrégulières offrent, çà et là, des pertes de substances arrondies qui mettent à nu la tunique externe; en arrière, ces parois font défaut et sont remplacées par la face antérieure des corps vertébraux.

Deux ou trois centimètres plus bas se trouve l'anévrysme qui a été le siége de la perforation. Ce dernier a, à peu près, le volume du poing; sa surface interne est rugueuse et inégale ; en arrière la paroi fait aussi complètement défaut, et le sang est en contact direct avec les corps vertébraux érodés en ce point. Cette poche se continue inférieurement avec l'aorte, mais supérieurement l'aorte pénètre dans la cavité sous forme d'un cylindre flottant.

L'aorte abdominale offre un contraste frappant avec l'aorte thoracique, elle est intacte.

La rate est volumineuse ; elle présente quatre infarctus se manifestant à l'extérieur sous forme de plaques jaunâtres, larges comme une pièce de dix centimes environ, et constitués par un tissu jaunâtre, semi-caséeux ; ces infarctus sont évidemment déjà un peu anciens et semblent avoir un rapport évident avec les frissons que le malade éprouva vers le milieu de février.

Le foie est sain. — Les reins un peu plus volumineux qu'à l'état normal, sont très-pâles ; sur la coupe on voit que leur tissu est blanc-jaunâtre.

Enfin le tronc tibio-péronier du côté droit est complètement oblitéré par un caillot qui occupe aussi l'origine de la tibiale postérieure et de la péronière. — Nous n'avons trouvé aucun caillot dans les artères du membre supérieur.

Séances de février. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Exostose de développement du fémur gauche; par MM. LE DOUBLE, interne des hôpitaux, et CHAMBARD, externe des hôpitaux.

Lunot, Julie, âgée de 24 ans, entre le 21 janvier 1875 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 1 (service de M. RICHET). La mère et les trois frères de cette femme ne présenteraient, d'après son dire, aucune anomalie de développement; son père a seulement, comme elle-même, les têtes osseuses des articulations métatarso-phalangiennes et des gros orteils assez volumineuses. Les parents se sont mariés jeunes, et n'ont entre eux aucun lien de consanguinité.

Dans ses premières années, la malade eut successivement le carreau, la scarlatine, la rougeole et la variole. Réglée à 11 ans et demi, elle eut des écoulements bi-mensuels et d'une durée de six jours ; à 18 ans, ses règles se régularisèrent après un peu de dysménorrhée. Depuis cette époque, sa santé est restée satisfaisante, sauf des abcès qui suivirent des essais d'extraction de dents barrées, et de vives douleurs lombo-abdominales.

Cette fille, grande, blonde, est un peu chlorotique et bien qu'elle n'ait pas d'attaques convulsives, un peu hystérique. Elle éprouve quelquefois la sensation de la boule, des palpitations nerveuses, et ressent des douleurs névralgiques à la tête et au ventre. Rien aux poumons ni au cœur.

Depuis longtemps, elle éprouve des douleurs dans le genou gauche, mais ce n'est que depuis un an qu'elle s'aperçut de la saillie osseuse qui en est la cause. En juin 1874, elle vint consulter M. Richet, et en reçut le conseil d'attendre, pour se faire opérer, que ses douleurs et les troubles fonctionnels fussent plus accusés. Vers le mois de septembre de la même année, elle vint trouver M. Le Dentu qui remplaçait M. Richet, et en reçut un conseil analogue. Enfin, les douleurs et les troubles fonctionnels devenant plus marqués, elle entre le 21 janvier 1875 dans le service de clinique chirurgicale.

En marchant, la malade ressent une douleur assez vive, siégeant un peu au-dessus du condyle interne du fémur gauche, s'irradiant, en avant dans la région que la malade nomme la boîte du genou, en haut vers la partie interne de la cuisse, et en bas, jusqu'à la malléole interne. Ces douleurs n'existent que pendant la marche, ou, lorsque le membre étant au repos, on lui donne certaines positions; elles s'accompagnent de faiblesse et de claudication. La malade n'éprouve du reste aucune sensation de fourmillement ni d'engourdissement, mais seulement un peu de froid qu'elle fait cesser en s'enveloppant le membre avec de la ouate; la sensibilité est conservée dans tous ses modes.

La tumeur siége au-dessus du condyle interne du fémur sous forme d'une erête arrondie, que l'on peut saisir entre les doigts, et du volume approximatif d'un centimètre cube. Si on cherche à la déplacer en pressant dessus dans différents sens, on éprouve en la repoussant en arrière et en haut, une sensation de déplacement accompagnée de frottements rudes, bien manifestes. En même temps, la malade éprouve une douleur très-vive. Un examen plus attentif permet de reconnaître que ces sensations sont dues au déplacement du tendon du grand adduc-

teur, et M. le professeur Richet, en annonçant que la tumeur tient à l'os, fait remarquer la douleur que fait ressentir à la malade ce déplacement, qui est la meilleure preuve de la sensibilité, longtemps mise en doute, des tendons.

Cette jeune fille ne présente d'exostose sur aucun autre point du corps et n'a aucun antécédent syphilitique; néanmoins un emplâtre de Vigo est appliqué pendant quelques jours sur la région malade, et l'iodure de potassium est administré, mais sans aucun résultat.

L'opération est pratiquée le 2 *février*. Après avoir fait chloroformiser la malade, M. Richet incise la peau sur une longueur de quelques centimètres et en arrière de la tumeur, afin de donner au pus, s'il se produit, un écoulement facile. Cette tumeur présente une légère concavité regardant en haut et en dehors. Ensuite, faisant écarter les lèvres de la plaie et rejetant le tendon du demi-tendineux, il sectionne la tumeur osseuse avec une forte pince de Liston. Enfin, la plaie est fermée par une couche de collodion et de diachylon, et le membre est placé dans une gouttière. — Le *soir*, P. 120. T. 39°.

Le 3 *février*, les bords de la plaie sont rouges, douloureux, ainsi que l'articulation du genou. Néanmoins tout phénomène inflammatoire cesse bientôt et la plaie se cicatrise rapidement. Le 15 *février* la gouttière est enlevée, et la malade pourra bientôt probablement quitter l'hôpital.

Examen de la tumeur. La tumeur, isolée et séparée des tissus fibreux qui l'entouraient et lui formaient une sorte de coque, se présente sous la forme d'une masse arrondie, un peu mamelonnée, et d'une couleur légèrement hyaline, qu'elle doit, ainsi que la demi-translucidité de ses bords, à la couche cartilagineuse qui la revêt. En effet, sur une coupe qui y est pratiquée selon son plus grand diamètre, on voit que sa partie périphérique est constituée par une couche de cartilage hyalin, de moins de 1mm d'épaisseur et recouverte d'une membrane fibreuse semblable à un périchondre. La partie centrale, séparée de la couche cartilagineuse par une mince couche de tissu compacte, forme la masse principale de la tumeur et apparaît sous la forme d'un tissu spongieux se continuant avec celui de la diaphyse fémorale.

L'*examen microscopique* de coupes faites en différents sens ajoute peu de chose à ce qui précède; la couche cartilagineuse contient à sa partie superficielle, des chondroplastes, petits, dirigés horizontalement, mono-cellulaires ; dans les parties profondes, au contraire, ceux-ci subissent un processus irritatif proliférant et, entre eux, la substance fondamentale devient opaque et prend une apparence striée.

L'*analyse chimique* sur 0 gr. 025 du tissu de l'exostose donne 0 gr. 0155 de matières minérales fixes. Ce qui conduit à déterminer ainsi la constitution de l'exostose :

Sur 100 parties, il y a :

Matières minérales............	57,5
Matières organiques	4[illegible],5
	100,0

18. Tumeur du bulbe; par M. A. Heydenreich, interne des hôpitaux.

B... âgé de 24 ans, tailleur, entre le 23 janvier 1875 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Fauvel (salle Saint-Landry, n° 18). C'est un homme pâle, maigre, d'aspect cachectique; il a eu un chancre induré il y a 3 ans, mais n'accuse pas d'autres accidents syphilitiques, si ce n'est des maux de gorge. Depuis 3 mois, il se plaint de douleurs de tête localisées à la tempe droite, et de troubles du côté des yeux ; depuis 2 mois, il est sujet à des vomissements opiniâtres; enfin il tousse depuis une dizaine de jours.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'œil droit est saillant et dévié en dedans ; il se porte en haut et en bas, se tourne légèrement en dedans, mais ne peut se diriger en dehors. L'œil gauche se porte dans les diverses directions, mais assez lentement. Diplopie homonyme; vue conservée des deux côtés; fond de l'œil, examiné à l'ophthalmoscope, intact. Mouvements des paupières et des pupilles normaux. Le côté droit de la face est paralysé presque complètement, et la sensibilité est moindre de ce côté. Joue droite flasque, commissure labiale droite pendante, bouche attirée à gauche ; orbiculaire des paupières intact. La langue, quand le malade la projette en avant, se dévie un peu à droite; la moitié droite de l'organe est souple et flasque. Le voile du palais ne présente pas de déformation ; rougeur diffuse de l'isthme du gosier; cicatrice et petite perte de substance sur le pilier antérieur gauche. Douleur à la gorge. La déglutition est difficile. La parole est très-embarrassée; le malade hésite et cherche les mots, sa prononciation est tout-à-fait vicieuse. Il prétend n'avoir pas perdu la mémoire et n'avoir remarqué aucun changement dans ses facultés intellectuelles. Affaiblissement des membres supérieur et inférieur droits; pas d'anesthésie dans les membres. Pas d'albumine dans les urines; cependant le malade déclare que, dans un autre hôpital qu'il vient de quitter, on a constaté la présence de l'albumine. Selles régulières. Enfin l'auscultation de la poitrine fait entendre des râles muqueux dans les deux sommets; sonorité normale à la percussion.

Aucun changement notable ne survient les jours suivants; le malade est soumis à un traitement anti-syphilitique. Les vomissements continuent; les douleurs de tête restent violentes ; les troubles de la déglutition subissent une augmentation passagère. Quelques fourmillements surviennent dans les membres inférieurs. Puis vers le 7 *février*, les selles deviennent rares et difficiles, la miction est pénible ; l'intelligence semble baisser.

Le 12 *février*, rétention complète d'urine, qui persiste le 13. Dans la journée du 13, survient un coma, qui aboutit à la mort dans la nuit suivante.

Autopsie. Tubercules en voie de ramollissement dans le sommet des deux poumons ; une caverne dans le sommet gauche. Méningite tuberculeuse limitée à la base du cerveau; fausses membranes et quelques tubercules au niveau de l'hexagone de Willis, des scissures de Sylvius, de la protubérance et de la face inférieure du bulbe ; sérosité trouble dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur. Rien d'anormal dans le cerveau. En incisant le bulbe et la protubérance, on rencontre une tumeur du volume d'une grosse noisette, dure, jaune-verdâtre et d'aspect caséeux. Elle s'est creusé une loge aux dépens de la protubérance et de la partie supérieure du bulbe; elle appuie sur la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule, qui est déformé et non reconnaissable; le cervelet n'est entamé que légèrement et au niveau de la partie postérieure du quatrième ventricule; du reste la tumeur est bien limitée et bien distincte des parties environnantes. L'examen histologique, fait par M. Liouville, a démontré qu'elle était de nature [illegible]

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 août. — Présidence de M. Houel.

M. le secrétaire général lit une lettre de M. le Dr Gras, professeur à l'école de médecine navale de Brest. En réponse aux reproches que lui avait adressés M. Blot dans la discussion de son travail, il complète ses observations qui en effet n'avaient pas été assez explicites, et il montre que dans les cas rapportés, les deux bouts de l'artère avaient été véritablement liés.

M. Blot répond qu'il est heureux, par le doute qu'il a émis, d'avoir provoqué ces détails, qui donnent aux observations de M. le Dr Gras une valeur qu'elles n'avaient pas jusqu'ici.

M. Périer présente de la part de M. le Dr Mochet (de Sens) une observation d'hydrorachis guéri par la ligature élastique.

M. le Dr X...., de Vincennes, lit un travail sur les *fractures de cuisse, de rotule et de jambe, traitées* avec des résultats exceptionnels par la boîte gouttière à suspension. L'auteur a recueilli 41 observations, il en rapporte trois avec détail. Il arrive à cette conclusion que, avec cet appareil, lequel, du reste, n'est pas nouveau, la consolidation des fractures est beaucoup plus rapide et plus sûre qu'avec les autres modes de traitement.

M. le Président rappelle que dans la prochaine séance la Société aura à élire un certain nombre de membres correspondants étrangers et de membres associés.

M. Farabeuf expose les principaux points d'un travail excessivement intéressant sur les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce. Il a produit et disséqué avec le plus grand soin cent luxations du pouce. Dans la luxation du pouce en

arrière, dit-il, la phalange n'est rien, les os sésamoïdes sont tout, ou mieux, l'os sésamoïde externe est tout. M. Farabeuf décrit trois variétés de luxation : 1° des luxations *incomplètes* il n'y a que les os sésamoïdes qui ne soient pas luxés complétement dans cette variété, bien que la phalange elle-même soit en réalité luxée, c'est elle qu'on pourrait appeler la luxation des collégiens; 2e variété : *luxations complètes*, les os sésamoïdes et la phalange sont montés sur le dos du métacarpien. 3e variété, *luxations complexes*; cette variété n'est qu'une transformation de la seconde, elle est parfois la conséquence d'un traumatisme complexe, mais le plus souvent elle est le résultat de tractions exercées par le malade ou par le chirurgien pour obtenir la réduction. On rabat le pouce, mais on ne peut réduire, parce que l'os sésamoïde qui s'est retourné reste fixé dans la position qu'il a prise et refuse de descendre et de reprendre sa place. Cette troisième variété est la plus grave, car elle est irréductible, excepté à l'aide de certaines manœuvres qu'indique M. Farabeuf. Cet important travail qui nécessitera une analyse plus complète est renvoyé à une commission composée de MM. Després, Duplay, Tillaux.

M. Marjolin donne communication d'un travail intitulé. « *De la contusion chez les enfants : étude comparative de la statistique de l'hôpital Sainte-Eugénie avec la statistique générale des hôpitaux.* Lorsqu'il y a contusion chez un enfant on aurait tort de ne pas le recevoir à l'hôpital, non seulement au point vue moral, mais encore au point de vue chirurgical parce qu'il peut exister des lésions graves et internes qui échappent à une première inspection. Les contusions, chez les enfants, si elles ne sont pas soignées, peuvent être la source d'accidents très-sérieux. M. *Marjolin* rapporte un certain nombre de faits intéressants et demande que son travail soit imprimé et publié. — M. Panas présente un malade atteint d'ectropion.

Thèses d'agrégation en accouchement.

I. Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette opération; par M. le Dr A. Pinard (1).

« Lorsque le travail se déclare, chez une femme arrivée au terme de la gestation, si l'on a reconnu que l'enfant se présente par l'épaule, il *faut*, au moment opportun, pratiquer la version. Telle est la loi générale. Si cette opération n'est point faite, on peut affirmer qu'à moins de circonstances tout-à-fait exceptionnelles, la mère et l'enfant sont voués à une mort certaine. » La question est donc grave et il est important de savoir par quels moyens on pourra sauver sinon les deux, tout au moins une des deux existences.

M. Pinard a divisé son travail en trois parties. — Dans la première, après avoir consacré quelques préliminaires à la version, il étudie les contre-indications temporaires ou permanentes de cette opération; dans la seconde, il indique quelle est la conduite à tenir en présence de chacun de ces contre-indications. La troisième partie qui comprend le plus de développements est consacrée à l'embryotomie. — Les contre-indications de la version sont 1° la non-dilatation de l'orifice cervical, que cette non-dilatation tienne à la rigidité anatomique ou spasmodique du col, ou qu'elle résulte d'une affection organique, l'existence d'un cancer ou d'une tumeur fibreuse : 2° l'engagement trop profond de la partie fœtale, 3° la rétraction tétanique de l'utérus, 4° les rétrécissements du bassin, et dans ce dernier cas, c'est-à-dire dans les bassins qui mesurent moins de 7 centimètres de diamètre antéro-postérieur ou de diamètre utile, il importe de distinguer si l'enfant est mort ou si l'enfant est vivant. Si l'enfant est *mort*, il faudra pratiquer la version toutes les fois que l'introduction de la main sera possible; si l'enfant est *vivant* au contraire, M. Pinard se rallie à l'opinion de M. le professeur Pajot et conseille l'opération césarienne.

La partie la plus importante de l'ouvrage et certainement la plus originale est celle dans laquelle sont étudiés les moyens qui peuvent remplacer la version, c'est-à-dire les différents procédés d'embryotomie. Ces procédés sont très-nombreux et jusqu'ici, même dans les ouvrages et dans les articles les plus récents ils ont été décrits les uns à la suite des autres, sans ordre, sans méthode, sans qu'il soit possible au lecteur de nettement distinguer en quoi ils diffèrent. M. Pinard a comblé cette lacune et a établi une division qui sera désormais classique. Lorsqu'une présentation de l'épaule est abandonnée à elle-même, ou bien la femme succombe sans avoir pu expulser le produit de conception, ou bien, après des efforts inouis, « la nature emploie un subterfuge pour corriger une de ses erreurs » et l'accouchement a lieu soit par version spontanée, soit par évolution spontanée. Beaucoup d'accoucheurs ont cherché à imiter ces deux procédés; d'autres au contraire constatant que l'impossibilité de l'accouchement était due à ce que la tête et le tronc, trop volumineux, ne pouvaient franchir simultanément la filière pelvienne, ont résolu de les extraire successivement. Aussi, en étudiant, en analysant toutes les opérations pratiquées sur le fœtus lorsqu'il se présente par l'épaule, voit-on bientôt se dégager trois grandes méthodes : 1° celles qui ont pour but et pour résultat définitif la *version forcée* (procédé de Robert Lee, etc.) 2° celles qui ont pour but et pour résultat définitif l'*évolution forcée*, (procédés de G. Veit, Michaélis, Hubert Boens,etc.) 3° la section de la colonne vertébrale au niveau du tronc ou du cou ayant pour but l'*extraction successive des deux parties du fœtus*, la rachitomie. « Instruments de M. M. Pajot, Hyernaux, Jacquemier, Braun; ciseaux de Paul Dubois, de M. Depaul etc.) — Dans la description de chaque procédé, au lieu de donner un résumé du manuel opératoire, M. Pinard a pensé qu'il serait préférable, non seulement de citer exactement les textes, mais encore de faire suivre immédiatement la description d'observations dans lesquelles l'auteur pratiqua lui-même l'opération qu'il vient d'imaginer. Une appréciation des divers procédés termine cet important travail qui, conçu comme il l'a été, pourra être consulté avec fruit et le sera souvent.

(1) Un volume 140 pages. J. B. Baillière. — 1875, Paris.

II. Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement? par M. le Dr A. Soyre. Un vol. 207 pages. Ad. Delahaye. 1875, Paris.

On désigne sous le nom d'avortement l'expulsion du produit de la conception, animé ou non, avant l'époque où il est viable, c'est-à-dire au point de vue légal avant le 180e jour ou le terme de 6 mois. Mais en pratique, on ne peut considérer l'enfant comme viable avant le terme de 7 mois, c'est-à-dire s'il n'a atteint le 210e jour. Scientifiquement donc, on appelle avortement provoqué l'expulsion provoquée du fœtus qui n'a pas encore atteint 210 jours de vie intra-utérine. Cette distinction nettement établie dès le début, M. de Soyre a fait ensuite l'historique de sa question. Il a montré que la méthode de l'accouchement prématuré et de l'avortement provoqué admise depuis la fin du siècle dernier à l'étranger fut bien longtemps à s'introduire en France, « ou mieux, dit-il, il semble qu'elle y soit née isolément sans se rallier en aucune façon aux travaux Anglais et Allemands. » C'est Paul Dubois qui, le premier, conseilla chez nous et le premier (1842) provoqua l'avortement dans les cas de rétrécissement considérable du bassin. Si les élèves de Paul Dubois acceptèrent pour l'angustie pelvienne de provoquer l'avortement, il n'en fut pas de même des représentants de la science obstétricale dans les autres villes de France. M. le professeur de Stoltz, alors à Strasbourg, M. Villeneuve de (Marseille) et l'école de Montpellier préfèrent pratiquer l'opération césarienne. Dans un chapitre intitulé « Considérations générales sur l'avortement provoqué » chapitre bien conçu et bien écrit, M. de Soyre a tenu haut et ferme le drapeau de l'école de Paris et a défendu dans les meilleurs termes l'opinion de MM. Depaul, Pajot, Jacquemier, Tarnier, etc. Discutant la question au point de vue légal, au point de vue religieux, au point de vue moral, il a montré que l'avortement provoqué était non-seulement une opération légitime, mais une opération que le médecin, fort de sa conscience (sans négliger cependant de s'appuyer sur les conseils éclairés de ses collègues), avait parfois le devoir et même le droit de pratiquer, en dépit du texte de la loi.

— Quant aux cas spéciaux dans lesquels l'accoucheur peut recourir à l'avortement provoqué l'auteur a suivi pour

les décrire l'ordre généralement admis, et il a étudié dans trois chapitres principaux 1° les rétrécissements du bassin et du canal vulvo-utérin (Bassins rachitiques, ostéomalaciques, etc., bassins rétrécis par des exostoses, obstructions de la cavité pelvienne par tumeurs fibreuses, cancers, kystes de l'ovaire, etc.) 2° Les états graves de la femme enceinte déterminés par la grossesse (vomissements incoercibles, rétroversion utérine, éclampsie etc.) 3° les maladies indépendantes de la grossesse mais qui reçoivent de cette dernière un surcroît de gravité (affections organiques du cœur, accidents nerveux, hypertrophie de la glande thyroïde).

Les rétrécissements du bassin, dus au rachitisme, peuvent être rangés en deux grandes classes : 1° ceux dont le diamètre sacro-pubien mesure plus de 6 cent.; 2° ceux dont le diamètre sacro-pubien mesure moins de 6 cent. Lorsque le diamètre sacro-pubien mesure moins de 6 cent., il faut provoquer l'avortement, et l'étude des diamètres que présente la tête fœtale aux différentes époques de la vie intra-utérine conduit à cette autre conclusion : dans tous les bassins qui mesurent de 4 à 6 cent., on pourra provoquer l'avortement, même si la grossesse est parvenue au terme de 6 mois 1/2; dans tous les bassins qui mesurent moins de 4 cent., il faut provoquer l'avortement avant le 6e mois et à une époque d'autant moins avancée que le rétrécissement est plus considérable. Cependant, pour diverses raisons, il faudra si on en a la latitude, provoquer l'avortement dès le début de la grossesse ou au contraire après le 4e mois et éviter de pratiquer cette opération pendant le 3e et le 4e mois.

Ce chapitre est le plus important du travail de M. de Soyre, nous ne pouvons, on le comprend, donner une analyse détaillée des deux dernières parties de sa thèse auxquelles nous renvoyons. — L'accouchement prématuré artificiel et l'avortement provoqué, n'y sont peut-être pas assez nettement séparés (c'était là un écueil difficile à éviter) mais le lecteur y trouvera à glaner beaucoup de choses utiles. P. Budin.

Chronique des Hôpitaux.

Nous reprendrons la chronique des hôpitaux au mois de novembre.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau davier à résection

Ce davier a été construit sur les indications de M. le docteur Farabeuf, par M. Collin.

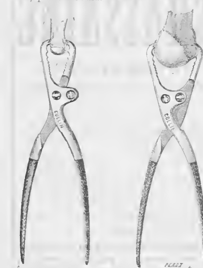


Fig. 46.

Toutes les fois que, dans la pratique des résections ou des amputations intra-capsulaires, le chirurgien a besoin de saisir un os volumineux, les daviers à résection connus jusqu'à ce jour se montrent insuffisants.

L'écartement des mors déterminé par le volume de l'os, produit un écartement des poignées proportionnel et tel que la main ne peut plus tenir l'instrument.

Le davier à double articulation de M. Farabeuf, permet au chirurgien de tenir aussi facilement et aussi solidement la tête de l'humérus que celle d'un métacarpien.

Maintes fois, déjà, il a été employé avec avantage, notamment pour les résections de l'épaule, de la mâchoire supérieure, du genou, du calcanéum.

42. Injection anti-blennorrhagique.

Hydrate de chloral	50 cent. à 1 gramme.
Eau distillée	100 gr.

Faites dissoudre. Deux ou trois injections par jour dans les blennorrhagies douloureuses. (*La Pharmacie de Lyon*).

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour deux places de chef de clinique vient de se terminer par la nomination de MM. Renaut (J.) et Debove ; MM. Lacombe et Homolle ont été nommés chefs de clinique adjoints.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 30 juillet 1875, on a constaté 807 décès, savoir : variole, 9; — rougeole, 24; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 13; — pneumonie, 25; — dyssenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 34; — *choléra nostras*, •; — angine couenneuse, 12; — croup, 10; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 237, — affections chroniques, 347, dont 137 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 36; — causes accidentelles, 27.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain congrès qui aura lieu à Nantes du 19 au 26 août avec une excursion finale les 27, 28 et 29 août dans le Morbihan, est assuré dès à présent d'un succès réel. Comme les années précédentes, les sciences naturelles en général, et surtout les sciences médicales constitueront les plus importantes de la session ; nous ne pouvons donner le programme complet des travaux qui seront présentés ; la liste est trop longue et se complète chaque jour. Les médecins de la ville de Nantes et des environs se sont presque tous faits inscrire ; de plus il en doit venir des diverses parties de la France ; voici, d'ailleurs, la liste de ceux qui jusqu'à ce jour ont promis de prendre part à la session : MM. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; Claude Bernard, Wurtz, membres de l'Institut ; Baillon, Broca, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; C. M. Gariel, Grimaux, Pozzi, agrégés de la Faculté de Médecine de Paris ; Marey, professeur au collège de France ; A. Moreau, membre de l'Académie de Médecine ; Bertillon, Collineau, Dally, Gallard, Gulland, Lagneau, Laillier, Legendre, Ch. Monod, Nepveu, Pouchet, de Ranse, Reliquet, Rigout, de Sinety, Tison, de Paris ; Béchamp, Courty, professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier ; Jammes, Masse, agrégés de la Faculté de Médecine de Montpellier; Ollier, correspondant de l'Institut, Chassagny, Dron, Favre, Gayat, Gayet, Laroyenne, Letiévant, Lortet, Perroud, Pravaz, Viennois, de Lyon ; Leudet, de Rouen ; Lecadre, du Hâvre ; Villeneuve, de Marseille ; Houzé de l'Aulnoit, de Lille ; de Fromentel, de Gray ; Dagrève, de Tournon ; Valery Meunier, de Biarritz ; Warmont, de Chauny ; David, de La Rochelle ; Papillaud, de Saintes ; Prunières, de Marvejols ; Brame, de Tours ; Azam, de Bordeaux ; Garrigou, de Toulouse ; etc.

L'Assemblée générale qui se tiendra à Nantes aura à nommer dans le groupe des sciences naturelles le vice-président pour celle de 1877.

Pour tous les renseignements relatifs au Congrès et aux excursions et à la réduction de moitié prix accordées par les compagnies des chemins de fer, s'adresser *dans le plus bref délai* au secrétariat, 76, rue de Rennes, Paris.

Congrès périodique international des sciences médicales. — Bruxelles 1875. — Nous rappelons au public médical que ce congrès s'ouvrira le 19 septembre prochain. Le programme des questions qui seront soumises à ses délibérations est sous presse. Il donnera le sommaire des mémoires écrits par MM. les rapporteurs, ou les conclusions provisoires qui devront servir de point de départ pour les discussions, et d'autres renseignements propres à guider MM. les médecins qui se proposent de prendre part à cette session.

Ce programme sera envoyé, par retour du courrier et franc de port, à toutes les personnes qui en feront la demande à *M. le secrétaire général du Congrès médical* (Dr Warlomont), avenue de la Toison d'Or, 74, à Bruxelles. Pour faire partie du Congrès, il suffit de se faire inscrire comme participant, et de retirer sa carte au *secrétariat*, à l'arrivée, le 18 septembre, de midi à cinq heures, ou le 19, de neuf heures du matin à midi.

Pour prendre part à la discussion des questions du programme, aucune inscription préalable n'est nécessaire. Au contraire, *les membres qui désirent faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, doivent en donner connaissance au Comité quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.* (Régl. art. 19). Cette disposition s'applique aux travaux destinés aux questions de même qu'aux questions d'un intérêt plus général pouvant faire la matière de conférences pour les assemblées, toutes sections réunies.

Faculté des sciences. — Par décret en date du 1er août 1875, M. Wurtz, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris. — Nous apprenons en même temps que M. le professeur Wurtz vient de donner sa démission de *doyen* de la Faculté de médecine.

Administration générale de l'assistance publique a Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1876, dans les hôpitaux et hospices de Paris. L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 7 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, 3, avenue Victoria. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 8 septembre jusqu'au samedi 25 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par excep-

tion, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE CAEN. — Par arrêté en date du 26 juillet 1875, il est ouvert, près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques. L'ouverture de ce concours est fixé au 1er février 1876. Le registre d'inscription des candidats sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Fremiet, statuaire, vient d'être nommé professeur de dessin au Muséum, en remplacement de M. Barye.

HOSPICE DE BRON. — Par arrêt du Ministre de l'Intérieur du 20 juillet, le Dr Arthaud est nommé directeur médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bron. Le Dr Dufour, médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemme, près Angers, est nommé médecin adjoint résidant à l'asile de Bron. Un arrêté préfectoral nomme M. Féa, ancien interne des hôpitaux de Lyon, interne au même asile. M. Dewilkonski, chef de division à la préfecture du Rhône, est nommé économe de l'asile. (*Lyon médical*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cette société décernera un prix de 300 fr. (fondé par M. le Dr Mallez) à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Du rôle et de l'utilité des alcooliques dans l'infection urineuse.* — Les mémoires, écrits en français, devront être envoyés à M. le Dr Gillet de Grammont, secrétaire général de la Société de médecine pratique, avant le 1er août 1876, époque de la clôture du concours. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée dans un pli cacheté accompagnant le mémoire. Tout candidat qui se serait fait connaître directement ou indirectement serait exclu du concours.

ERRATA. — Page 441, colonne 2, lignes 15-16, qui se produiraient, *lisez* : qui se produisaient ; — ligne 27, pharynx, *lisez* : larynx ; — ligne 28, striés, *lisez* : stries ; — lignes 29-30, *lisez* : de véritables crachats sanguinolants ne se voient que dans le cas d'angine glanduleuse compliquée de tuberculose ; — ligne 36, produisaient, *lisez* : produisent ; — ligne 38, présentaient, *lisez* : présentent ; — ligne 42, alors, *lisez* : seulement.

LA CRITIQUE PHILOSOPHIQUE, publiée sous la direction de M. Renouvier. Paraît tous les jeudis, 54, rue de Seine. Un an : Paris, 17 fr ; départements, 18 fr.

JOURNAL DES JEUNES MÈRES, dirigé par Henry Bellaire. Sommaire du no du 1er août 1875. TEXTE : Les lectures des vacances, par Mme M. M. — La Dentition, par le Dr Anner. — Un jardin d'Enfants à Berlin, par Victor Tissot. — Un Drame intime dans une famille de Chardonnerets, par Picheney. — Causerie, par Mlle Jeanne Bellaire. — L'explication des Dessins. — Petite revue. — Correspondance du Docteur. — GRAVURES : Les Lectures des vacances. — Dans les Bois. — SUPPLÉMENT : Patron découpé. Sept francs par an. — Le no 60 centimes. Chez tous les libraires, dans les kiosques, les gares, et aux bureaux du journal, 71, rue des Saints-Pères.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOULOUMIÉ (P.). — Les vibrioniens dans le pus des plaies et des abcès, et les pansements autiseptiques. In-8 de 16 p., 50 centimes.

Mme BRÈS (M.). — De la mamelle et de l'allaitement. In-8 de 96 p., avec 4 planches, 4 fr.

COUTURIER (L.). — De la glycosurie dans les cas d'obstruction totale ou partielle de la veine porte. In-8 de 30 p., 1 fr. 50 c.

DAGRON (J.). — Des aliénés et des asiles d'aliénés (2e et dernière partie). In-8 de 48 p., 4 fr. (L'ouvrage complet 8 fr.)

GANGOLPHE (L.). Du bruit de souffle mitral dans l'ictère. In-8 de 43 p., 1 fr. 25.

GUILLON. — Bains de mer de l'Océan (Biaritz, Arcachon et Royan). In-8 de 152 p., 4 fr.

LAJOUX (G.). — Opération et guérison du kyste hydatique suppuré du foie. In-8 de 24 p., 1 fr.

LEPUS (H.). — Divers modes de traitement du rhumatisme noueux. In-8 de 46 p., 1 fr. 50 c.

MAGON (L.). — De la torsion des artères. In-8 de 50 p., 1 fr. 50 c.

MASSELON. — Clinique ophthalmologique du Dr Wecker. In-8 de 32 p., 2 fr. 50 c.

BORLÉE. — Observation clinique sur le diagnostic différentiel entre la contusion et la commotion cérébrales.

SCOTTI (G.). Lezioni di clinica chirurgica, generale et speciale. Fascicules 9, 10, 11, 12, 13 et 14. — Napoli, 1875.

WEIR (R.-F.). Icthyosis of the tongue and vulva. In-8 de 20 pages. New-York, Appleton and Co, 1875.

SAINT-GEORGES *Hospital Reports* ; edited by John W. Ogle and Timothy Holmes. Vol. VII, 1872-1874.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Des artères centrales. Lésions de la capsule interne.

Messieurs,

Des recherches anatomiques récentes, dues à M. Meynert, nous ont fourni à cet égard des données importantes. Elles ont été exposées avec détails dans le livre d'un de ses auditeurs, M. Huguenin, professeur, à Zurich (2). Elles se composent de dissections et, pour une part aussi, de la comparaison de coupes minces, durcies, examinées par transparence.

Le cerveau étant placé sur sa base, on ouvre les ventricules latéraux, de manière à mettre à découvert la face supérieure des masses centrales, celles-ci attenant encore aux diverses parties de l'isthme ; après quoi, à l'aide d'une dissection minutieuse, on enlève successivement : 1° le *tegmentum*, ou étage supérieur du pédoncule ; 2° les tubercules quadrijumeaux ; 3° la couche optique tout entière.

Cela étant fait, on a sous les yeux l'étage inférieur du pédoncule (*pes*, *crusta*), et, plus haut, dans la région de la capsule interne, le faisceau des fibres pédonculaires se rendant au noyau caudé. Les fibres appartenant également à la capsule interne, qui se rendent au noyau lenticulaire, occupent un plan situé au-dessous et en dehors du faisceau précédent.

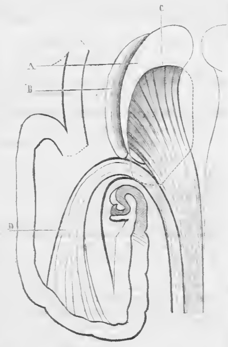


Fig. 49.—A corpus striatum, *B* noyau lenticulaire, *C* fibre pédonculaire se rendant au corps strié, *D* faisceau de fibres pédonculaires directes se rendant à la substance corticale du lobe occipital. Ce schéma est emprunté à l'ouvrage de M. Huguenin, Loc. cit. (fig. 82, p. 119.)

En observant avec attention la partie la plus interne et la plus postérieure de l'éventail formé par le système des fibres nerveuses, mises à nu par la préparation, on distingue un faisceau en quelque sorte détaché de l'ensemble, et qui, sans pénétrer dans l'épaisseur des noyaux gris, se recourbe en arrière, au moment où il atteint le bord inférieur du noyau lenticulaire.

C'est là, vous le voyez, un faisceau direct, puisque les fibres qui le composent pénètrent dans la couronne rayonnante sans s'être arrêtés dans la substance grise des masses centrales ; c'est, de plus, ainsi que cela ressort de la description, un faisceau séparé.

Quelle est la destination de ces fibres nerveuses ? Chez l'homme, il est à peu près impossible de s'en rendre compte, mais chez certains singes, d'après M. Meynert, on pourrait aisément en suivre le parcours dans l'épaisseur de la substance blanche du lobe occipital, immédiatement en dehors de la corne postérieure du ventricule latéral. Elles se termineraient finalement dans l'épaisseur de la substance grise corticale de ce lobe.

Existe-t-il quelque raison d'ordre anatomique susceptible de faire penser que le faisceau dont il s'agit est réellement composé de fibres centripètes, ayant pour fonction de transporter à la surface des régions postérieures du cerveau les impressions sensitives ? M. Meynert pense qu'il en est ainsi, et il se fonde sur ce que, suivant lui, ces fibres pourraient, par la comparaison de couches minces, être suivies par en bas jusqu'à la protubérance, le long du pédoncule cérébral (pied, étage inférieur) dont elles occuperaient la partie la plus externe. Parvenues à la protubérance, elles se placeraient à la partie postérieure du faisceau pyramidal, et conserveraient à peu près ce siége dans la pyramide antérieure elle-même, jusqu'au niveau de l'entrecroisement. Parvenues à ce point, — contrairement à ce qui a lieu pour les faisceaux les plus internes de la pyramide, lesquels passent dans les cordons latéraux de la moelle, — elles iraient, après s'être entrecroisées, se mettre en rapport avec les faisceaux spinaux postérieurs. Je ne saurais garantir la parfaite authenticité de cette dernière partie du trajet assigné par M. Meynert aux fibres qui composent la partie la plus postérieure de la capsule interne.

Tel est, à l'heure qu'il est, le contingent de l'anatomie normale, s'efforçant, de son côté, d'une façon indépendante, d'éclairer la question qui nous occupe. Tout intéressantes qu'elles soient, ces données, sans le concours de celles fournies par l'anatomie pathologique et l'expérimentation, seraient tout à fait insuffisantes pour la solution du problème, et c'est le cas de répéter, une fois de plus, que la physiologie et la pathologie ne sauraient se déduire de la seule contemplation des faits de l'anatomie pure.

C. Le moment est donc venu de faire intervenir les preuves cliniques et anatomo-pathologiques. Aujourd'hui, les arguments abondent de ce côté. Il me suffira de signaler les observations de Ludwig Türck (1), l'initiateur dans la voie que nous parcourons, celles de son compatriote, M. Rosenthal (2), celles que j'ai recueillies à l'hospice de la Salpêtrière, celles enfin que M. Veyssière et M. Rendu ont rassemblées, le premier dans sa thèse inaugurale (3) ; le second dans sa thèse pour l'agrégation (4).

Du concours, en effet, et de la comparaison de ces observations, il résulte unanimement que les lésions portant sur la région postérieure lenticulo-optique de la capsule interne ont, pour conséquence obligatoire, la forme d'hémianesthésie qui s'appelle cérébrale et dans laquelle les sens auxquels président les nerfs cérébraux proprement dits, nerfs optiques et nerfs olfactifs, sont intéressés de manière à reproduire fidèlement les caractères de l'hé-

(1) Voir les numéros 17 à 29, 31 et 32 du *Progrès médical.*
(2) *Allgem. Path. der Krankh.*, etc., p. 119, fig. 82. Zurich, 1873.

(1) L. Türck, voir Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* T. I. 2e édit., p. 315.
(2) Rosenthal. — *Klinik der Nervenkrankheiten*, 2e Aufl. Stuttgart, 1875.
(3) R. Veyssière. — *Recherches, cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.* Thèse de Paris, 1874.
(4) H. Rendu. *Des anesthésies spontanées.* Thèse d'agrégation. Paris 1875, p. 27 et 95.

mianesthésie des hystériques : qu'au contraire, dans tous les cas où respectant cette région, les lésions intéressent seulement la partie de la capsule comprise entre le noyau lenticulaire et la tête du noyau caudé, l'anesthésie fait défaut.

Ces données, fournies par l'anatomie pathologique et la clinique, offrent incontestablement par elles-mêmes et en dehors de tout secours étranger, une importance capitale, mais combinées aux données de l'anatomie pure, elles sont en quelque sorte mises « en valeur. »

Ce n'est pas tout, l'expérimentation a, de son côté, apporté son contingent de faits et ceux-ci plaident absolument dans le même sens.

On peut dire que sous l'inspiration des données pathologiques, l'expérimentation s'est, ici, corrigée elle-même. Elle avait en effet, autrefois, cru reconnaître que le centre des impressions sensitives n'est ni dans le cerveau proprement dit, ni dans les couches optiques, mais plus bas, dans la protubérance, ou peut-être dans les pédoncules cérébraux.

Contre cette assertion la pathologie protestait en montrant qu'une lésion située plus haut que ce point, dans certaines régions du cerveau lui-même, détermine constamment une hémianesthésie totale. Les nouvelles recherches expérimentales faites en France dans le laboratoire de M. Vulpian, par MM. Duret et Veyssière, ont donné des résultats conformes aux enseignements de la pathologie.

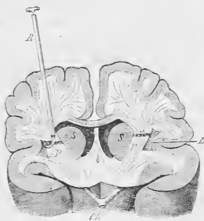


Fig. 50. — Coupe transversale d'un cerveau de chien, cinq millimètres en avant du chiasma des nerfs optiques. — S. S, les deux noyaux caudés du corps strié. — L, noyau lenticulaire. — P, P, expansion pédonculaire (capsule interne). — *Ch*, chiasma des nerfs optiques. — *x*, section de la capsule interne (région antérieure ou lenticulo-striée), produisant l'hémiplégie du côté opposé du corps sans anesthésie. — R, stylet à ressort de Veyssière, opérant la section de la capsule interne.

Un instrument ingénieux, consistant en un trocart d'où s'échappe en temps voulu un ressort, est introduit à travers la paroi crânienne, dans les masses centrales à une profondeur et dans une direction calculées à l'avance, d'après des expériences préalables. On parvient ainsi, avec un peu d'habitude, à léser isolément les deux parties de la capsule interne.



Fig. 51. — Coupe transversale du cerveau du chien au niveau des tubercules mamillaires. — O, O, couches optiques. — S, S. noyaux caudés. — L, L, noyaux lenticulaires. — P, P, capsule interne, région postérieure ou lenticulo-optique. — A, A, cornes d'Ammon, — *x*, section de la partie postérieure ou lenticulo-optique de la capsule, déterminant l'hémianesthésie. (Cette figure est empruntée, ainsi que la précédente, au mémoire de MM. Carville et Duret, inseré dans les *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1875, p. 468 et 471.)

Si dans les expériences ainsi instituées, la lésion atteint la région postérieure de la capsule, l'hémianesthésie du côté opposé du corps, s'ensuit fatalement ; le plus souvent, il s'y associe un certain degré de paralysie motrice ; celle-ci, au contraire, se montre seule, sans accompagnement d'anesthésie, toutes les fois que la lésion a respecté le tiers postérieur de la capsule et porte seulement sur un point quelconque de ses deux tiers antérieurs. (*Fig. 50* et *Fig. 51*).

Tels sont, en somme, les résultats fondamentaux de ces expériences.

Tout concourt, vous le voyez d'après ce qui précède, à faire reconnaître, dans la partie postérieure de la capsule interne, l'existence de faisceaux de fibres nerveuses centripètes, ayant pour rôle de conduire vers le centre les impressions sensitives venues du côté opposé du corps.

Emanés du pied du pédoncule central, ces faisceaux, au sortir de la capsule, vont concourir directement, sans être entrés en communication avec les noyaux gris des masses centrales, à la formation de la couronne rayonnante. Près de leur origine, c'est-à-dire à la partie inférieure de la capsule, ces faisceaux, resserrés pour ainsi dire dans un espace étroit, pourront être affectés d'un seul coup en grand nombre, par une lésion même très-minime et il s'en suivra une anesthésie très-accentuée. On comprend qu'au contraire plus haut, au niveau du pied de la couronne rayonnante, une lésion de même étendue, en raison de la divergence des fibres, devra produire des effets beaucoup moins prononcés. C'est ce qui a lieu, en réalité. Il existe toutefois plusieurs exemples d'hémianesthésie bien accusée, en rapport avec des lésions peu profondes du pied de la couronne rayonnante.

Il importerait maintenant de décider si les lésions étendues des lobes occipitaux et en particulier de leur écorce grise déterminent elles aussi, l'hémianesthésie croisée. Malheureusement les observations qu'on pourrait invoquer à cet égard, ne sont pas suffisamment explicites et la question, jusqu'à plus ample informé, doit rester en suspens (1). Quoi qu'il en soit, il y a lieu de reconnaître, dès à présent, que les faisceaux qui composent la partie postérieure de la capsule interne et leurs émanations directes, ne sauraient être considérés comme un centre des impressions sensitives et sensorielles. Ces faisceaux ne peuvent représenter qu'un lieu de passage, un carrefour où les fibres centripètes dont il s'agit se trouvent toutes représentées avant de diverger vers les parties superficielles du cerveau. *(A suivre.)*

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. **HAYEM**, agrégé, suppléant M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (2).

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

DEUXIÈME LEÇON. — 3 décembre 1874.

Messieurs,

Je vous ai dit quelles étaient dans les cas mortels les altérations du tissu musculaire du cœur. Nous allons aujourd'hui chercher à nous rendre compte de la cause organique de ces altérations.

La fièvre typhoïde est un type achevé de pyrexie infectieuse. Pendant la longue évolution morbide qui la caractérise, la nutrition générale est profondément troublée.

Tous les tissus placés dans des conditions anomales de nutrition intime sont atteints à un degré plus ou moins marqué, et parmi eux il n'y en a peut-être pas qui soit plus fréquemment et plus profondément lésé que le tissu musculaire.

La cause des altérations étant générale, les fibres du cœur n'échappent pas à ces transformations et, presque toujours, les muscles qui fatiguent le plus sont plus fortement atteints que les autres, tels sont, outre le cœur, les muscles de l'abdomen et des cuisses.

Dans ces points d'élection, il n'est pas rare de voir les altérations prendre les caractères des lésions inflammatoires et ces foyers phlegmasiques, qui se rattachent à l'histoire des myosites symptomatiques, peuvent se compliquer de ruptures musculaires, de suffusions sanguines et de suppuration.

(1) Dans les observations de ramollissement superficiel du lobe occipital que j'ai recueillies, il s'agit aussi souvent d'hyperesthésie, de sensations pénibles de tout genre dans les membres du côté opposé, d'hallucinations de la vue, etc., que d'hémianesthésie, ou d'amblyopie.

(2) Voir les nos 29, 30, 32.

Les lésions du cœur dans la fièvre typhoïde ne constituent donc qu'une des localisations des altérations musculaires, et au point de vue clinique cette localisation est certainement la plus importante de toutes.

Mais la fièvre typhoïde n'est pas la seule maladie dans laquelle la nutrition générale et particulièrement celle des muscles est ainsi en souffrance. Le même fait se retrouve dans tout le groupe des maladies aiguës, dites infectieuses. Parmi ces maladies, je vous citerai surtout la variole, la scarlatine, la tuberculose miliaire aiguë, la diphthérie, l'érysipèle, les fièvres intermittentes graves, etc., dans lesquelles on observe des altérations des muscles et du cœur tout-à-fait analogues à celles de la fièvre typhoïde. Aussi les manifestations cardiaques de cette dernière maladie ne forment-elles qu'un des chapitres d'une question plus générale, soit celle des phénomènes cardiaques des maladies infectieuses.

Pour vous faire comprendre le point de vue plus large sous lequel se présente maintenant cette étude, examinons rapidement les travaux qui ont été faits sur l'état du cœur dans le cours de quelques-unes de ces maladies.

Stokes (*Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, traduction française par M. Sénac. 1864, p. 371 et suiv.) a décrit, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le rappeler, l'affaiblissement du cœur qui survient souvent dans le typhus pétéchial.

Il a observé dans cette maladie l'affaiblissement du choc précordial, la faiblesse ou même l'absence du premier bruit du cœur, le dédoublement du second bruit. Ce sont là, vous le voyez, des signes cliniques analogues à ceux qu'on observe dans quelques cas de fièvre typhoïde.

Déjà, dans des recherches antérieures, j'ai fait voir que dans la variole, les altérations musculaires, et par suite celles du cœur, sont fréquentes et presque identiques à celles de la fièvre typhoïde ; et j'ai indiqué, de plus, que les phénomènes cliniques qui en résultent sont les mêmes dans ces deux maladies.

Mais c'est à MM. Desnos et Huchard *Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse. Union médicale*, 1870-71) qu'on doit le premier travail clinique complet sur la myocardite varioleuse. Rapprochez de leur remarquable description le tableau des phénomènes cardiaques de la fièvre typhoïde, tel que je viens de vous le tracer, et vous constaterez des analogies évidentes. Nous devons en conclure que la myocardite n'est pas seulement une lésion anatomique distincte à tous égards de l'inflammation des séreuses voisines et qu'on doit encore, au point de vue clinique, lui reconnaître une symptomatologie propre, une évolution particulière quelle que soit la maladie dans le cours de laquelle elle se manifeste.

Cependant, dans la variole, il existerait assez souvent des endocardites et des péricardites qui viendraient compliquer un peu l'interprétation des signes fournis par l'auscultation.

Tout récemment, M. Brouardel (*Arch. gén. de méd.* Déc., 1874) a établi qu'il peut survenir aussi des artérites varioleuses, particulièrement des aortites.

Mais il me paraît bien établi, et les faits que j'ai étudiés me permettent d'être très-affirmatif à cet égard, que dans la variole, de même que dans la fièvre typhoïde, c'est l'inflammation du myocarde qui occupe le premier rang.

En est-il de même dans l'érysipèle ?

D'après MM. Jaccoud et Sevestre (Jaccoud. *Note sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle de la face. Gaz. hebd.* 1873. — Sevestre. *Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face.* Th. Paris, 1874.) les signes assez fréquents d'inflammation qu'on observe du côté du cœur dans cette maladie se rapporteraient à des endocardites ou à des péricardites.

Remarquez toutefois que ces deux auteurs admettent également l'existence d'une myocardite, et l'on peut se demander s'ils n'accordent pas à cette lésion une part trop restreinte dans l'interprétation des phénomènes cliniques qu'ils ont observés.

Vous savez déjà, en effet, qu'un des principaux signes de la myocardite dans la fièvre typhoïde consiste dans l'apparition d'un souffle au premier temps. Ce signe est également celui qu'on retrouve le plus souvent dans la myocardite varioleuse. Lorsque, dans le cours d'un érysipèle de la face, il survient, comme dans quelques-unes des observations rapportées par MM. Jaccoud et Sevestre, un souffle qui disparaît ou qui s'affaiblit au moment de la convalescence, il est donc difficile d'en conclure, sans autre preuve, à l'existence d'une endocardite. Nous croyons devoir faire des réserves du même genre au sujet du croup et de la diphthérie.

MM. Bouchut et Labadie-Lagrave (*Académie des sciences*, juillet 1872 ; — Labadie-Lagrave, th. de Paris, 1873) ont dernièrement attiré l'attention sur l'existence des complications cardiaques dans ces maladies, et ils ont cherché à rattacher ces complications à l'existence d'une endocardite. Certes, on ne peut nier, pas plus ici que pour l'érysipèle, la possibilité d'une inflammation des séreuses du cœur, mais les faits anatomiques et les descriptions cliniques qui en établissent la réalité, ne sont pas à l'abri de toute discussion.

On peut donc encore attribuer aux altérations du muscle lui-même un rôle qui serait resté jusqu'ici presque complétement méconnu et qui réclamerait de nouvelles recherches.

A l'appui de cette opinion, je vous citerai le travail de Fr. Mosler de Greifswald sur le collapsus dans la diphthérie (Ueber Collapsus nach Diphtherie. — Communication faite au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Leipzig, août 1872. —*Arch. der Heilkunde*, 1873, 1re livraison.) On y trouve deux observations particulièrement intéressantes pour nous.

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans atteinte de pharyngite diphthéritique.

Le 10e jour de la maladie il se produit une amélioration sensible dans l'état local ; les fausses-membranes se détachent et laissent voir des ulcérations sous-jacentes. Le 11e jour, la cicatrisation commence ; mais les muscles palatins et ceux des membres inférieurs sont frappés de paralysie. Puis, le 15e jour, la petite malade tombe dans le collapsus et, malgré une transfusion du sang, elle meurt subitement. A l'autopsie, l'auteur a trouvé une dilatation générale du cœur, un anévrysme partiel siégeant au sommet du ventricule gauche, et une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires.

La seconde observation est celle d'un garçon de 8 ans qui meurt subitement dans le collapsus au commencement de la convalescence d'une diphthérie pharyngée. Il existait dans ce cas encore, une dilatation du cœur et une dégénérescence des parois, il y avait de plus un caillot volumineux dans le ventricule gauche et un autre moins important dans le droit.

Enfin, je rapprocherai encore des maladies précédentes les fièvres intermittentes graves qui règnent notamment en Afrique. M. Vallin (*Union médicale* 1874, p. 293 et 316) y a trouvé dans 7 cas sur 10 des altérations plus ou moins profondes des fibres du cœur.

Ces exemples vous montrent bien nettement la place que vient prendre en pathologie l'histoire des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. Il s'agit bien, vous le voyez, d'une question de physiologie pathologique générale.

Dans tous les cas que nous avons passés en revue, le cœur, en effet, n'est pas seul intéressé. Je me crois autorisé à dire, d'après mes recherches sur les maladies générales aiguës, que cet organe est lésé en tant que muscle et au même titre que les autres parties du système musculaire.

Ces considérations nous conduisent à examiner quelles sont les causes qui, dans toutes ces maladies, produisent un trouble profond dans la nutrition des tissus et en particulier des muscles.

Depuis le travail de Liebermeister (*Sur les effets de l'élévation de la température dans la fièvre. Deutsches Arch.*

f. klin. Medicin. Anal. in *Arch. gén. de méd.*, 1866. t. I, p. 730.) presque tous les auteurs considèrent l'élévation de la température, phénomène commun à toutes les maladies dont nous avons parlé, comme la cause productrice des altérations musculaires. Sous l'influence de cette chaleur fébrile, le contenu strié se transformerait et subirait la métamorphose vitreuse.

On peut faire valoir contre cette opinion un certain nombre d'arguments, mais je crois inutile d'insister sur cette question encore obscure, et je me bornerai à vous faire remarquer que l'élévation de la température ne saurait expliquer tous les faits observés.

Des recherches récentes ont montré, en effet, que les muscles peuvent être très-profondément lésés sans que la température centrale soit élevée.

M. Vallin, dans un mémoire fort intéressant sur le *typhus ambulatorius* (*Archives gén. de méd.*, nov. 1873), a trouvé les muscles altérés, comme dans les cas fébriles, alors que la température ne dépassait pas 37° c. En outre, dans le scorbut, maladie presque complétement apyrétique, il existe des dégénérescences musculaires très-étendues, ainsi que M. Leven et moi l'avons établi.

J'ai même observé dans cette affection des altérations en foyers ayant une grande analogie avec les myosites de la fièvre typhoïde.

D'autre part, contrairement aux observations de Liebermeister, la température peut s'élever dans la fièvre typhoïde jusqu'à 42° sans que le contenu strié se transforme en matière vitreuse. J'ai observé plusieurs exemples de ce genre. Il existait à la vérité, dans ces circonstances, des altérations musculaires très-intenses, mais point ou peu de dégénérescence vitreuse.

On peut donc considérer la nutrition des muscles et celle des autres tissus comme indépendante, jusqu'à un certain point, de la température et rechercher ailleurs la cause des altérations musculaires.

Pour que les divers tissus du corps conservent leur intégrité anatomique, plusieurs conditions sont nécessaires, et parmi ces dernières, celles qui sont relatives à la composition du sang me paraissent être les plus importantes.

Dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les maladies infectieuses, le sang a perdu une partie de ses qualités, et il ne fournit plus aux muscles les matériaux nécessaires à leur entretien ; les phénomènes physico-chimiques qui s'accomplissent pendant le mouvement normal d'assimilation et de désassimilation sont pervertis et il en résulte des transformations du contenu strié. Alors apparaissent dans les fibres la graisse, la matière dite vitreuse et le contenu strié subit ainsi de véritables métamorphoses destructives.

En d'autres termes, je pense, ainsi que je l'ai dit ailleurs, que les lésions symptomatiques des muscles sont liées aux altérations du sang.

Il faut cependant reconnaître que les cas graves, hyperpyrétiques, sont en général aussi ceux qui prédisposent aux manifestations cardiaques les plus redoutables et en particulier au collapsus par affaiblissement extrême du cœur.

Mais ce fait n'a rien de contraire à l'opinion que nous soutenons, puisque ces cas sont également remarquables par l'altération profonde du sang.

L'infection de l'économie, c'est-à-dire la modification première d'où dépend l'évolution morbide tout entière, telle serait, suivant nous, le point de départ commun de l'élévation de la température et des altérations profondes de la nutrition. Mais, comme il nous est impossible de définir en quoi consiste cette infection de l'organisme, vous trouverez, avec raison, que la notion que je vous donne est un peu vague. Je suis tout le premier à le reconnaître ; mais le point qui se dégage de cette vue théorique c'est, je le répète, qu'on ne peut subordonner d'une manière étroite les altérations du cœur à l'état de la température, et ce résultat a bien son intérêt clinique. Tenez-vous donc en garde contre la bénignité apparente de certaines formes à température modérée dans lesquelles vous pourrez observer de graves désordres musculaires et cardiaques.

— Puisque ces désordres sont liés d'une manière si étroite à l'évolution de la maladie principale, leur étiologie est en quelque sorte nulle. On doit s'attendre, dans tout cas de fièvre typhoïde, à les voir se développer, quelle que soit l'intensité de la maladie.

Je crois, cependant, qu'au point de vue étiologique, on doit pénétrer plus avant, et se demander si, dans les conditions générales qui ont agi sur les malades avant l'invasion de la pyrexie, il n'en est pas quelques-unes qui prédisposent aux localisations cardiaques. Malheureusement, les observations dans lesquelles le cœur a été examiné avec soin, sont encore trop peu nombreuses pour que cette question des causes prédisposantes puisse être résolue.

En examinant sous ce rapport les faits que j'ai recueillis et ceux qui sont signalés çà et là dans les travaux que j'ai eu l'occasion de vous citer, on ne trouve aucun renseignement important. Permettez-moi, cependant, de vous soumettre quelques réflexions sur ce point.

Il me semble, tout d'abord, que certaines causes étrangères à l'organisme, ressortissant à ce je ne sais quoi que les anciens désignaient sous le nom de génie épidémique, peuvent exercer une certaine influence sur la détermination des phénomènes cardiaques.

Ainsi, c'est pendant l'épidémie qui a régné à Paris en 1869 que j'ai observé le plus grand nombre de cas de mort par le cœur, et semblables accidents sont notés à certaines époques, d'une manière particulière, dans les relevés statistiques des hôpitaux publiés par M. Besnier.

D'autre part, plusieurs fois j'ai cru remarquer que les conditions hygiéniques dans lesquelles certains malades avaient vécu avant de contracter la fièvre typhoïde pouvaient être considérées comme des causes prédisposant aux altérations du cœur.

Chez la plupart des malades des hôpitaux, il serait facile d'invoquer la misère, l'insuffisance de l'alimentation, conditions qui certainement doivent diminuer la résistance des tissus aux processus de dénutrition.

Malgré leur banalité, ces causes peuvent bien évidemment expliquer pourquoi la fièvre typhoïde est plus meurtrière à l'hôpital qu'en ville. Mais il y a plus, l'alcoolisme ou simplement la funeste habitude de boire à l'excès, favorisent le développement des lésions du cœur.

Chez les malades soumis à cette influence, déjà altérés par les écarts de régime, les tissus subissent plus facilement et plus profondément les atteintes de la fièvre typhoïde, et l'on voit survenir alors des accès de collapsus ou la mort par syncope. Ce sont là des considérations que je signale à votre attention et qui réclament de nouvelles études. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Arrachement du bras. — Fractures multiples. — Décollements épiphysaires. — Mort.

Par **G. MARCANO**, interne des hôpitaux.

Le nommé Stassart (Charles), âgé de 15 ans, est entré le 16 mars 1875 à l'hôpital Beaujon, service de M. Dolbeau, pour des traumatismes multiples survenus dans les circonstances suivantes. Ce jeune homme, employé dans une pharmacie, s'occupait à tourner une grande poulie dont le mouvement était communiqué à une série de roues dentées au moyen d'une courroie de transmission. Pendant le mouvement de cette machine qui sert à faire des boîtes en carton, la courroie abandonna la poulie et il voulut la remettre à sa place. Son bras droit fut alors pris entre la courroie et la roue et le corps fut entraîné et emporté en toutes directions, jusqu'à ce que le bras fût complétement arraché. On le transporta immédiatement à l'hôpital, où il arrive à midi. Il est très-pâle et profondément abattu. Il tient les yeux fermés et ne les ouvre que quand on lui parle, mais sa réponse faite, il les referme de nouveau. Il conserve cependant, malgré la lenteur de ses réponses, toute la lucidité de son esprit. La plaie du bras n'a pas saigné ; il

n'accuse aucune douleur, il ne se plaint que du froid. — T. 36°, 2. — Le bras droit est complétement arraché au niveau de son tiers supérieur ; il présente un moignon conique, au centre duquel on voit l'humérus brisé et saillant. Les différents organes sont déchirés à des hauteurs diverses. Les nerfs sont arrachés très-bas. La plaie est entièrement sèche et exsangue. Le fémur du côté droit présente au milieu de la diaphyse une fracture comminutive. La cuisse repose sur le lit par sa face externe et dans l'abduction, mais on peut la ramener dans la rotation en dedans sans provoquer de souffrances. Crépitation très-nette. L'humérus du côté gauche est fracturé au niveau du tiers supérieur, comminutivement et sans plaie.

Du côté du membre inférieur gauche, on constate au niveau de l'articulation du genou une forte saillie en dedans, qui à la simple vue, peut faire croire à l'existence d'une luxation. Elle siége à la partie interne, et présente à sa partie supérieure un bord tranchant, rugueux, et en l'examinant de près on voit qu'elle est placée au-dessus de l'articulation et que celle-ci a conservé la liberté de ses mouvements ; on constate aussi une crépitation molle. En pressant sur le fragment supérieur on arrive facilement à le remettre en place, mais le déplacement se reproduit de nouveau, quand on abandonne les parties à elles-mêmes. Le lendemain le malade est plus abattu ; on lui met les membres dans des appareils ouatés. Son état s'aggrave de plus en plus, et il finit par mourir à six heures du soir.

Autopsie. — La fracture du bras gauche ne présente rien de particulier à noter. Le fragment supérieur se termine en pointe, et il y a un épanchement de sang très-peu abondant. La lésion du genou est un décollement de l'épiphyse inférieure du fémur. Le périoste est absent à la partie interne dans une étendue de 11 centimètres de longueur et 5 de largeur à la partie moyenne ; il n'y a donc que la moitié externe de l'os qui en soit recouverte, et il y est complétement détaché, mais adhérent au niveau de l'éphiphyse, ce qui fait qu'on peut enlever toute la pièce avec un demi-manchon périostal. Celui-ci présente des bords irréguliers. La fracture siége au niveau même de la réunion de la diaphyse et de l'épiphyse, mais comme le cartilage de conjugaison est déjà ossifié presque dans toute son étendue, il n'y a de véritable décollement qu'à la partie interne. Le fragment supérieur présente, en effet, une surface régulière en dedans, mais dans les deux tiers externes il y a des rugosités à la surface ; tout-à-fait en dehors il y a véritable fracture et une esquille s'en est détachée en laissant une surface inégale qui remonte sur la face antérieure du fémur dans une étendue de 3 centimètres.

Du côté droit la diaphyse fémorale est fracturée au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Les deux fragments présentent un chevauchement considérable, et entre eux il y a un vaste épanchement sanguin qui siége dans l'épaisseur même du triceps et qui, en passant derrière ce muscle, semble se continuer en bas avec l'articulation du genou. Cependant en ouvrant l'articulation, on voit que l'épanchement s'arrête un peu au-dessus et qu'il n'envahit pas sa cavité. Cet examen permet de constater la lésion suivante : au milieu de la face supérieure de l'épiphyse tibiale, on voit une sorte de languette formée par l'épine du tibia qui est irrégulièrement arrachée en avant et sur les côtés et qui ne tient plus à l'os qu'en arrière au niveau de l'insertion des disques semi-lunaires. Cette fracture s'étend jusqu'au tiers externe de la surface articulaire du côté interne. Les cartilages semi-lunaires sont intacts. En avant, des fragments osseux sont aussi arrachés ; ils sont encore adhérents à leurs insertions sur le disque semi-lunaire du côté droit.

Dans le moignon, les muscles sont coupés assez régulièrement. Les nerfs pendent dans la plaie ; le médian semble avoir été arraché au milieu de son trajet antibrachial.

L'examen des vaisseaux, fait avec M. Pitres, donne les résultats suivants. L'artère axillaire se présente au niveau de la plaie par une pointe effilée. Au-dessus existe un renflement conoïde dont le sommet correspond exactement à la naissance de deux petites collatérales. Le renflement mesure 2 centimètres de longueur ; au-dessus, l'artère ne présente rien d'anormal. En l'ouvrant on constate qu'elle est vide jusqu'à la base du renflement terminal qui est occupé en totalité par un caillot qui, vu par transparence, paraît noir. Il se termine dans l'intérieur du vaisseau par une cupule dont le pourtour est adhérent de tous côtés à la tunique interne de l'artère ; les collatérales s'ouvrent juste au-dessus de cette cupule. La tunique moyenne de l'artère est déchirée au niveau du bout central du caillot ; elle manque par conséquent dans tout le reste de l'étendue du cône formé par ce caillot dont les parois sont exclusivement formées par la tunique adventice qui est excessivement amincie et qui se termine en pointe au niveau du sommet du caillot.

La veine axillaire se présente dans la plaie, rétrécie et vide dans une étendue de 7 centimètres. A ce niveau, existent deux collatérales assez volumineuses qui, elles aussi, arrivent jusqu'à la plaie ; c'est au point de réunion de ces vaisseaux que la veine est oblitérée par un caillot qui se prolonge à peu près un centimètre dans chacune des collatérales. Il commence par une pointe conique, effilée, saillante dans la lumière du vaisseau et se termine à la partie inférieure dans la veine axillaire par un petit prolongement non adhérent et pointu ; il se termine aussi en pointe dans les deux collatérales par une extrémité conique.

Le caillot examiné au microscope, montre du tissu conjonctif adulte avec de beaux faisceaux onduleux, des cellules plates à noyaux ovoïdes et de grosses fibres élastiques ; tous ces éléments viennent certainement des parois de la veine. Les dissociations du caillot montrent une très-grande quantité de globules blancs et un grand nombre de granulations moléculaires nageant dans le liquide de la préparation. On ne trouve nulle part de fibrine fibrillaire.

Des coupes de la veine montrent que le bout inférieur est sain ; mais au niveau du caillot, les tuniques interne et moyenne sont rompues et n'existent plus dans une étendue d'un centimètre environ, dans laquelle le caillot est enveloppé simplement par la tunique adventice de la veine.

De quelle manière faut-il interpréter la formation de ces deux caillots et comment faut-il comprendre le mécanisme de l'hémostase dans ce cas ? Pour l'artère, il est facile de voir que la tunique externe a été le premier agent de l'hémostase, et que primitivement il n'y a pas eu formation de caillot. Celui-ci ne s'est formé que par coagulation du sang autour de la tunique moyenne déchirée. Ce caillot en pressant sur le bouchon formé par la tunique externe recroquevillée, a entraîné celle-ci, en la distendant outre mesure, ce qui explique bien la minceur de la paroi. Du côté de la veine, l'explication est plus difficile, puisque le caillot ne s'est formé qu'à 7 centimètres au-dessus de la plaie, mais comme c'est là que les tuniques veineuses sont déchirées, la question devient plus simple. Mais comment l'arrachement de la veine a-t-il agi à ce niveau ? La présence des deux collatérales en rend bien compte, car le vaisseau tiraillé a trouvé une résistance au point de leur insertion, et c'est là qu'il a cédé. La déchirure faite, le sang a pu continuer à circuler par le bout inférieur qui est complétement vide (1).

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique*.

13. Mixture contre l'hydropisie. (*Porcher*).

P. Sulfate de soude............. 30 gram.
Crême de tartre soluble....... 30 —
Sirop d'éther nitrique......... 10 —
Eau pure..................... 190 —

Faire dissoudre. — Cette mixture est conseillée contre l'hydropisie qui s'accompagne d'une circulation sanguine active. Elle procure des évacuations alvines abondantes, et souvent, en même temps, une copieuse émission d'urine (*Union médicale*).

11. Liniment pour faire cesser la sécrétion du lait.

Le liniment suivant peut être employé avec avantage pour faire cesser, chez les femmes, la sécrétion du lait :

Essence de menthe poivrée.............. 6 gr.
Huile de ricin......................... 110 —
Essence de bergamotte.................. 6 —
Camphre............................... 2 — 50.

Frictionner les seins trois fois par jour. (*L'Indipendente*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la contagion du suicide, à propos de l'épidémie actuelle, par M. Moreau fils (thèse inaugurale).

Une thèse de réception au doctorat est généralement une œuvre circonscrite. Celle dont nous voulons donner un aperçu dépasse les limites ordinaires. Elle ne renferme pas moins de 77 pages.

Ce cadre, cependant, eût été trop étroit, si, prenant le sujet dans son ensemble, l'auteur eût prétendu élucider toutes les graves questions qu'il comporte. Les recherches et les développements nécessaires fourniraient matière à une ample monographie. M. Moreau fils a poursuivi un objectif plus spécial. Considérant comme acquises et la réalité de la contagion et sa part d'influence dans l'augmentation progressive des suicides, il s'est attaché surtout à en préciser le mécanisme et les conditions morbides, qui, pour lui, se résument en un éveil imitatif, automatiquement sollicité par une impression, une idée, un souvenir, et secondé, dans son évolution, par une susceptibilité *sui generis*, névropathique, idiosyncrasique ou héréditaire. Subsidiairement, la publicité étant tenue pour une cause active de propagation, il se demande s'il ne serait pas opportun, par quelques sages inhibitions, de se prémunir contre ce danger.

Le meurtre de soi-même a été diversement envisagé, suivant les doctrines ou les circonstances. Il y a, évidemment, de nombreuses distinctions à faire, eu égard, entr'autres, au notable contingent fourni par la maladie et à peine soupçonné des siècles précédents. Toute réaction a ses excès. On a presque nié le suicide volontaire. C'est trancher la question insoluble du libre arbitre; et, d'ailleurs, cela ne saurait empêcher la considération des espèces et variétés.

En tant que résolution consciente, on a pu tantôt exalter le suicide comme un acte d'héroïsme, tantôt le flétrir comme une désertion. La superstition, chez certains peuples arriérés, lui a imprimé le caractère d'une obligation, d'un devoir, d'une convenance. On l'observe isolément ou collectivement, ou, comme on dit encore, à l'état sporadique ou épidémique. Mais sa fréquence, plus ou moins simultanée, ni n'en altère, ni n'en fait préjuger la nature. Chaque cas relève de ses mobiles, quelquefois complexes, et dont il appartient à l'analyse de dégager la signification. Quel sens, à ce point de vue, attribuer à la contagion? Jouit-elle d'une action directe, absolue? Elective, n'exige-t-elle pas, pour s'exercer, un sol propice, une nervosité constitutionnelle ou maladive? constitue-t-elle toujours un phénomène primordial, ou souvent, au contraire, ne vient-elle pas en aide, appoint diversement considérable, à des stimulations d'un autre genre? :

Ces points veulent être éclaircis. Les filles de Milet se tuaient à l'envi, à cause de l'absence prolongée de leurs amants, retenus par une guerre lointaine. Il suffit, pour obvier à cette frénésie, d'un édit menaçant d'exposer, nus sur une claie, les cadavres des délinquantes. Le premier acte, sans contredit, si l'on accepte la légende, fut exclusivement dû au vide du cœur. A ce sentiment déprimant, s'est joint inévitablement, dans le second, l'incitation initiatrice, qui a usurpé plus d'empire, à mesure que les catastrophes se multiplièrent.

Une explication semblable convient aux faits qui se sont accomplis parmi des corvéables, sous Tarquin l'Ancien. Ils travaillaient à un égoût. L'ouvrage était rebutant. L'un s'étant donné la mort, beaucoup suivirent cet exemple, si bien que, pour couper court à ces défaillances, Tarquin fit mettre en croix, puis livrer aux bêtes les corps des suicidés.

Dans les armées, surtout pendant des campagnes pénibles, sous des climats étrangers, les privations, la fatigue, la nostalgie ont souvent suggéré la pensée du suicide. Un soldat commence, vingt autres cessent de résister au penchant funeste. On sait le fameux ordre du jour de Napoléon Ier, qui compare la vie à un poste et le suicide à une désertion.

Ne pas tomber vivant au pouvoir de l'ennemi est, quelqu'idée qu'on professe sur le suicide, une règle qui s'impose naturellement aux imaginations. Les Juifs réprouvaient la mort volontaire. Un grand nombre, néanmoins, lors de la prise de Jérusalem, prévinrent par le suicide la honte de la défaite. Plusieurs milliers, échappés au désastre, s'étaient réfugiés dans la forteresse de Massada. Pressés par les troupes romaines, et toute défense devenant inutile, ils s'entretuèrent jusqu'au dernier : résolution virile et logique, corroborée par l'exemple.

Dans ces divers cas, comme en une foule d'autres, où l'influence imitative, se combinant avec des causes simples ou multiples, affecte des aspects variés, la contagion ne constitue pas le type parfait. Ce type suppose le pur automatisme de l'impulsion provocatrice; qu'il y ait, d'ailleurs, ou non une de ces prédispositions latentes sur lesquelles la controverse s'est surtout exercée. Rien ici, dans la situation de l'individu, ne motive le besoin d'en finir avec l'existence. Ni revers, ni déception, ni honte, ni péril. Une personne s'est détruite par un mode quelconque. Elle s'est pendue, noyée, asphyxiée, empoisonnée, précipitée d'un lieu élevé, brûlé la cervelle, plongé un poignard dans le sein, coupé le cou avec un rasoir, ouvert les artères ou les veines, jetée dans un foyer incandescent, etc., etc. Ce peut être un parent, un voisin, un ami, un camarade, un personnage. L'acte s'est quelquefois accompli sous vos yeux. Plus souvent vous avez constaté le résultat ou participé à ses suites. Le bruit de l'événement est parvenu à vos oreilles; on s'en est entretenu, on en a commenté les particularités, on s'en est apitoyé. De là un attendrissement, une répulsion, une horreur que suscitent également, à différents degrés, la simple narration d'histoires semblables ou la lecture de journaux et de livres, où elles ont été plus ou moins dramatisées.

L'émotion ne reste pas toujours inoffensive. Chez certains sujets, même bien éloignés auparavant de songer à la mort, elle laisse un ébranlement qui, spontanément, se renouvelle, rappelle la pensée du suicide et se trahit par un véritable appétit d'imitation. Cet entraînement est parfois si prompt et si vif qu'il se résout immédiatement par l'acte similaire. Il s'établit fréquemment une lutte, dont les chances varient selon l'intensité et le rapprochement des paroxysmes. A la longue, il arrive que cet ébranlement diminue et s'apaise. Il peut aussi, croissant, devenir de plus en plus tyrannique, revêtir, grâce à des incidents physiques ou moraux, une fixité en quelque sorte monomaniaque et aboutir, dans un temps indéfini, à une réalisation funeste. Une dame, en entrant dans sa chambre, trouve son mari pendu. Douze ans, dit M. Brierre de Boismont, elle nourrit l'idée de se détruire, avant de se pendre elle-même.

Dans les épidémies précitées, il n'est pas sûr que l'influence imitatrice se soit bornée à n'être, chez tous les sujets, qu'un auxiliaire puissant, et que quelques cas n'aient pas exclusivement dépendu d'elle. Parmi les filles de Milet, n'en est-il point qui fussent exemptes de souffrance amoureuse? On conçoit, à la rigueur, que la contagion suffise seule à une propagation plus ou moins étendue. Esquirol et M. Lisle mentionnent, d'après Desloges, médecin à Saint-Maurice (Valais), une épidémie de ce genre qui sévit, en 1813, au village de Saint-Pierre-Montjeau. Une femme s'étant pendue, beaucoup d'autres suivirent son exemple. Du temps de Primerose, les femmes de Lyon, dégoûtées de la vie, se précipitaient dans le Rhône, sans qu'on en connût la cause. Qu'en d'autres lieux, à Mansfeld, en 1697, à Rouen, en 1806, à Stuttgard, en 1811, la chaleur ait été conjecturée, la prédominance de l'imagination n'en est pas moins vraisemblable. Elle est tangible surtout, sauf exceptionnellement des préoccupations possibles, pour ces quinze invalides qui, avant qu'on eût enlevé le crochet et percé une croisée en face, se sont pendus dans un couloir de l'hôtel, pour ces sentinelles se tuant dans la même guérite, pour cette succession d'individus qu'on trouvait suspendus au même arbre, soit à Passy ou à Saint-Germain-en-Laye.

M. Lisle, par des considérations ingénieuses, a rattaché à la question du suicide par imitation la question du suicide héréditaire. Suivant lui, on n'a pas assez contrôlé la tradition relative à la transmission générative du penchant au suicide. Ce qui se transmet, ce serait plutôt une aptitude générale à la folie, dont certaines formes se compliquent si souvent du meurtre de soi-même. L'imitation imprimerait une direction spéciale à la tendance automatique. Gall a bien cité sept membres d'une même famille. Mais se figure-t-on, sur les survivants, les conséquences d'une catastrophe dans un ménage? La surprise directe, des liens brisés, des intérêts parfois compromis, une sorte de tache commune, ne sont-ils pas capables, les appréhensions et le préjugé s'ajoutant au chagrin, de redoubler l'intensité de l'impulsion fatale, de la fomenter et d'en rendre les effets inévitables? Et si l'acte se répète une, deux, trois ou quatre fois? Pour justifier une telle solidarité, il ne serait pas même nécessaire d'invoquer une prédisposition quelconque.

La réserve de M. Lisle mérite qu'on s'y arrête. Il est évident, si l'on réfléchit, qu'en ce qui concerne le suicide, il y a lieu de reconnaître des limites à la loi d'hérédité. En tout cas, le rôle de la contagion doit être lui-même défini et étudié, abstraction faite des personnes et dans ses rapports avec les conditions particulières. L'imitation, dans sa simplicité typique, n'est qu'un mouvement réactionnel dans un sens similaire, continuant une impression produite par le spectacle du suicide, un récit, une lecture ou une forte préoccupation, qui en présentent les traits vivants à la pensée. Dans les catégories où les faits sont complexes, l'action contagieuse s'unit à des causes qui, de nature à engendrer le dégoût de la vie, seraient, sans son intervention, demeurées inefficaces dans la majorité des cas.

Ces réflexions vont nous permettre de suivre et de mieux apprécier le travail de M. Moreau fils. Commençons par exprimer un regret. 1874 aurait été fertile en suicides, où l'on a vu l'influence propagatrice de l'imitation. En a-t-on d'autres preuves que le nombre? Cette fréquence motive à peine une présomption, si elle est justifiée par la dépression générale des intelligences. Nous avons lu beaucoup de documents se référant aux années précédentes. Dans aucun, l'imitation n'est mentionnée au chapitre de l'étiologie. Il y aurait eu donc là une recherche au moins curieuse à faire, d'abord pour vérifier, comparativement, la réalité de l'augmentation, puis, en remontant à l'origine occasionnelle, pour découvrir les cas où la filiation contagieuse se serait rencontrée. C'est une lacune à combler, et nous la signalons au zèle scientifique de notre jeune confrère, à l'égard des suicides non-seulement de l'épidémie de 1874, mais des épidémies antérieures.

Négligeant cette critique, l'auteur, nous l'avons dit, s'est spécialement préoccupé des points de vue pathologique et médico-légal : « Appeler de nouveau l'attention sur *ces* » *événements*, en dévoiler la véritable nature, indiquer les » moyens de les enrayer dans leur propagation, en préve- » nir le retour, au moins dans la mesure du possible » : tel est le but que lui-même, dans quelques pages d'avant-propos, assigne à son étude.

Ainsi s'offre l'économie du travail. Après s'être expliqué, dans un premier chapitre, sur la qualification du *suicide épidémique* et avoir fait ressortir, sous le rapport de la contagion, ses affinités avec les grandes névroses, il en examine, dans une seconde division, les phases historiques et les éléments morbides. Un troisième chapitre est consacré au problème de la prédisposition. Dans un quatrième, enfin, insistant sur les causes déterminantes, et notamment sur l'influence désastreuse de la presse, il conclut, en terminant, à une mesure préventive : le silence. *Causa sublata, tollitur effectus.*

D'une façon absolue, M. Moreau fils pose, au frontispice de ses observations, l'*état névropathique*. Pour lui, branches d'un même tronc, les épidémies de suicide ne différeraient que par la forme des épidémies, si fréquemment constatées, d'hystérie, de convulsions, de catalepsie, d'extase, de chorée, de folie, etc. Rien de plus ordinaire que la substitution de l'une à l'autre, selon la fortuité des portions nerveuses atteintes. Cette loi, vraie dans l'ensemble, l'est-elle en totalité? M. Moreau fils supprime ce point d'interrogation, devant lequel nous avons cru devoir hésiter.

A l'appui de sa thèse, il cite d'abord le *tic* que, parfois, on s'efforce en vain de ne pas reproduire. Deux faits qu'il emprunte à M. Prosper Lucas sont particulièrement curieux. A la Nouvelle-France, une fille entre à l'hôpital pour un hoquet continuel et violent, imitant le jappement d'un chien. Trois jours après, quatre filles, couchées dans la même salle, furent prises de semblables accidents. On fut obligé de les isoler, chacune à part, et d'en appeler à la commination. Ce double procédé réussit.

Le second exemple, observé en 1770, s'est présenté dans deux familles de Blackthorn (Oxford). Les enfants aboyaient comme des chiens. Willis qui eut la curiosité de les visiter, signale les particularités suivantes. Elles étaient cinq filles. On entendait leurs cris à distance, plus voisins des hurlements de la souffrance que de l'aboiement. Elles branlaient la tête avec violence et bâillaient fort souvent. Cela se renouvelait par paroxysmes et, parfois, se terminait par des convulsions frénétiques.

La transition à une telle complication est facile. Dans des salles où de nombreux épileptiques sont réunis, com-

bien de fois n'a-t-on pas vu au *cri initial* de l'un, des attaques se déclarer chez plusieurs autres? Qui de nous n'a connaissance, comme Esquirol, de personnes bien portantes que ce spectacle d'une crise a rendues épileptiques? Une jeune hystérique, dans un accès, était assistée par plusieurs dames, dont deux, au dire de Louyer-Villermay, furent affectées de la même maladie. Dionis, de son côté, rapporte un épisode étrange. En 1845, dans une église de Toulouse, un religieux, à l'autel, au moment de l'élévation, demeure raide et immobile. On l'enlève et un autre prêtre le remplace pour achever, d'après le rituel, le saint sacrifice. Mais à peine a-t-il récité l'oraison dominicale que lui-même est frappé d'un pareil saisissement. Parmi les moines intimidés, l'un des plus vigoureux se dévoua et termina la messe. Toutefois, sans alléguer l'effroi, où sont, dans ces derniers exemples, les signes de la névropathie?

(La suite au prochain numéro.) DELASIAUVE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 juillet 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. RIBEMONT fait une communication sur un cas de tétanos des nouveau-nés. La marche a été progressive. Entre autres particularités, on a noté une contracture du couturier, des mains, du pleurosthotonos.

M. BAUREGARD résume le résultat des ses recherches sur le mode d'entrecroisement des nerfs optiques chez les oiseaux.

MM. BACCHI et BOCHEFONTAINE communiquent le résultat des recherches qu'ils ont faites dans le laboratoire de M. Vulpian sur deux chiens curarisés et sur lesquels on entretenait la respiration artificielle. Une canule étant mise dans chacun des canaux de Sténon on voit que la salive parotidienne ne sort pas par les canules. On découvre ensuite les deux tiers antérieurs des lobes cérébraux en enlevant toute la région correspondante du crâne. Cette dernière opération faite, on observe que la salive parotidienne fluide, très-limpide, tombe des canules par grosses gouttes qui se succèdent assez rapidement. L'animal est laissé en repos jusqu'à ce que l'écoulement de salive ait notablement diminué.

On excite alors la circonvolution cérébrale située en avant du sillon crucial, du côté gauche, avec un courant faradique relativement peu intense. Presque aussitôt la salive coule en plus grande quantité; trente gouttes de salive tombaient par minute de chaque canule avant la faradisation; il en tombe le double, c'est-à-dire soixante gouttes.

Nouveau repos de l'animal après lequel il ne coule plus que douze gouttes de salive parotidienne par minute. A ce moment, on examine l'état de la pupille du côté gauche, puis on faradise le même point du cerveau. La pupille devient manifestement plus pâle et les gouttes de salive sont au nombre de 28 par minute; elles ont plus que doublé. Aussitôt après l'interruption de la faradisation, la pupille redevient plus rouge; les glandes parotides continuent au contraire à sécréter pendant quelques minutes, mais moins que dans le premier moment qui a suivi l'excitation du cerveau.

On répète l'expérience en portant l'excitation du côté droit du cerveau, dans la partie correspondante à celle qui a été excitée du côté gauche. On obtient exactement les mêmes effets dans chaque glande parotide. Le résultat est également le même dans la pupille gauche, la seule qui ait été examinée.

On a recherché si la faradisation des différents points du cerveau mis à découvert est suivie des mêmes phénomènes et l'on a vu que la sécrétion parotidienne est augmentée quand on faradise le lobe olfactif, tandis que l'aspect de la pupille ne parait pas modifié. Ainsi, l'excitation électrique de la circonvolution frontale antérieure exerce une action directe et croisée sur les glandes parotides et sur les vaisseaux de la pupille. Telle est la conclusion que l'on peut tirer actuellement de ces recherches qui seront vérifiées et complétées par de nouvelles expériences.

M. MINOT donne des détails intéressants sur la structure des trachées des insectes.

M. LANDOLT montre à la Société un nouveau pupillomètre.

M. NICATI fait une communication sur la distribution des fibres des nerfs optiques chez les grenouilles et les oiseaux.

— Dans le cours de la séance, la Société a procédé à une élection. Notre collaborateur M. HANOT a été élu membre de la Société.

— Les séances de la Société sont suspendues pendant les mois d'août et de septembre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 août. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Desportes, membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, doyen d'âge et de nomination de la savante compagnie.

M. BÉHIER, à la place de M. le secrétaire perpétuel empêché, donne lecture d'une pièce autorisant l'Académie à accepter la rente de 4.500 francs, léguée par M. Wulfram Gerdy. Selon la volonté du donateur, cette somme sera employée à envoyer chaque année deux jeunes médecins étudier sur place les eaux minérales. Dans une des prochaines séances, on nommera une Commission qui tracera un programme de façon à pouvoir donner les primes en 1876.

M. GOSSELIN présente de la part de M. Dumontpallier un nouveau pessaire annulaire très-commode et très léger.

M. HÉRARD lit au nom du Dr Pasquet-Labroue une note sur un *monstre sternopage*. Les deux enfants de grosseur moyenne, parfaitement constitués, et du sexe masculin, étaient soudés par toute la région antérieure du corps. Les têtes, les régions dorsales, les membres supérieurs et inférieurs étaient normaux; de même les organes génitaux. Pas de sternum, une seule cavité thoracique contenant 4 poumons, 2 cœurs soudés entr'eux et enfermés dans le même péricarde. Un seul diaphragme et une seule cavité abdominale. Un seul foie, plus volumineux que normalement. Deux œsophages aboutissant à un estomac unique, avec deux pylores et deux intestins se terminant par un anus, 4 reins et 2 vessies. Antérieurement la femme avait, en 9 couches normales, donné naissance à 9 enfants bien constitués.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, sur l'*origine et l'étiologie du choléra*.

M. WOILLEZ a la parole; il a hâte d'en finir car la discussion pendante n'aboutira à rien. M. J. Guérin lui a reproché d'avoir, avec intention, passé sous silence certains faits et d'avoir changé quelques dates, il proteste pièces et rapports en main. Avec la théorie de M. J. Guérin, quand le choléra sévit, il faut lui rapporter toutes les affections gastro-intestinales qui deviennent des maladies purement saisonnières si l'épidémie ne s'est pas montrée. Théoriquement, une pareille doctrine ne peut être admise; au point de vue pratique elle décourage toutes les tentatives prophylactiques.

M. J. GUÉRIN reproche à M. Woillez de faire une querelle personnelle d'une question générale. La théorie de l'importation et celle de la spontanéité comptent des partisans également respectables et autorisés.

En 1873, on n'a pas établi d'une façon péremptoire le fait de l'importation, la théorie opposée avait donc le droit de se reproduire, pour cela elle s'est appuyée sur des faits probants.

M. CHAUFFARD, inscrit, renonce à la parole. Une courte discussion s'élève entre MM. Woillez, J. Guérin et Briquet.

M. BOUILLAUD trouve que la question depuis si longtemps pendante n'apprend rien de nouveau Il ne prend parti ni pour l'une ni pour l'autre des deux doctrines contradictoires, il reste dans un *doute philosophique*. Pour résoudre la question, il faut rechercher le principe morbide, le *contagium*, quand on l'aura trouvé, alors seulement on pourra se prononcer.

— A cinq heures moins un quart, comité secret pour la lecture du rapport de M. Hirtz sur les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux et étrangers. Nous

espérions, comme tout le monde que la discussion déjà bien longue sur l'*étiologie du choléra* se terminerait enfin aujourd'hui. Il n'en est point ainsi, et M. Briquet prendra la parole dans la prochaine séance. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 *mars* 1875. — Présidence de M. Charcot.

16. Tumeur mélanique ganglionnaire de la région parotidienne; par M. Léger, interne des hôpitaux.

B. Francois, âgé de 20 ans, entre dans le service de M. Dolbeau pour une tumeur de la région parotidienne sur laquelle le médecin qui l'a traité donne les renseignements suivants : Au mois d'août, le sujet toujours bien portant, sans aucun antécédent et ayant encore ses parents, sentit sous l'angle de la mâchoire du côté gauche une petite tumeur roulant sous le doigt. Elle augmente rapidement et au mois de novembre le médecin qui croyait à un ganglion strumeux, sentant une fausse fluctuation, passa un tube à drainage. Aussitôt il y eut un accroissement rapide. Le tube coupa la partie qui séparait les deux ouvertures et l'ulcération ainsi formée se couvrit de bourgeons de mauvaise nature donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes.

A l'entrée à l'hôpital on voit dans la région parotidienne une tumeur à base d'implantation moins large que la surface, et du volume d'une petite orange. Son aspect était fongueux et grisâtre et la surface saignait très-facilement. Nulle part on ne trouvait alors de traces pouvant en indiquer la source. En présence de ces caractères et du début sous l'angle de la mâchoire, le diagnostic fut celui d'épithélioma ganglionnaire sous-maxillaire.

Le 11 après avoir rasé le malade pour l'opération, on vit sur la joue, et un peu cachée par la tumeur, une petite tache pigmentaire, sans aucun relief au-dessus de la peau, existant depuis la naissance au dire du malade et ayant même été plus étendue dans sa jeunesse. Les poils implantés sur cette place étaient complétement blancs. M. Dolbeau pensa dès lors qu'il s'agissait d'une mélanose ganglionnaire consécutive à un nœvus pigmentaire. — Au sommet du triangle sus-claviculaire, sur le bord externe du sterno-mastoïdien, existait aussi un ganglion de la grosseur d'une noix, sans changement de couleur à la peau et dont la présence n'avait été remarquée par le malade que depuis le mois de février.

Après l'incision de la peau, l'aspect des tissus confirme le diagnostic et maintenant on voit manifestement la couleur noire, disposée par îlots sur une coupe de la tumeur. La surface extérieure noirâtre à cause des applications de perchlorure de fer dirigées contre les hémorrhagies ne rappelle pas l'aspect qu'on constatait à l'entrée du malade et qui n'offrait alors aucune teinte pouvant contribuer à établir le diagnostic de mélanose.

Le ganglion cervical enlevé par M. Dolbeau en même temps que la tumeur présentait aussi la dégénérescence mélanique dans toute son étendue.

Quant aux caractères microscopiques, l'examen fait par M. Marcano, montre que cette tumeur est un sarcôme fasciculé avec îlots de matière mélanique masquant en ces points les cellules embryonnaires. Dans quelques endroits l'amas moins considérable de ces granulations permet de voir leurs rapports avec ces cellules et on constate qu'elles se trouvent dans le protoplasma lui-même.

19. Constipation opiniâtre due à un lipome pédiculé du rectum ; par Ch. Afez[illegible]u.

C. Marie, âgée de 83 ans; (hospice des Ménages, service de M. Cl. Bernard). *Antécédents.* — Dans sa jeunesse cette dame a eu des hémorrhoïdes. Depuis sa dernière couche en 1814, elle avait une déviation de l'utérus qui fut soignée plus tard par Velpeau. — Aussi éprouvait-elle à peu près constamment des troubles digestifs, tels que des coliques et des alternatives de constipation et de diarrhée.

Il y a deux ans la constipation commença à devenir plus opiniâtre. La veuve C. sentait un véritable poids à l'anus. — Elle ne pouvait aller à la selle que par lavements. Jamais elle n'a rendu de sang. — Deux années se sont passées, et le poids qu'elle sentait à l'anus ne faisait qu'augmenter. — Les envies d'aller à la garde-robe devenaient plus fréquentes; mais malgré tous ses efforts la malade ne pouvait rien évacuer sans lavements.

Au 17 décembre 1874 la malade entra à l'infirmerie pour une pneumonie droite bien caractérisée et qui guérit parfaitement. — Pendant la convalescence de sa pneumonie, la malade était toujours très-constipée, elle était tourmentée par des épreintes douloureuses plusieurs fois dans la journée. — En même temps elle éprouvait des coliques et des douleurs sourdes dans tout l'abdomen.

On n'accordait pas beaucoup d'importance à ces troubles digestifs et l'on pensait qu'ils disparaîtraient à l'aide de quelques laxatifs. Cependant on essaya sans succès la rhubarbe prise journellement à petite dose.

La malade sortit de l'infirmerie le 15 février, bien guérie de sa pneumonie ; mais souffrant toujours de coliques sourdes, et d'épreintes très-fréquentes. La sensation d'un poids à l'anus persistait et ce poids semblait même augmenter. Du 15 au 27 février madame C. a pris des lavements presque tous les jours.

Le 27 février elle a même essayé de prendre trois lavements coup sur coup, mais le liquide ne pouvait pénétrer. — Elle sentait elle-même un obstacle au-dessus de l'anus; et toute la journée elle éprouva un besoin pressant d'aller à la selle. — Ne voulant pas faire part au médecin de ce qu'elle éprouvait elle introduisit elle-même profondément l'index dans l'anus, et sentit au bout du doigt quelque chose de mou. A deux heures elle fit un dernier effort pour aller à la garde-robe, et rendit un petit corps ovoïde un peu mou, d'aspect rougeâtre, et un peu plus gros qu'un œuf de pigeon. Ce corps fut évacué tout seul, sans écoulement sanguin, sans mélange de matières fécales.

Immédiatement elle se sentit soulagée, et depuis ce moment elle n'a plus besoin de lavement pour aller à la selle et n'éprouve plus ni coliques ni épreintes.

Ce petit corps ovoïde, de consistance un peu molle, fut d'abord pris pour un polype du rectum. — Le pédicule était en effet bien apparent sur la petite extrémité. — Mais en pratiquant une coupe on a vu clairement que la tumeur était constituée uniquement par du tissu adipeux. — Poids du lipôme: 20 grammes.

20. Goître kystique; par Hutinel, interne.

M... 32 ans, employé, entre dans les premiers jours de février à la Maison de santé (service de M. Demarquay) pour se faire enlever un goître qui gêne la respiration et la déglutition. Cette tumeur s'est développée depuis dix-huit mois. Dans sa jeunesse, la malade a présenté de nombreuses manifestations de scrofule; il a été soigné pour la syphilis, il y a plusieurs années; il tousse et crache abondamment depuis deux ans; de plus il a vu survenir dans ces derniers temps une anasarque considérable. On constate la présence d'une très-grande quantité d'albumine dans les urines, l'existence d'une caverne au sommet du poumon gauche, et une carie scrofuleuse du 3e métacarpien droit.

La tumeur goitreuse a déjà pris un grand développement; elle gêne la respiration et donne lieu par moments à du cornage: elle refoule en dehors les vaisseaux du cou et produit de la dysphagie. Formée de trois lobes, deux latéraux et un médian, la tumeur est mollasse sur les parties latérales, presque fluctuante au centre. Une ponction exploratrice ne donne pas de liquide. Pas de souffles vasculaires, pas d'expansion de la tumeur pendant la systole cardiaque; rien qui indique un développement exagéré des vaisseaux.

L'état général du malade ne permettant pas de songer à une opération, on le fait passer dans le service de M. Féréol, où il succomba le 8 mars après avoir présenté des accidents urémiques.

Autopsie. — Gros reins blancs. — Caverne au sommet du poumon gauche; îlots grisâtres de pneumonie caséeuse et tubercules miliaires. — Cœur gros, sans lésion.

Le corps thyroïde est enlevé en totalité. Ses parties latérales passent en arrière de la trachée et de l'œsophage et se re-

joignent, en formant autour de ces deux conduits un cercle complet. La trachée est aplatie latéralement. Les jugulaires adhèrent aux côtés de la tumeur; les carotides sont libres et rejetées en dehors. Volumineuse et trilobée, la tumeur thyroïdienne est enveloppée de tissu conjonctif lâche; les muscles sous-hyoïdiens sont aplatis sur elle. On y distingue à la coupe, une coque épaisse, conjonctive, et un parenchyme qui diffère d'aspect selon les points que l'on examine.

Le lobe médian, fluctuant pendant la vie, est creusé de nombreuses vacuoles, à minces parois allongées, anguleuses, irrégulières. En cherchant avec un stylet, ou en examinant la coupe sous un filet d'eau, on ne trouve aucune communication entre ces cavités. M. Boecbat ayant découvert des communications entre les cellules de la thyroïde, qui ne seraient pour lui qu'un système de canaux, il eût été intéressant de vérifier cette assertion dans ce cas pathologique, car il semblait présenter avec un grossissement naturel les différents éléments constituants de la glande.

Dans les cavités se trouve un liquide jaunâtre, visqueux, riche en cholestérine, en corps granuleux et contenant quelques globules sanguins.

Les autres lobes de la tumeur se font remarquer par un développement plus considérable du stroma conjonctif, et par un volume moindre des alvéoles creusées dans son épaisseur.

Outre l'intérêt que cette tumeur offrait au point de vue de l'anatomie normale de la glande, il y a une utilité incontestable au point de vue chirurgical à signaler les rapports qu'elle affectait avec l'œsophage, la trachée et les veines jugulaires, rapports tellement intimes que l'ablation eût été impossible, ou n'eût pu être que très-incomplète.

REVUE D'HYGIÈNE

L'hygiène de la saison chaude.

La plupart des indispositions règnantes, pendant les chaleurs a pour cause déterminante non pas l'élévation de la température, ou un état spécial de pression barométrique, mais l'imprudence d'un grand nombre de personnes peu soucieuses des lois les plus élémentaires de l'hygiène.

L'usage continuel des boissons froides et prétendues rafraîchissantes, de sirops acides, des liquides fermentés a pour malheureux résultat, de troubler profondément les fonctions de l'estomac, de noyer pour ainsi dire, de délier, à l'excès, le suc gastrique et d'en annihiler l'action; de paralyser l'énergie de l'organe et de lui retirer toute puissance digestive.

« La fausse soif qui résulte de l'abus des liquides, dit un anglais, le docteur Druit, n'est jamais calmée, mais est aggravée au contraire par de copieuses libations; c'est un commun symptôme de dyspepsie. »

Il ne s'agit pas ici d'examiner la valeur, en elle-même, des boissons auxquelles on a si généralement recours: Les bières frelatées, les sirops acidifiés par des agents chimiques, pour la plupart toxiques; les absinthes, les vermouths, les bitters obtenus par des procédés dont il ne sera jamais assez sévèrement fait justice. Le procès de toutes ces adultérations, si fatales à la santé publique, n'est pas de notre sujet et nous entraînerait trop loin. Que chacun de nous jette les yeux autour de lui, disait il y a un an, le docteur Fitz-Gerald, de Folkestone, dans une remarquable conférence sur le vin, et que l'on considère combien peu de gens sont capables de boire la bière avec impunité. »

Nous n'avons ici à étudier que l'effet produit sur l'organisme par l'abus des boissons rafraichissantes, et cet abus amène par lui seul dans l'état général de véritables désordres.

L'estomac, alourdi, anéanti, affadi, perd toute appétence; il ne réclame aucun aliment et si la raison cherche à lui en imposer, il manifeste une répulsion formelle. Le cœur se soulève, selon l'expression vulgaire.

Alors encore, la dépense considérable que fait le corps par le mouvement, par une transpiration excessive, n'est pas compensée par un aliment réparateur; l'intestin ne fonctionne plus; l'organisme entier est en souffrance, l'équilibre est suspendu; le mal survient.

La liste peut être longue des maladies qui succèdent à l'indisposition, et qui sont la conséquence de cette désorganisation du fonctionnement vital. Nous n'avons pas à entreprendre cette liste non plus qu'à combattre ces maladies; il s'agit pour nous de les prévenir par les recommandations d'une sage logique et d'une saine hygiène.

Tonifier et non débiliter c'est évidemment une loi toute élémentaire; il s'agit seulement de tonifier par un moyen normal, sans s'exposer aux accidents qui peuvent résulter d'un usage trop absolu des toniques, c'est-à-dire l'irritation et souvent l'inflammation des organes intestinaux.

De l'avis des plus sages hygiénistes, c'est le vin qui est le véritable et le plus sûr reconfortant, et c'est dans le choix du vin, que se trouvent les conditions de la santé. Les vins de table sont loin de réunir, dans des proportions normales, les deux éléments constitutifs d'un vrai vin: l'acide tartrique et le tannin. Or le tannin est l'élément corroborant par excellence; cette substance possède, sur notre sol, les qualités et les vertus qui font tant rechercher cet autre agent d'importation étrangère, le quinquina, comme élément de la constitution du vin, le tannin a sur le quinquina cet avantage, qu'il se trouve dans le vin en parfaite suspension, tandis que le quinquina n'y peut être introduit que par un travail de laboratoire à l'aide de l'alcool comme véhicule.

Ce sont là les conditions qui ont fait recommander presque généralement, nous ne dirons pas seulement dans nos hôpitaux, mais dans l'hygiène de la famille, l'usage du vin de Saint-Raphaël duquel l'éminent professeur d'hygiène à la Faculté, M. Bouchardat a dit qu'il était le plus recommandable et le plus riche en tannin que l'on connaisse, qu'on pouvait avec raison l'appeler un vin de quinquina naturel. Et c'est précisément parce qu'il peut et doit être pris à petite dose, que le vin de Saint-Raphaël agit en toute circonstance comme le plus salutaire et le plus généreux des cordiaux pour soutenir l'énergie vitale, pour prévenir dans la saison des chaleurs ces débauches de boissons si fréquemment fatales, et aussi dans bien d'autres cas que nous n'avons pas à développer, pour donner l'énergie au tempérament, la vigueur aux fonctions digestives, l'activité à la circulation du sang.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

II. De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques; par P. Berger. G. Masson, éditeur.

Nous pourrions faire à propos de la thèse de M. Berger, les observations qui déjà ont été faites plusieurs fois dans ce journal, à propos du temps donné aux candidats à l'agrégation pour écrire leurs thèses. Sans être aussi long que le travail de M. Julien, celui de M. Berger ne s'en ressent pas moins de la précipitation de la conception et de la rédaction. Nous nous empressons toutefois de faire remarquer que nous n'attachons qu'une faible importance à ces critiques qui laissent intactes l'érudition du candidat et qui n'atteignent même pas son talent d'exposition.

Ceci dit, entrons un peu dans le corps du sujet, sujet vaste et encore bien peu étudié. A part quelques thèses, on ne peut guère citer, en effet, que M. le professeur Verneuil, en France qui tant dans son enseignement que dans ses écrits, appelle l'attention sur les relations existantes entre les maladies constitutionnelles et les lésions traumatiques. M. Berger donne d'abord, d'après M. Verneuil, une définition un peu longue de la lésion traumatique, mais, néanmoins, claire et précise. — Il examine ensuite comment se comporte la lésion traumatique, dans les conditions ordinaires, chez un sujet exempt de toute maladie générale. L'auteur montre la contusion ou la plaie suivie tout d'abord des symptômes de l'inflammation, puis d'une production d'éléments réparateurs et enfin d'une élimination et d'une résorption des éléments devenus inutiles. C'était bien poser la question et se mettre en mesure d'étudier les déviations de ce phénomène pathologique Puis, pour mettre un peu de clarté dans son sujet, M. Berger fait un essai de classification qu'il ne donne pas comme parfait; mais qui lui permet de passer en revue les divers états

pathologiques par lesquels peuvent être modifiées les lésions traumatiques. Il les range en trois classes : 1° les diathèses proprement dites (goutte, rhumatisme, scrofule) ; 2° les intoxications (syphilis, impaludisme) ; 3° Les cachexies (diabète, albuminurie.)

Pour dresser un bilan de la question, l'auteur a eu bien peu de matériaux à consulter. Aussi obligé de rédiger un travail, en quelque sorte original a-t-il dû tirer de son propre fonds ou se borner à indiquer les *desiderata* de la science et ils sont nombreux sur ce sujet. Mais au moins, a-t-il pu remplir sa tâche en posant quelques jalons. A propos de chaque maladie le candidat se pose toujours les mêmes questions qui revenant ainsi périodiquement impriment à son travail une certaine monotonie. Ainsi, il examine l'influence de la maladie *à l'état latent, à l'état patent, à l'état cachectique* sur les traumatismes. Il nous montre, par exemple, une attaque de goutte succédant à un traumatisme alors que le malade n'en avait pas encore eu d'attaque ; les lésions articulaires qui succèdent à des contusions chez un sujet en puissance de scrofule, la modification des plaies chez les syphilitiques. Quant à l'état cachectique, M. Berger nous montre la maladie perdant son cachet propre pour devenir un état particulier toujours semblable à lui-même qu'il s'agisse de scrofules, de phthisie, de diabète, d'albuminurie. Alors, en effet, non-seulement le sang est modifié par une diathèse, mais il contient des principes sécrétés en trop ou des éléments excrétés en moins. En un mot, il devient impropre à la nutrition, partant à la réparation des plaies. De là découlent naturellement les indications et les contre-indications des opérations. Chez un phthisique, atteint de dégénérescence du foie et des reins, on devra s'abstenir de toute opération. D'autres, dont les organes hématopoiétiques seront intacts, pourront subir avec succès les opérations, par exemple, l'opération de la fistule à l'anus.

M. Berger a parfaitement fait ressortir des différents chapitres de sa thèse les déductions pratiques qu'ils comportaient. Il a fait une œuvre que consulteront avec fruit ceux qui voudront poursuivre ces études, études dignes de la méditation des chirurgiens et qu'a, le premier, abordées M. Verneuil.

Dr G. BOUTEILLIER.

III. De la valeur de l'Hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus; par S. Pozzi (Thèse d'agrégation de chirurgie, Paris 1875.) G. Masson, éditeur.

Le sujet de cette thèse est excessivement délicat ; et nous comprenons quels doivent être les embarras d'un concurrent à l'agrégation chargé d'élucider une question aussi brûlante.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler les divergences extrêmes des chirurgiens sur ce point de la pathologie utérine (Voir *Progrès médical*, 1873, p. 288) et notamment les appréciations contradictoires de MM. Péan, Boinet et Demarquay. L'Académie de médecine, consultée en 1872 sur l'opportunité de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de la matrice, n'avait point émis une opinion bien franche sur ce point. Par l'intermédiaire de M. le professeur Richet, elle s'était réservé de revenir plus tard sur ce mode opératoire, bien qu'elle eût adopté les conclusions du rapport de Demarquay. Ce dernier admettait qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques lorsqu'elles sont compatibles avec la vie et que, dans les cas plus graves, il faut les respecter encore, parce que la mort est la conséquence presque fatale de la perte de sang et de l'ébranlement de toute l'économie.

Un grand nombre de faits, publiés en France et à l'étranger, sont venus justifier les réserves formulées à l'occasion de ce rapport ; aujourd'hui, M. Pozzi a pu reprendre la question de l'hystérotomie abdominale en s'appuyant sur le chiffre fort respectable de 119 observations.

Après avoir exposé les divers procédés opératoires adoptés jusqu'à ce jour, après avoir consciencieusement critiqué les résultats obtenus, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes.

1° L'hystérotomie abdominale, dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, est une opération qui, bien que très-jeune, est parfaitement justifiée dans certains cas ; elle mérite de prendre définitivement rang dans la chirurgie.

2° Toutefois, il n'y a aucune comparaison à établir entre les indications de la gastrotomie pour les corps fibreux utérins et celles de la même opération pour les kystes de l'ovaire.

Tandis que la plus grande partie de ceux-ci réclame ou légitime cette opération, en raison de leur marche fatalement mortelle, l'immense majorité des gros corps fibreux de l'utérus ne l'indique pas d'une façon suffisante.

3° L'opération doit être réservée aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, qui ont une évolution rapide, galopante, et, s'accompagnent de phénomènes graves qui menacent l'existence.

4° Les gros corps fibreux qui ne rentrent pas dans la précédente catégorie, alors même qu'ils déterminent des accidents alarmants, doivent être traités par des moyens moins dangereux. On sait, en effet, que ces tumeurs tendent à s'amoindrir et à être tolérées à une période plus ou moins tardive ; et en tout cas, il paraît démontré par l'expérience que la mortalité résultant alors de l'expectation est moins forte que celle qui suit les opérations d'hystérotomie.

5° Quand, dans une gastrotomie faite par suite d'une erreur de diagnostic, on trouve une tumeur utérine au lieu d'un kyste de l'ovaire, il faut en pratiquer l'ablation plutôt que de laisser l'opération incomplète, alors même que le corps fibreux ne serait pas pédiculé. »

La deuxième partie de la thèse de M. Pozzi est consacrée à l'étude de l'hystérotomie vaginale. L'auteur donne à l'étude de cette méthode opératoire des développements assez longs ; il comprend sous le nom d'hystérotomie du col, l'incision simple de cet organe, l'incision suivie d'énucléation dans les cas de tumeurs fibreuses développées dans le tissu même du col et enfin l'excision complète du museau de tanche renfermant dans son épaisseur des corps fibreux très-développés qui provoquent un véritable allongement hypertrophique.

Dans le chapitre consacré à l'hystérotomie vaginale du corps de l'utérus, M. Pozzi insiste surtout sur l'*hystérotomie intra-utérine* imaginée par Velpeau, mise pour la première fois à exécution par Amussat, tombée en discrédit chez nous et finalement adoptée avec enthousiasme par les chirurgiens anglais ou américains. Voici, en résumé, la façon dont Marion Simes pratique cette opération : Après avoir préalablement dilaté le col avec l'éponge préparée, il saisit la tumeur avec un fort crochet et l'attire en avant, tandis qu'avec des ciseaux il coupe la capsule de la tumeur au niveau de ses insertions sur les portions latérales et postérieures. Il procède ensuite à l'énucléation soit avec le doigt, soit avec des *énucléateurs* (tiges d'aciers repliées en boucle à une extrémité). A mesure que l'énucléation se produit, la tumeur est fortement attirée au dehors à l'aide d'érygnes implantées profondément dans sa substance. — Un tableau renfermant le résumé de 64 opérations d'énucléation de tumeurs fibreuses utérines est annexé à ce chapitre.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur la clarté d'exposition et la méthode excellente qui facilitent singulièrement la lecture de cette monographie si riche en faits touchant aux sujets les plus variés et les plus complexes.

D.

MORTALITÉ A PARIS.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 6 août 1875, on a constaté 865 décès, savoir : variole, 6; — rougeole, 18; — scarlatine, 6; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 22;— pneumonie, 35; — dyssenterie, »; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 47; — *choléra nostras*, »: — angine couenneuse, 10; — croup, 16; — affections puerpérales, 6; — autres affections aiguës, 275; — affections chroniques, 352, dont 144 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 32; — causes accidentelles, 23.

LONDRES. — Population : 3.445.160 hab. Décès du 26 au 31 juillet, 1,422, savoir : variole, 1; — rougeole, 44; — scarlatine, 87; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 3; — bronchite, 69; — pneumonie, 45; — dyssenterie, »; — diarrhée, 137; — *choléra nostras*, 37; — diphthérie, 6; — croup, 7; — coqueluche, 63.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE.—M. Carlet (Joseph-Gaston), Dr ès sciences, est nommé professeur de zoologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Castiaux, Dr en médecine, est institué suppléant de pathologie externe, pour une période de six années.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Goultron de la Bâte (Ferdi-

nand-Louis-Alexandre), est institué suppléant pour la chaire de pathologie externe, pour une période de six années.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Dubrueil (Henri-François-Alphonse), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier (*Décret*).

Faculté de médecine de Paris. — M. Bochefontaine, Dr en médecine, est nommé préparateur de pathologie comparée et expérimentale à la faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Carville, démissionnaire.

Collége de France. — M. Ogier (Jules), licencié ès-sciences, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique au collége de France, en remplacement de M. Barbier, démissionnaire.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr Chapoy, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est institué suppléant pour les chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements, près la dite école, pour une période de six années.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Livon (Charles-Marie), Dr en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille pour une période de six années.

Faculté de médecine de Paris. — Le *Concours* pour deux places d'aides d'anatomie vient de se terminer par la nomination de MM. Campenon et Bouilly.

Hopital Rothschild. — M. le Dr Weill, ancien interne de l'hôpital Rothschild, vient d'être nommé médecin adjoint dudit hôpital.

Conseil municipal. — M. Asseline propose au Conseil d'inviter l'administration à placer à côté des plantes qui décorent les promenades publiques des étiquettes indiquant leur nom et leur origine. Cette proposition, à laquelle M. le préfet déclare être tout disposé à faire droit, est mise aux voix et adoptée. — C'est là une excellente mesure que l'on pourrait avantageusement étendre.

Epidémies. — A raison des progrès de l'épidémie qui règne en Syrie, le gouverneur général de l'Algérie a cru devoir interdire le pèlerinage de la Mecque aux indigènes musulmans de l'Algérie. Cette mesure avait déjà été prise l'an dernier.

Projet de création d'une faculté de médecine (*catholique*). — Aussitôt la loi votée sur l'enseignement supérieur, le parti clérical qui avait déjà préparé ses batteries s'est mis à l'œuvre pour créer à Paris même une université catholique. En gens habiles, les organisateurs de l'œuvre ont voulu bien se renseigner sur le mécanisme qu'il convient de lui appliquer, ils ne pouvaient mieux s'adresser qu'à Louvain, et le *Journal de Genève* publie, dans une de ses correspondances de Paris, la note suivante :

« Mgr. Naumèche, recteur magnifique de l'université de Louvain, est arrivé à Paris. Le prélat est descendu rue de Sèvres. Le but du voyage de Mgr Naumèche est de donner à la congrégation des Jésuites quelques détails circonstanciés sur l'organisation de l'université catholique de Louvain, qui peut être citée pour modèle de toutes les institutions libres de ce genre. Une députation de Jésuites, ayant à sa tête le supérieur de l'institution de l'Immaculée-Conception, rue de Vaugirard, est partie pour la Belgique, afin de voir fonctionner l'université catholique et se rendre un compte exact de l'organisation des cinq facultés que compte cet établissement. L'inauguration de la nouvelle université catholique, fondée dans la capitale par les Jésuites, doit avoir lieu l'année prochaine, au mois de mars. (*Art. méd. belge.*)

Une nouvelle espèce de société de médecine. — Le *Scalpel* de Liége et la *Presse médicale belge* nous apprennent qu'une nouvelle société médicale est en voie de formation en Belgique. Cette société que l'on décore d'un pompeux néologisme, l'*Iatrie belge*, a pour but, d'après l'article 1er de ses statuts, de défendre *catholiquement tous* les intérêts de médecine belge. L'article 7 de ces statuts porte : « La société aura, le plus tôt possible, pour organe public, une feuille mensuelle ou hebdomadaire, exclusivement médicale dans le sens catholique et portant le titre suivant : *L'Iatrie belge ou l'Union médicale de la science et de la foi.*

Avis aux anciens elèves de M. Demarquay. — Par suite des dernières dispositions testamentaires de M. Demarquay, ceux de ses anciens élèves qui désireraient avoir un souvenir de leur maître, en instruments ou en livres, devront s'adresser à MM. les docteurs Saint-Vel ou Vœlker, chez lesquels ils auront à les faire retirer du 1er août au 1er octobre 1875.

Jurisprudence médicale. — Le médecin inspecteur d'un établissement d'eaux minérales qui, bien que résidant pendant la saison des eaux dans la commune où est situé cet établissement, a sa résidence habituelle et principale dans une autre commune, doit être soumis au droit proportionnel de patente, non seulement dans la première commune, mais aussi dans la seconde. (*Conseil d'Etat*, 11 juillet 1871). (*Lyon médical.*)

Crémation. — On lit dans le *Pungolo* de Milan : « Nous avons donc la crémation d'un cadavre humain, celui du chevalier Albert Keller. Milan sera le premier à appliquer une grande réforme sanitaire qui a, à cette heure, le suffrage des plus hautes illustrations de la science. La municipalité a décidé de faire les choses avec une certaine solennité. On a déjà désigné l'emplacement où sera construite la chapelle avec l'autel crématoire. Elle s'élèvera derrière le cimetière monumental, en face de l'ossuaire, et sera adossée au mur d'enceinte. Sur l'invitation de la junte, les plus illustres partisans de la crémation assisteront à la cérémonie. Nous citerons MM. Palasciano, de Naples; le professeur Coletti, de Padoue; Dujardin, de Gênes; Musato, de Venise » (*Union méd.*)

Librairie J. B. BAILLIÈRE.

Monod (Ch.). Etude comparative des diverses méthodes de l'exérèse. In-8° de 115 p. 2 fr. 50.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL.**

Abadie (Ch.). Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages, 50 centimes.

Charcot (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par Bourneville. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière*; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr. ; pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25; pour nos abonnés, 4 fr. 75 (*franco*).

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Hémianesthésie cérébrale. — De l'Amblyopie.

Messieurs,

Dans la dernière séance, j'ai essayé d'établir qu'une forme particulière de l'hémianesthésie est une conséquence nécessaire des lésions qui portent sur la région postérieure de la capsule interne ou son émanation, dans la couronne rayonnante, leur action soit destructive, soit compressive ; je dirai encore : soit suspensive, me réservant de faire connaître bientôt la valeur du terme.

J'ai fondé cette proposition non-seulement sur des faits d'anatomie pathologique et de clinique, mais encore sur des faits d'expérimentation. J'ai exposé aussi quelques données d'anatomie pure, qui, à la vérité, demandent à certains égards une confirmation, mais qui, tels qu'ils sont, permettent d'entrevoir déjà, le mécanisme de la production de l'hémianesthésie en question.

Il est cependant un certain nombre de traits relatifs à ce composé symptomatique et à son interprétation anatomique et physiologique, que, à dessein, j'ai laissé dans l'ombre, afin de ne point surcharger le tableau. Je me propose d'y revenir aujourd'hui.

Permettez-moi tout d'abord de résumer en quelques mots les caractères cliniques de cette espèce d'hémianesthésie que je vous ai proposé de qualifier du nom d'*hémianesthésie cérébrale*, pour la distinguer de toutes les autres formes d'obnubilation ou de suppression dimidiée de la sensibilité ne reconnaissant pas pour origine une lésion du cerveau proprement dit.

C'est seulement dans ces derniers temps que l'hémianesthésie cérébrale, par lésion organique grossière — *Coarse disease*, comme dit M. H. Jackson, avec une liberté toute anglaise — a été l'objet d'études attentives. Le tableau qu'elle présente reproduit, vous le savez, exactement les traits de l'hémianesthésie des hystériques ; celle-ci, quant à présent mieux connue, peut nous servir de prototype.

Il s'agit, vous le savez, dans l'hystérie, d'une anesthésie *unilatérale*. L'anesthésie totale ne se montre là que dans des cas relativement exceptionnels. Un plan antéro-postérieur, passant par la ligne médiane du corps, établit la limite de l'insensibilité qui, sur le tronc, déborde cependant un peu en avant le sternum et en arrière la crête des apophyses épineuses. C'est là, du reste, un détail d'importance secondaire.

La tête, les membres, le tronc, d'un côté du corps sont donc affectés en même temps. Il peut naturellement y avoir des degrés dans la lésion fonctionnelle, mais elle porte fréquemment sur tous les modes de la sensibilité commune ; ainsi la sensibilité au tact, à la douleur, à la température sont souvent et simultanément obnubilées ou supprimées.

L'insensibilité s'étend aux parties profondes ; elle affecte les muscles qui peuvent être excités par l'électrisation sans que le malade en ait conscience. Les membranes muqueuses ne sont pas davantage épargnées. Ajoutons enfin, — et c'est là le point que je veux aujourd'hui faire ressortir surtout — que l'hémianesthésie n'atteint pas uniquement la sensibilité commune ; elle frappe aussi les *appareils sensoriels* sur le côté du corps où siége l'anesthésie cutanée, et cette *hémianesthésie sensorielle* n'intéresse pas seulement le domaine des nerfs qui prennent naissance dans le bulbe, tels que les nerfs du goût et de l'ouïe, elle porte aussi sur les nerfs de l'odorat et de la vision, dont l'origine est dans le cerveau proprement dit.

Tel est, Messieurs, le tableau très-vulgaire de l'hémianesthésie des hystériques. Si, à celle-ci, nous comparons actuellement l'hémianesthésie cérébrale organique, nous reconnaîtrons qu'une parfaite ressemblance peut être constatée, jusque dans les moindres détails.

Cette ressemblance a été relevée déjà soigneusement par nous-même relativement à la sensibilité commune (1) et par M. Magnan, en ce qui concerne les troubles de l'ouïe, de l'odorat et du goût (2). Je ne vois rien à ajouter à ce qui a été dit sur ce sujet. Dans ces derniers temps, nous nous sommes plus particulièrement occupés des phénomènes qui ont trait à la vision. Et, dans mon service à la Salpêtrière, M. le Dr Landolt s'est livré à ce propos à quelques recherches dont les résultats méritent d'être exposés sommairement.

Il ne me paraît pas sans intérêt d'entrer dans quelques développements pour vous montrer que, même sous le rapport des troubles visuels, — et c'est là, vous le reconnaîtrez bientôt, une proposition grosse de conséquences, — les choses se passent chez les sujets atteints de lésions cérébrales en foyer, absolument comme chez les hystériques. On peut dire qu'en réalité abstraction faite de sa mobilité proverbiale, l'amblyopie unilatérale des hystériques ne diffère par aucun caractère essentiel de l'amblyopie cérébrale croisée reconnaissant un point de départ organique.

Envisageons d'abord le cas de l'amblyopie hystérique : 1° ici la diminution plus ou moins prononcée, voire même — ceci est beaucoup plus rare,—la perte absolue de la faculté visuelle de l'œil du côté correspondant à l'hémianesthésie, est un premier fait aisément saisissable.

2° Une étude plus minutieuse permet de constater les particularités suivantes : il n'existe, dans le fond de l'œil, aucune altération visible à l'ophthalmoscope. La papille et la rétine sont dans des conditions tout à fait normales. L'examen comparatif du fond de l'œil des deux côtés ne dénote aucune différence appréciable dans la vascularisation des parties.

Si l'ophthalmoscope ne décèle pas d'altération appréciable dans l'*amblyopie* des hystériques, il n'en est plus de même de l'exploration fonctionnelle, de l'interrogatoire portant sur les phénomènes subjectifs. Voici ce qu'apprend ce mode d'exploration.

3° L'acuité visuelle, étudiée d'après les règles ordinaires, se montre fréquemment réduite de moitié ou même davantage.

4° Il existe un *rétrécissement concentrique et général du champ visuel.*

5° Enfin une analyse délicate a permis de reconnaître certaines particularités qui méritent de nous arrêter un instant : Il s'agit du *rétrécissement concentrique et général du champ visuel pour les couleurs.*

Déjà plusieurs auteurs, M. Galezowski entre autres, avaient fait remarquer l'existence fréquente de l'achromatopsie et de la dyschromatopsie chez les hystériques. C'est sur ce point que portent particulièrement les observations faites par M. Landolt dans mon service.

Je vous rappellerai que, à l'état normal, toutes les régions du champ visuel ne sont pas, tant s'en faut, également aptes à percevoir les couleurs. Il est des couleurs pour

(1) Voir les numéros 17 à 29, 31, 32 et 33 du *Progrès médical*.

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.*
(2) Magnan. — *Société de Biologie*

lesquelles le champ visuel est physiologiquement plus étendu que pour d'autres et ces différences dans l'étendue du champ visuel se reproduisent toujours, chez tous les sujets, suivant la même loi pour chaque couleur. Ainsi, c'est pour le bleu que le champ visuel est le plus vaste ; viennent ensuite le jaune, puis l'orangé, le rouge, le vert ; enfin, le violet n'est perçu que par les parties les plus centrales de la rétine. Or, Messieurs, dans l'état pathologique qui nous occupe, ces caractères de l'état normal se montrent en quelque sorte exagérés à des degrés variés. En effet, les divers cercles qui correspondent, dans l'exploration, aux limites de la vision pour chaque couleur, se rétrécissent concentriquement d'une façon plus ou moins accentuée suivant la loi reconnue pour l'état normal.

D'après cela, vous prévoyez sans peine les nombreuses combinaisons qui pourront se produire dans les cas d'hystérie où ce genre d'amblyopie est parvenu à un haut degré. Le cercle du violet pourra se rétrécir jusqu'à devenir nul ; puis, la maladie progressant ce sera le tour du vert, puis du rouge, puis de l'orangé. Le jaune et le bleu persisteront jusqu'à la dernière limite : ce sont, en effet, l'observation le démontre, les deux couleurs dont la sensation, chez les hystériques, se conserve le plus longtemps. Enfin, au degré le plus élevé, il pourra se faire que toutes les couleurs cessent d'être perçues et alors les objets colorés n'apparaîtront plus, en quelque sorte, aux yeux du malade que sous l'aspect où ils se présentent dans une aquarelle « à la sépia. »

Telle est, Messieurs, la série des phénomènes que nous avons maintes et maintes fois constatés dans l'amblyopie des hystériques Eh bien, ils se sont tous retrouvés constamment, avec leurs nuances variées, dans plusieurs cas d'amblyopie croisée accompagnés d'hémianesthésie et relevant d'une lésion en foyer du cerveau que nous avons récemment étudiés à ce point de vue : même diminution de l'acuité visuelle ; même rétrécissement concentrique et général du champ visuel pour les couleurs, même absence de lésions du fond de l'œil appréciables à l'ophthalmoscope, etc.

J'insiste particulièrement sur ce dernier caractère, parce qu'il permet de séparer nettement le trouble fonctionnel dont il s'agit, d'autres troubles visuels qui reconnaissent également pour cause une lésion organique intra-crânienne. Je fais allusion ici à ces altérations du fond de l'œil, facilement reconnaissables à l'ophthalmoscope, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *papille étranglée*, de *neuro-rétinite* et qui se montrent si fréquemment en conséquence de tumeurs encéphaliques *quels qu'en soient la nature et le siége* (1), de lésions variées agissant plus ou moins directement sur les bandelettes optiques.

En vous faisant reconnaître, Messieurs, que l'amblyopie croisée est une conséquence des lésions en foyer du cerveau qui déterminent l'hémianesthésie, j'ai relevé un fait d'une importance majeure pour la théorie des localisations cérébrales. Mais il ne saurait vous échapper que ce fait est en contradiction formelle avec les données généralement répandues. En effet, si l'on en croit la théorie mise en avant dès 1860 par Alb. de Graefe (2), et qui paraît régner encore aujourd'hui sans partage, ainsi qu'en témoigne un intéressant travail publié récemment par M. le Dr Schoen (3), ce n'est pas l'amblyopie croisée que déterminent les lésions absolument unilatérales du cerveau ; c'est un trouble visuel qui en diffère, à savoir : *l'hémiopie latérale homologue* ; en d'autres termes, une lésion cérébrale en foyer, du côté gauche, devrait, dans la théorie en question, entraîner la suppression ou l'obscurcissement de la moitié droite du champ visuel, et inversement pour le cas d'une lésion de l'hémisphère droit.

Je crois devoir protester contre ce que cette théorie offre, pour le moins, de trop absolu et de lui opposer la proposition suivante : *Les lésions des hémisphères cérébraux qui produisent l'hémianesthésie déterminent également l'amblyopie croisée et non l'hémiopie latérale.*

Je ne suis pas en mesure, remarquez-le bien, de décider que l'hémiopie latérale ne saurait être jamais la conséqueuce d une lésion en foyer du cerveau ; mais je suis disposé à croire que dans les cas de ce genre — si réellement il en existe — il s'agit surtout d'un phénomène de voisinage, par exemple d'une participation plus ou moins directe des bandelettes optiques. Je ne crois pas qu'il existe quant à présent une seule observation montrant clairement, en dehors de ces circonstances, l'hémiopie latérale développée en conséquence d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne ou du pied de la couronne rayonnante, tandis que les faits existent en certain nombre où une telle lésion a déterminé l'amblyopie croisée, se présentant avec tous les caractères que nous lui avons tout à l'heure assignés.

(*A suivre*).

(1) Voir sur ce sujet l'intéressant travail du Dr Annuske : *Die neuritis optica bei tumor cerebri*, in *Archiv für ophthalmologie*, 19, Bd. abth. III, 1873. p. 165.

(2) A. de Graefe. — *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 708. — Voir aussi : Vortraege aus der V. Graefe'schen Klinik Monatsbl. f. Augenhlkde, 1865, mai.

(3) Schoen. — *Archiv der Heilkunde*, 1875, 1er heft.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. le professeur TRÉLAT.**

2e LEÇON. — **Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. — Ecchondrose du fémur** (1).

Leçons recueillies par A. CARTAZ, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous avez pu voir ces jours-ci dans nos salles, deux malades porteurs de lésions qui, sans être identiques, peuvent cependant être rapprochées l'une de l'autre à différents points de vue.

La première malade est une jeune fille de dix-huit ans, bien portante, entrée depuis une semaine au no 12 de la salle Sainte-Rose ; elle se présentait dernièrement à la consultation en boitant beaucoup ; elle se plaignait de douleurs dans le genou, de difficultés de la marche, augmentées notablement dans ces derniers temps ; d'autre part, le genou était déformé ; la malade fut admise à l'hôpital sous la rubrique arthrite, réservant un diagnostic précis après examen complet, quand elle serait dans notre service.

En l'examinant avec attention, nous avons reconnu l'absence d'arthrite ; il existe une lésion peu commune à la vérité, mais assez facile à diagnostiquer. Disons tout d'abord qu'il n'y a pas d'affection coxo-fémorale ; des mouvements répétés nous ont prouvé que l'articulation était saine ; les mouvements de flexion, d'adduction et d'abduction s'exécutent très largement et sans la moindre douleur, ajoutez qu'il n'y a pas traces de déformation, de cicatrices, que la malade n'accuse aucune maladie antérieure de ce côté ; tout vient corroborer notre opinion première, que les causes de la claudication résident uniquement dans le genou.

Le genou gauche présente une déformation assez remarquable ; vous y reconnaîtrez bien, — et encore faut-il le chercher avec soin, — un léger degré d'hydarthrose, mais ce n'est pas cet épanchement très-minime qui cause la déformation ; c'est l'articulation elle-même qui en est le siége. On trouve en effet la rotule déviée en dedans ; elle n'est pas augmentée de volume, elle n'est pas fragmentée ni déformée ; elle n'est pas non plus véritablement luxée, car elle a conservé assez complétement ses rapports avec l'espace intercondylien ; mais elle est rejetée sur le côté interne. Au niveau du bord supérieur de la rotule, la main reconnaît une série de saillies qui ne sont autre chose que l'échancrure intercondylienne ; sans aller plus loin, nous constatons donc déjà une déviation des condyles fémoraux.

En poursuivant cet examen, on reconnaît que la face

(1) Voir les nos 30 et 31.

externe des condyles est devenue beaucoup plus antérieure et réciproquement la face interne est devenue postérieure; ou pour mieux dire, l'extrémité inférieure du fémur a subi une espèce de rotation, de déviation de dehors en dedans et en arrière. Dans le creux poplité, on sent, malgré le tissu graisseux, une saillie résistante, anomale, qui se trouve à la jonction de la partie moyenne et inférieure de cette région.

L'interrogatoire de la malade nous fournit d'autre part les renseignements suivants : il y a quatre ans, et je vous prie, Messieurs, de noter cette date qui a quelque importance si on la rapproche de l'âge de la malade, il y a, dis-je, quatre ans, cette jeune fille glissa sur le bord d'un trottoir et fit une chute sur le genou gauche. Impossibilité de se relever, douleurs très-vives, gonflement du genou, telles furent les suites immédiates de cet accident. Au bout de quinze jours passés complétement au lit, l'affection ne se modifiant pas, elle est transportée à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marjolin. Elle ne quitta l'hôpital qu'après un séjour d'un an, dont quatre mois dans le décubitus horizontal, et le membre inférieur placé successivement dans divers appareils qu'elle ne peut nous décrire. A sa sortie, elle avait retrouvé la marche, mais en conservant une claudication qui n'a pas diminué depuis.

Ces jours derniers, sous l'influence de fatigues exagérées, elle a été prise de douleurs dans ce même genou ; la marche est devenue plus difficile, et c'est ce qui l'a décidée à réclamer son admission.

Je vous ai dit qu'au premier abord nous avions songé à une arthrite fémoro-tibiale, mais il nous a suffi d'examiner la chose de près pour écarter immédiatement cette idée. Il n'y a là en effet, ni le gonflement, ni la déformation, ni la marche, en un mot, aucun des signes d'une semblable affection.

Je ne m'arrêterai pas à vous parler d'une affection de la hanche; vous avez pu voir que cette articulation jouissait avec la plus entière liberté de tous ses mouvements. Un symptôme pouvait attirer l'attention sur ce point ; c'est la déviation du bassin du côté du membre lésé, déviation en bas et en avant, purement compensatrice d'un raccourcissement vrai, réel, qui ne mesure pas moins de quatre centimètres et demi. Ce raccourcissement est dû comme nous allons le voir, à une déformation du squelette ; en nous aidant des signes cliniques et des commémoratifs, on peut affirmer l'existence d'une brisure de l'os. Je ne prononce pas à dessein le mot de fracture, vous allez comprendre pourquoi.

Dans cette région, on peut observer trois espèces de fractures : — 1° Fracture ou arrachement d'un seul condyle ; — 2° Fracture transversale et longitudinale ou intercondylienne ; — 3° Fracture sus-condylienne, les condyles étant complétement séparés de la diaphyse.

Est-ce à l'une de ces variétés que nous avons affaire ici ? Oui et non ; oui, car il y a eu certainement une séparation de l'extrémité inférieure de l'os ; non, car ce n'est point ici une fracture, dans le sens propre du mot.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, qu'à l'âge de notre malade, et à plus forte raison à l'âge qu'elle avait au moment de l'accident, les épiphyses sont encore séparées de la diaphyse par leur couche de cartilage, plus ou moins épaisse, suivant l'époque à laquelle on examine l'os. L'épiphyse inférieure du fémur commence à se souder seulement à dix-huit ans ; or, notre malade n'avait que quatorze ans lors de sa chute. Il existait par le fait de la présence de ce cartilage un point faible où s'est faite la séparation ; il y a eu *décollement* ou *arrachement épiphysaire* et non pas fracture.

Les fractures proprement dites de l'extrémité inférieure du fémur sont plus spéciales à l'âge mûr ou au commencement de la vieillesse. Elles sont le résultat de causes directes comme le choc d'un corps lourd ou animé d'une grande vitesse sur ce point du squelette ; plus fréquemment cependant elles succèdent à des causes indirectes, telles que chute sur les pieds, produisant un écrasement des condyles, ou chute sur le genou. C'est le cas de notre malade.

Dans cette variété, le mécanisme avait été expliqué par une transmission de la puissance fracturante par la rotule au fémur. Je pense plutôt, et c'est un point que j'ai discuté autrefois dans un travail sur ce sujet, que le tibia étant fixé sur le sol, la pression verticale exercée par le poids du corps sur l'extrémité inférieure du fémur en détermine la rupture.

C'est presque une règle, Messieurs, dans ces fractures, que le fragment supérieur soit taillé en pointe, représentant ainsi pour le fémur, ce que M. Gosselin a bien décrit pour le tibia (fractures cunéennes, en V). L'explication de cette particularité nous est fournie par une simple notion de structure anatomique ; toutes les fibres osseuses sont parallèles à l'axe du fémur ; le trait de fracture suit un interstice de ces fibres et s'arrête là où il finit, sur l'une ou l'autre face du fémur, au-dessus du col des condyles. On sent cette pointe faire saillie sous les téguments et le mouvement de chevauchement peut, dans certains cas, être assez prononcé pour déterminer la perforation des tissus.

Je ne m'étendrai pas à discuter devant vous la valeur du renversement en arrière du fragment inférieur ; admis par les uns, rejeté par les autres, ce signe a fourni, depuis Boyer jusqu'à nos jours, sujet à de nombreux débats scientifiques.

Dans notre cas, la saillie qu'il forme dans le creux poplité est située très bas ; cela tient à ce que ce fragment était très-court. C'est là, Messieurs, un danger qui se remarque surtout chez les enfants ; par suite de sa faible longueur, le fragment inférieur subit une bascule parfois très-prononcée ; il peut en résulter une compression dangereuse des vaisseaux. On cite des faits de gangrène ayant nécessité l'amputation et survenue par ce mécanisme.

Pour en revenir à notre cas particulier, nous n'avons plus ici à satisfaire à aucune indication relativement à la fracture ; la consolidation est faite. Il existe au niveau du foyer de fracture un peu de sensibilité et de douleur, bien exagérées par la malade, qui nous semble être entrée à l'hôpital surtout pour se reposer quelques jours. Le repos constitue, en effet, le seul traitement que réclame son état ; elle devra à l'avenir éviter la fatigue et pour remédier au raccourcissement, cause de la claudication, porter une bottine à talon.

— J'ai examiné devant vous un autre malade, porteur d'une tumeur très-intéressante, mais qui n'offre d'autre point de rapprochement avec le cas précédent que son siége à l'extrémité inférieure du fémur.

C'est un homme de cinquante-cinq ans entré dans notre service pour une affection tout à fait étrangère à celle dont je vais vous parler. Il a fait, il y a trois jours, une chute sur la fesse gauche ; il en est résulté une contusion assez forte, accompagnée d'ecchymoses et d'épanchements sanguins sous-cutanés, pour laquelle il est venu réclamer nos soins. En l'examinant, on trouve à la partie inféro interne de la cuisse gauche, une tumeur d'un volume d'un gros poing, dure, arrondie, assez régulière, sans adhérences et sans modifications de la peau qui glisse sur la tumeur. Celle-ci a toujours été et est encore indolore ; le malade n'éprouve de douleurs que lorsqu'on palpe et qu'on froisse les tissus pendant l'examen ; on rattache, du reste, très facilement, par le siége et la direction, ces douleurs au pincement de filets nerveux, particulièrement du saphène interne. Si vous commandez au malade d'exécuter des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la cuisse, vous reconnaîtrez sans peine que cette tumeur est sous-jacente aux muscles, qu'elle est immobile sur l'os, en un mot, qu'elle adhère au squelette. Sa base d'implantation se confond, en effet, avec le bord interne du fémur, et va jusqu'à la moitié de la face antérieure de cet os ; la tumeur est osseuse.

Les commémoratifs nous fournissent d'utiles renseignements pour le diagnostic ; cette tumeur, d'après ce que nous raconte le malade, date de la première enfance ; elle

a été constatée dès l'âge de six ans. Elle s'est développée progressivement jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, et, depuis ce moment, elle est restée stationnaire. Jamais, je le répète, de douleurs, de symptômes inflammatoires.

Au premier abord, l'idée d'une exostose épiphysaire vient tout naturellement à l'esprit; vous connaissez tous, Messieurs, les caractères de ces exostoses, dont une bonne description se trouve dans la thèse de M. Soulier. Mais il ne s'agit pas là d'une véritable exostose épiphysaire; c'est bien une exostose actuellement, mais, pendant longtemps, ce n'a été qu'un enchondrome, c'est ce qu'on a désigné sous le nom d'exostose cartilagineuse. Cette dénomination est, à mon sens, mauvaise; je lui préfèrerais celle d'ostéochondrophyte de M. Cruveilhier, s'il n'existait un mot qui s'applique de tous points à cette variété, c'est une *ecchondrose*.

De même qu'il peut se former des productions osseuses anormales, de même il peut survenir un développement exagéré de cartilage; la chose n'est pas plus difficile à expliquer pour un tissu que pour l'autre. Vous avez pu constater le premier fait chez une de nos malades de la salle Sainte-Rose, entrée pour une affection articulaire due à une cause générale dépendant du système nerveux (ataxie locomotrice); cette malade présente au niveau de l'insertion du grand adducteur à la racine de la cuisse, une exostose d'un genre tout spécial; c'est une ossification des insertions tendineuses, ossification qui a donné lieu à une tumeur exostosique de 2 à 3 centimètres.

On a signalé d'autre part de véritables ossifications du tissu musculaire; Larrey en a décrit dans le deltoïde gauche chez les vieux soldats; Pitha et Podraski en ont trouvé dans les muscles brachiaux antérieurs des gymnastes; enfin dernièrement Josephsohn (*Deutsche militairärztliche Zeitschrift*, 1874) a rapporté sept observations analogues qu'il a décrites sous le nom d'ostéomes des muscles adducteurs chez les cavaliers.

L'ecchondrose n'est que l'organisation pathologique d'un travail physiologique normal. Il existe, Messieurs, entre l'exostose vraie et l'ecchondrose une notable différence au point de vue du volume qu'elles peuvent acquérir; l'exostose ne croît pas beaucoup, la tumeur cartilagineuse, au contraire, peut croître aussi longtemps qu'il existera du cartilage épiphysaire et que la soudure ne sera pas complète. A ce moment, l'évolution en dimension s'arrête pour faire place à un autre phénomène; l'ossification envahit peu à peu plus ou moins complétement l'ecchondrose et finit par constituer une tumeur complétement osseuse; c'est ce qui est arrivé pour notre malade.

Je ne vous dirai rien du traitement, cet homme n'est pas entré pour cette affection et il n'entend pas qu'on intervienne à cet égard. Du reste, il n'y aurait lieu d'agir qu'autant que par son volume, la tumeur gênerait notablement les mouvements fonctionnels; encore serait-ce une détermination grave, que d'enlever une tumeur de ce volume et dans cette région; je vous le répète, nous n'avons pas à y songer dans le cas actuel. *(A suivre)*.

45. Erythème.

Saupoudrer fréquemment les parties malades avec de la poudre de lycopode ou d'amidon, ou avec du sous-nitrate de bismuth. — A l'intérieur, on donnera, suivant les indications, soit les alcalins et les antimoniaux, soit le fer et l'iode.

46. Erythème solaire.

Application d'eau froide, d'huile d'olive ou de liniment oléo-calcaire. — S'il se complique d'accidents généraux, de symptômes de congestion vers la tête, antiphlogistiques locaux ou généraux, application de glace sur la tête, purgatifs.

47. Diarrhée des enfants (*West*).

M. West prescrit la potion suivante dans les cas où, après une période de 2 ou trois jours, il continue à exister un degré notable de relâchement de l'intestin :

Extrait de bois de campêche....	4 gr.
Teinture de cachou,...........	7 —
Sirop......................	5 —
Eau de carvi..................	32 —

Une cuillerée à café trois fois par jour. Se rappeler que le bois de campêche laisse sur les langes une tache indélébile.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la contagion du suicide, à propos de l'épidémie actuelle, par M. Moreau fils. (Thèse inaugurale) (1).

(Suite et fin).

Les troubles moraux qui préludent aux accès, soit d'hystérie ou de mal caduc, ont, pour M. Moreau fils, force d'arguments. Un épileptique vint, anxieux, consulter M. son père. La veille, au soir, s'étant entretenu pacifiquement avec un ami, il aperçoit, au moment où il allait se mettre au lit, un couteau-poignard. Il s'en empare, va précipitamment frapper à la demeure de cet ami, avec la triste pensée de l'immoler. Heureusement, dès que la porte s'ouvre, il tombe foudroyé par une attaque. L'ami le relève et le reconduit chez lui, sans se douter du péril auquel il avait échappé.

Dans les grandes épidémies convulsives, on observerait également ce mélange ou cette succession bizarre d'anomalies psychiques. La plupart de ces choréiques qui, vers 1374, en Allemagne, parcourant les rues et les églises, dansaient jusqu'à épuisement, avaient des hallucinations et des accès d'épilepsie. Au XV[e] siècle, en Allemagne et en Danemark, les jeunes nonnains tressaillaient et *beslaient* comme des brebis ou montraient d'*estranges* spectacles. Au couvent de Kentorp, où les paroxysmes débutaient par une haleine puante, sitôt qu'une crise s'annonçait, toutes les malades étaient prises. Le diable les induisait à se rouler, à s'entremordre. La contagion n'était pas moins évidente parmi les possédées de Loudun et les convulsionnaires de Saint-Médard. L'*Ami de la Charte* (17 juillet 1833) raconte un fait de propagation singulier dans le pensionnat de M. Auteroche. Un élève était sujet à des accès de somnambulisme qui se communiquèrent à plusieurs de ses camarades, s'employant à le contenir. On fut obligé de les renvoyer momentanément dans leurs familles.

Mais les cas principalement significatifs sont ceux où domine l'élément passionnel ou instinctif. Un homme assiste à une exécution; il est depuis tourmenté par la crainte de commettre un meurtre. Ainsi d'une dame qui avait eu la curiosité de visiter le lieu où Papavoine avait immolé ses deux victimes. Combien d'attentats semblables n'a pas suscités le procès d'Henriette Cornier!

La stimulation, d'ailleurs, peut être spontanée, germer au sein d'un état mélancolique et même, *sans rime ni raison*, comme l'exprimait un consultant à M. Moreau. « Sauvez-moi, docteur, lui disait-il. Personne n'est plus heureux; j'aime ma femme et mes enfants; Eh bien! *J'ai envie de leur couper la gorge.* » Un tailleur de pierre s'était fait admettre à Bicêtre pour se garantir d'un semblable penchant. D'autres exemples prouvent que le besoin a souvent de funestes conséquences; celui notamment de deux femmes dont l'une introduisit son enfant dans un poêle, et l'autre, après avoir étouffé le sien, avait mis le feu à sa maison, pour le brûler avec elle.

Pour M. Moreau fils, une seule loi préside à ces phénomènes : celle que son père a développée si savamment dans son ouvrage sur la folie hystérique ou névropathique. Internes ou externes, tangibles ou latentes, simples ou multi-

(1) Voir le n° 33.

ples, physiologiques ou morbides, les causes, quelles qu'elles soient, occasionnent dans une portion du système nerveux un ébranlement qui, plus ou moins vif, peut, s'il se répète, s'étendre à d'autres portions de ce système, faire ainsi varier la physionomie des symptômes, prévenir ou paralyser la résistance volontaire.

Le suicide, à cet égard, ne différerait point des autres affections nerveuses. Mêmes conditions, mêmes explications. C'est cette analogie que M. Moreau fils s'est efforcé de mettre en lumière, en s'appuyant sur de nombreux faits, les historiques d'abord, en second lieu les héréditaires, puis, dans sept derniers paragraphes, les autres catégories. Le suicide chez les enfants, assez fréquent, lui paraît, dépit ou imitation, avoir essentiellement un caractère automatique. Où gît le problème délicat, à l'endroit de la théorie, c'est dans les cas exempts, en apparence, de toute lésion mentale. Pour quelques-uns, celui, par exemple, de cet homme qui, assistant au sauvetage d'un noyé, se précipite immédiatement dans la Seine, l'appréciation conclut sans peine au vertige. Parfois l'embarras est plus grand. Néanmoins, si l'on tient compte des aveux de ceux qui ont survécu à leur tentative, et notamment de ces délires partiels diffus, que nous avons décrits sous le nom de *pseudomonomanies*, et où la pensée du suicide se mêle si fréqnemment à tant d'aberrations occultes, on ne saurait manquer de découvrir la fortuité automatique d'un acte provenant d'une fascination paroxystique comparable à la rêverie de la veille. Dans deux seules exceptions, la difficulté reste entière. Une idée surgit, elle revient, elle s'impose et acquiert, comme nous l'avons dit, une sorte de fixité monomaniaque, que M. Moreau fils a très-bien comprise. Il y a, en outre, le suicide logique normal, sur lequel, peut-être, il n'a pas suffisamment insisté. Que notre jeune confrère me permette, d'ailleurs, relativement au suicide des enfants, de lui signaler un excellent article du *Journal de Médecine mentale*, où M. Collineau en a ingénieusement exposé le mode de production (t. VIII, p. 417).

Quant à la prédisposition, elle se résume en une sorte de diathèse héréditaire ou acquise, sol propice à la germination non-seulement du suicide, mais de toutes autres perturbations nerveuses. Esquirol n'aurait jamais vu un homme *complet* devenir fou. MM. Prosper Lucas et Bourdin ont, à propos du suicide, exprimé un jugement analogue. Tout en y acquiesçant, de son côté, M. Moreau fils observe sagement que tout individu qui attente à sa vie n'est pas un aliéné ordinaire et que tel qui, dans la sphère étroite de sa tendance, aurait, automate, droit au bénéfice de l'immunité, pourrait, sous d'autres rapports, conscient et libre, encourir une responsabilité légitime.

La médecine légale eût suscité de nombreuses questions. Que penser de l'indifférence ou de la sévérité des jurisprudences? L'interdiction, par l'église, de la sépulture chrétienne, est-elle opportune ? En cas de maintien, ne serait-elle pas, dans l'application, susceptible de tempéraments judicieux et conformes à la science? Certains conflits naissent encore des assurances sur la vie. M. Moreau fils, dans quelques pages seulement, n'a envisagé que les abus de la publicité, contre lesquels il réclame de sérieuses garanties. En faveur de cette demande, il a pu s'étayer d'autorités imposantes. Esquirol émettait le vœu qu'il fût défendu aux journaux d'enregistrer les suicides, et aux auteurs de glorifier la mort volontaire sur la scène ou dans leurs livres. MM. Prosper Lucas, Morel, Lisle, Legrand du Saule ont adhéré à ce désir ; M. Moreau fils cite également un passage éloquent d'un auteur italien, M. Appiano Buonafede.

Tous, cependant, n'ont pas la même confiance dans les mesures préventives. Ferrus, M. Brierre de Boismont les trouvent au moins inefficaces, sinon dangereuses. Comment, d'ailleurs, les appliquer sans inconvénient ? Devant cette perspective, les jurisconsultes eux-mêmes hésitent comme MM. Faustin-Hélie et Chevreau, ou reculent comme M. Desmaze.

On ne saurait nier, assurément, l'influence de la presse quotidienne, de certains romans et du théâtre. Mais ne l'a-t-on pas de beaucoup surfaite ? Nous avons lu les statistiques les plus récentes. Parmi les causes révélées, l'imitation ne figure même pas. On croit, d'après une assertion de M. Morel, à la fréquence de la contagion du suicide dans les asiles. Personnellement, en dehors de l'épilepsie et de l'hystérie, je ne connais aucun fait de ce genre. Les fous, en général, me paraissent trop circonscrits en eux-mêmes, pour s'impressionner des déterminations les uns des autres.

On ne saurait non plus, sous le rapport qui nous occupe, comparer le suicide à l'homicide et à l'incendie, qui donnent lieu à des procès retentissants, prolongés et dont l'impression persiste dans les esprits. En réalité, les journaux sont une sorte de tombeau pour les morts volontaires. Presque toutes y sont consignées sans commentaires. On les lit superficiellement, et le souvenir en est aussitôt atténué par les autres articles. Ce mode de propagation doit être restreint. On produit des exemples. Que sont dans un immense ensemble quelques cas isolés? Ce n'est pas tout d'alléguer vaguement la fréquence croissante des catastrophes. Pour qu'étiologiquement, une statistique porte ses fruits, il faut qu'un juste départ soit établi entre les causes. Or, précisément, en pareille matière, où une si grande obscurité pèse sur les origines, c'est le cadre de la contagion qui se trouve vide.

L'augmentation du suicide, en 1874, pourrait n'être qu'un trompe-l'œil. Admettons-la comme positive. La folie ausssi s'est manifestée dans des proportions insolites. C'était prévu. Il y a des secousses qui n'opèrent qu'à la longue. Ni les ruines ni les antagonismes n'ont diminué ; les perspectives de l'avenir n'ont pas cessé d'être sombres. Là, pour les 19/20, s'alimente le suicide. Bien faible serait la part de l'imitation. Cette semaine, j'ai eu à consulter deux dames atteintes de pseudomonomanie. L'une et l'autre, en proie à une fascination bizarre, sont également incitées à faire mal aux autres et à se détruire. Chez la première, l'affection provient d'une peur : de sa fenêtre elle avait aperçu une solive tombant d'un grenier et qu'elle crut avoir tué son mari. La seconde, fatiguée des soins prodigués à une sœur dans une longue maladie, eut la douleur d'assister aux cruelles angoisses de son agonie.

Au surplus, un coup d'œil jeté sur les faits de contagion un peu étendue, montre que la presse y est en général étrangère, et que, même, elle n'en a connaissance que lorsque déjà leurs ravages ont causé le deuil des populations. Il n'y avait point de journaux à l'époque des épidémies de Milet ou de Rome, ni quand Timon faisait savoir

aux Athéniens que, si quelqu'un avait envie de se pendre à un figuier de son enclos, il eût hâte, ledit figuier devant être arraché le lendemain. Cet arbre était le pendant de ceux de Passy et de Saint-Germain-en-Laye et du crochet des Invalides. Plusieurs mois se passèrent avant que, dans notre propre spécialité, nous ne connûmes l'épidémie hystéro-cataleptique de Morzines.

C'est qu'en effet, la contagion agit sur place et que, dans ce foyer, famille, groupe, cité, elle a son maximum de puissance et de rayonnement. Un sacristain se pend dans l'église d'une commune voisine de Paris. Deux personnes des environs attentent à leurs jours. Dans les épidémies militaires, les soldats qui se tuent appartiennent d'ordinaire au même bataillon ou au même régiment. Pour ces cas, issus d'une impression localisée, il n'est pas supposable que la publicité ait eu une influence que lui procure parfois l'éclat de certains suicides. La fin de lord Castlereagh fit une grande sensation en Angleterre. Il s'était précipité dans un des cratères du Vésuve. Longtemps encore après, les Anglais, pris de spleen, recherchaient le même genre de mort.

En somme, je ne vois pas d'intérêt majeur à une action restrictive exercée sur la presse. Certes, ne prévint-on qu'un petit nombre de déterminations funestes, ce serait quelque chose. Mais cet avantage, par combien d'inconvénients ne serait-il pas contrebalancé ? Où fixer la limite du permis et du défendu ? Comment, en présence d'un événement dont s'émeut la pitié publique, s'abstenir d'en narrer les circonstances ? A ce titre, il n'est point de procès criminel pour lequel, contre le vœu de la loi, il ne fallût fermer la porte des audiences et interdire la reproduction des débats. Quel champ ouvert à l'arbitraire ? Le contrôle dégénérerait bientôt en inquisition. Et à qui serait-il confié ? Le plus souvent à des épilogueurs, dont les scrupules, surexcités, fléchiraient à peine devant la transposition d'un point ou d'une virgule.

Un pareil régime serait intolérable. La presse est responsable. Pour se maintenir digne, elle doit être libre. Ce n'est point la moraliser que de l'exposer à d'avilissantes tracasseries. Puis, après tout, la lumière n'est-elle pas préférable à l'ombre qu'on réclame ? Ces récits, ces pièces, ces écrits qu'on redoute, sont aussi une source de précieux enseignements. A tout, il y a des contreparties. Dissimuler les plaies sociales, ce n'est pas les guérir. On compte sur les études des savants ou des moralistes ; a-t-on supputé le nombre des ouvrages profonds vainement entassés dans les bibliothèques ? Les idées n'ont jamais manqué aux réformes, dont l'avénement ne se réalise guère que sous la pression de l'opinion publique éclairée.

Par malheur, notre jugement est court. Dans les abus, nous ne sommes frappés que de la cause immédiate, sans remonter aux conditions dans lesquelles cette cause elle-même prend naissance. Guerre, d'abord, à l'ignorance qui, nous livrant à la merci de nos aveugles penchants, se pose au seuil de la mort volontaire ! qu'une éducation large et virile, pénétrant dans toutes les classes, illumine les consciences, affermisse les caractères, développe les généreux sentiments. Détruisons, par d'équitables lois et de bienfaisantes institutions, jusqu'au germe de la misère, de l'indifférence et de l'antagonisme. Par notre ardeur du progrès et l'exemple de nos dispositions fraternelles, pesons aussi sur les peuples, de manière à amener la réduction rapide de ces armées permanentes, chancre de la richesse publique, opprobre de la civilisation. Les désordres, les vices, les attentats, les suicides décroîtraient parallèlement.

On incrimine les journaux. A quoi tient que leur direction ne soit meilleure ? Mille voies s'ouvriraient à l'activité de la jeunesse. L'agriculture, non moins que de bras, a besoin d'intelligences. Education, viabilité, travaux publics, administratiou, économie sociale, que de perfectionnements en souffrance dans toutes ces branches ! Où sont les hommes sagement inspirés qui songent à former, à soutenir, à exalter les vocations en ce sens ? Le *laisser faire, laisser passer*, est partout absolu.

Conséquence : Une foule de déclassés qui, inaptes à conquérir aucun grade ou à remplir les fonctions auxquelles on les destinait, jettent leur dévolu sur une littérature vague. Ces fruits secs fournissent à la presse périodique une partie de ses recrues. La fougue leur tient lieu de talent et d'expérience. Ils écrivent sur tout, sans rien approfondir, visant à l'effet plus qu'au vrai, au produit plus qu'à la considération, et parfois, s'ils surgissent à quelque notoriété, arrivant à ce septicisme inconscient qui leur permet, mercenaires de la corruption, à l'abri du scrupule et au péril du pays, de trafiquer de leur plume comme d'une marchandise.

L'organisation, sur ce point, pèche comme sur une infinité d'autres. On émonde quelques ramilles, c'est le tronc qu'il faudrait saper, pour que l'arbre produisît de nouveaux rameaux où circule une sève puissante. Les suicides avorteraient ainsi dans leur œuf. On les conjurerait par centaines. Voilà l'idéal ! Mais, au pas dont on marche, parviendra-t-on jamais à l'atteindre ? DELASIAUVE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 août. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. CHATIN donne lecture du discours qu'il a prononcé aux funérailles de M. Desportes, puis la discussion sur *l'origine et l'étiologie du choléra* est reprise.

M. J. GUÉRIN attaque de nouveau le rapport de M. Woillez. Pour lui, l'importation du choléra en 1873 au Havre, à Rouen et de là à Paris, n'est point démontrée. Il paraît au contraire évident que, sous l'influence de certaines conditions, le mal a éclaté simultanément dans ces trois villes.

L'orateur conclut en disant que *scientifiquement* sa théorie ouvre de nouveaux horizons à à la pathologie ; *pratiquement* elle conduit a la réforme de toutes les précautions sanitaires actuellement en usage ; plus de quarantaines, plus d entraves au commerce ; toutes ces mesures sont vexatoires et illusoires ; il faut une prophylaxie basée sur les signes précurseurs que l'orateur a essayé de faire connaître.

MM. BRIQUET, CHAUFFARD, BARTH protestent contre la doctrine qu'on vient d'émettre. Une courte discussion s'élève. M. Chauffard explique qu'il a renoncé à la parole, parce que M. J. Guérin a laissé de côté les bases scientifiques du choléra.

M. LE PRÉSIDENT sur la demande d'un grand nombre d'académiciens, et plus spécialement de M. Barth, prononce la clôture de la discussion. Enfin !!!

A 4 heures et demie, comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. POGGIALE sur les titres des candidats aux places de membres associés et correspondants nationaux dans la 4[e] section. G. du B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 avril 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Hydrocéphalie congénitale; arrêt de développement de certaines parties du cerveau; par P. BUDIN, interne des hôpitaux.

La nommée M.., sans profession, âgée de 24 ans, primipare, entrait à la Maternité le 30 mars 1875 à 10 heures du matin. Cette femme avait été très-régulièrement menstruée depuis l'âge de 13 ans. La dernière apparition des règles datait du 15-20 juin 1874. Pendant les deux premiers mois de sa grossesse elle eut de la céphalalgie et des vomissements : par la suite, elle ne présenta aucun accident.

Lors de son entrée à la salle d'accouchement, on constata une présentation du sommet en O. I. G. A. Le 30 mars à 1 heure du soir on rompit les membranes et l'accouchement spontané eut lieu à 5 heures ; l'expulsion fut pénible. L'enfant qui était une fille, pesant 3,980 grammes, avait une tête volumineuse présentant des diamètres anormaux. Le diamètre occipito-frontal mesurait 13 centimètres ; l'occipito-mentonnier 17 centimètres, le bipariétal 10 centimètres 1/4 et le sous-occipito-bregmatique 10 centimètres 1/4. A la partie postérieure du crâne, les os étaient incomplétement ossifiés. Le placenta, qui était assez volumineux, présentait des dégénérescences fibro-graisseuses très-étendues qui occcupaient le tiers environ du volume total de l'organe. Il y avait en outre dans un point, à la surface fœtale du placenta, sous le chorion, de larges lamelles blanchâtres de fibrine. L'enfant vécut pendant 48 heures : il succomba le 1er avril dans l'après-midi, après avoir présenté les phénomènes ci-dessous rapportés : il n'a jamais tété ; mis au sein, il n'a jamais fait un mouvement pour prendre le mamelon. On fut obligé de lui donner le lait d'une nourrice à l'aide d'une cuiller ; il déglutissait sans difficulté. Il but ainsi jusqu'au 31 mars dans la nuit ; mais à partir du 1er avril à 1 heure du matin, il ne voulut plus rien prendre ; le peu de liquide soit lait, soit eau sucrée qu'on essayait de lui faire avaler était immédiatement rejeté. L'enfant allait naturellement à la garde-robe ; il rendit son méconium.

Abandonné à lui-même, il poussait continuellement un gémissement plaintif, uniforme, espèce de cri hydro-encéphalique ; mais dès qu'on le pinçait ou qu'on pouvait lui faire mal, il criait comme les autres enfants. Du reste la sensibilité était intacte chez lui ; pincé légèrement ou même touché, il retirait ses membres et s'agitait ; on n'a remarqué la paralysie d'aucune partie du corps.

L'autopsie fut faite le lendemain de sa mort. Les poumons, le cœur, l'estomac, le foie, les reins, la rate n'étaient le siége d'aucune lésion. L'ovaire droit était beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, il offrait les dimensions d'une noix et présentait plusieurs tumeurs semblables à celles que certains auteurs, M. Cullingworth, entre autres, ont décrit comme étant des kystes de l'ovaire chez des nouveau-nés. Ces ovaires ont été examinés par M. de Sinéty dont on connait la grande autorité en pareille matière, et ses préparations démontrent qu'il s'agit tout simplement de vésicules de de Graaf très-développées. Ce développement des vésicules de de Graaf est, suivant lui, un fait fréquent chez les enfants nouveau-nés.

On essaie d'ouvrir le crâne à sa base avec une scie très-fine. A peine en avait-on donné quelques coups qu'un liquide limpide, d'un jaune clair, commença à s'écouler. On recueillit 950 grammes de ce liquide. La voûte crânienne ayant été enlevée, on constata la disposition suivante :

Le bulbe, la protubérance, les pédoncules cérébraux, les corps striés, les couches optiques ont atteint leur développement normal : mais les deux hémisphères cérébraux ne sont représentés que par le lobe temporal et le lobe occipital, jusqu'à la scissure occipitale interne.

Les lobes frontaux et les lobes pariétaux, la voûte du corps calleux et le centre ovale de Vieussens font complétement défaut. Le crâne était volumineux, mais on n'y voyait pas cet écartement considérable des os qu'on rencontre ordinairement chez les hydrocéphales. Le reste de la cavité crânienne était rempli de liquide céphalo-rachidien. La dure-mère et la pie-mère se reconnaissaient facilement : distendues par du liquide à la partie antérieure, elles formaient, appliquées l'une contre l'autre, une grande poche qui s'appliquait elle-même exactement contre la paroi du crâne.

M. DURET. M. Budin m'ayant fait prévenir, j'ai pu examiner avec soin cette rare et singulière anomalie et je crois pouvoir en donner l'explication suivante. L'intégrité du corps strié, des couches optiques, et des lobes occipitaux, ne permet pas d'adopter, pour ce cas particulier, la théorie ancienne de la distension des hémisphères, par une quantité de liquide sécrétée anormalement dans les cavités ventriculaires. L'étendue de la lésion est en rapport avec les territoires vasculaires de la cérébrale antérieure et de la sylvienne. En recherchant ces deux vaisseaux à la base du crâne, on voit que les artères carotides primitives, quoique non oblitérées, sont d'un calibre très-petit : elles donnent naissance de chaque côté aux artères cérébrales antérieures et sylviennes, qui se ramifient aussitôt dans les membranes, et qui ne sont pas elles-mêmes plus volumineuses que les artères correspondantes du cerveau d'un fœtus de quatre mois. J'insiste sur ce fait qu'elles ne présentent pas les *arborisations* qu'on observe d'ordinaire sur ces circonvolutions du fœtus à terme : comme je l'ai démontré, ces *arborisations* apparaissent seulement sur le cerveau du fœtus de quatre mois, et leur développement est en rapport avec celui de la substance cérébrale, et en particulier de la couche corticale des hémisphères.

Je pense donc qu'une maladie des membranes (congestion, hémorrhagie, etc.), survenue à cette époque dans le champ de distribution des carotides a été l'origine de cette malformation des hémisphères. Ce qui semble confirmer cette opinion, c'est que la face interne de la pie-mère, au niveau des lobes antérieurs, a conservé une teinte rouillée, analogue à celle des anciens foyers hémorrhagiques. A quatre mois, les hémisphères cérébraux de l'embryon sont encore constitués par deux vésicules creuses. Il est digne de remarquer que le corps strié, quoique vascularisé par la sylvienne, était épargné ; mais ses artères lui viennent directement du tronc de la sylvienne, et ne rampent pas auparavant dans la pie-mère. Il n'est donc pas étonnant que la maladie de cette membrane n'ait pas empêché le développement normal du corps strié.

C'est là, croyons-nous, une anomalie pathologique qui n'avait pas encore été décrite.

2. Cysto-sarcome de la mamelle. — Opération. — Accidents rhumatismaux. — Péricardite rhumatismale. — Myômes de l'utérus ; par G. MARCANO, interne.

P... (Julie), couturière, âgée de 46 ans, entrée le 2 mars à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau, pour une tumeur de la mamelle gauche. Cette femme a eu deux enfants qu'elle n'a pas allaités. Après son dernier accouchement, qui date de 13 ans, elle a eu des fissures au sein gauche ; mais déjà, après le premier, il lui était resté dans le même organe de petites tumeurs, grosses comme une noisette, complétement indolentes, et qui furent considérées comme des engorgements laiteux. Elles étaient restées stationnaires jusqu'au commencement de l'année dernière époque à laquelle elles se mirent à grossir. Au mois de novembre l'accroissement devint encore plus rapide. Un médecin consulté y pratiqua une ponction qui donna une certaine quantité de liquide sanguinolent, mais qui ne diminua pas le volume de la tumeur. — Une semaine après (25 février), la partie centrale de la tumeur, correspondant au mamelon s'est ulcérée, et une hernie se produisit.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, on constate un volume si considérable de la mamelle gauche, qu'on ne peut pas la circonscrire avec les deux mains ; elle est mobile dans tous les sens, et ne suit pas le grand pectoral dans ses contractions. A son centre, au niveau du mamelon, la peau présente une ulcération, dont les lèvres laissent passer la partie herniée, qui présente le volume d'un œuf de poule. Cette partie de la tumeur est rouge, tandis que, partout ailleurs, la peau présente ses caractères normaux ; elle est seulement très-distendue, et un peu transparente ; à la partie supérieure elle est moins mobile, luisante et sillonnée par de nombreuses veinules dilatées, bleues.

La consistance est ferme au-dessous de la hernie, mais

dans quelques points on sent une fluctuation qui devient beaucoup plus manifeste et plus étendue à la partie supérieure. Là, il y a un énorme kyste facile à constater; c'est précisément dans cet endroit que la ponction a été faite.

La partie herniée est un peu réductible, par une compression légère qui provoque en même temps l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide sanguinolent; elle est, du reste, le siége d'un suintement continuel. Il n'y a jamais eu d'autre écoulement par le mamelon. Les bords de l'ulcération sont très-amincis. Pas de douleur. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de cachexie; anémie simple.

4 mars. — L'ablation est pratiquée par M. Dolbeau. La tumeur attaquée par la face antérieure se laisse facilement détacher de la couche celluleuse qui la sépare du grand pectoral. Un énorme kyste situé à la partie supérieure se vide en donnant issue à un liquide noir. L'aponévrose du grand pectoral présente de petits tractus blancs qui semblent être du tissu cellulaire induré par inflammation chronique. — Pansement à l'alcool. — La section de la tumeur montre qu'elle est constituée par un tissu blanc avec de petits points rouges; elle est dure, bourgeonnante à la coupe, et ne donne pas de suc. Le gros kyste de la partie supérieure n'a pas de paroi propre; il est limité par la masse même du néoplasme, qui, à ce niveau, devient grisâtre, induré. D'autres kystes plus petits sont épars dans la tumeur, renfermant aussi un liquide noir, qui n'est que du sang altéré. Il y a en outre par places de petites hémorrhagies capillaires libres.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome type.

Le 9 mars, la température monte brusquement à 39°,6, et le soir, il y a de l'agitation, de l'insomnie, et des douleurs articulaires.

10 mars. — Les poignets sont très-douloureux et gonflés ainsi que les articulations des doigts. T. 39°,8. La plaie ne présente rien d'anormal. En interrogeant la malade, on apprend qu'elle a déjà eu des attaques de rhumatisme. Sulfate de quinine. Soir: T. 40°.

Dans la nuit du 11 elle est atteinte de palpitations et de dyspnée; la respiration est courte, anxieuse et fréquente. A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de frottement à la base. A la partie supérieure du poumon droit, il y a de la matité dans une petite étendue, et le murmure vésiculaire, ainsi que les vibrations thoraciques, sont affaiblis. Pas de souffle. Le pouls est fréquent, mais sans irrégularités. Julep chloral. Extrait de belladone, 0,05 centigr.

Tous ces symptômes s'accentuent davantage, les jours suivants, et la malade finit par mourir le 18.

Autopsie. — Les tissus voisins de la plaie sont complètement sains; pas traces de phlegmasie du voisinage ni de fusées purulentes. Il n'y a pas non plus de veines ni de lymphatiques suppurés. A l'ouverture du thorax, on trouve le péricarde un peu distendu, et, après son ouverture, il laisse échapper 300 grammes d'un liquide séreux, trouble, où nagent des flocons blanchâtres, et des filaments isolés de fibrine concrète. Ses parois viscérales et pariétales sont recouvertes par une couche continue de fausses membranes blanchâtres, aréolaires, présentant une foule de petites saillies et de dépressions alternatives, formées par des irrégularités ayant de un à deux millimètres d'épaisseur; elles sont peu adhérentes, et on les sépare facilement de la séreuse; elles sont cependant très-friables. La séreuse péricardique est dépolie et présente çà et là de petits épanchements sanguins; ailleurs ce sont des arborisations très-fines, tendue, variable, mais plus marquées vers le centre de l'organe. — La plèvre contient à gauche un léger épanchement citrin. Les poumons sont sains.

L'utérus présente l'aspect d'un utérus bicorne, ce qui est dû à la présence de deux corps fibreux, situés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane; elles ont chacune la grosseur d'une orange; en faisant une coupe, on voit que les membranes limitantes de l'utérus leur servent de parois, et qu'elles se sont développées dans l'épaisseur de la tunique moyenne, mais que celle du côté gauche est beaucoup plus près de la muqueuse que l'autre; celle-ci en effet en est séparée par une épaisseur de un centimètre formée par la tunique musculeuse.

Ces tumeurs sont régulières à la coupe et présentent en même temps une structure aréolaire, due à des sortes de colonnes charnues qui limitent des espaces.

Les ovaires sont sains.

A l'examen microscopique de ces tumeurs on voit qu'elles sont composées de fibres cellules disposées en séries régulières et que ce sont des myomes de l'utérus.

3. Synovite tendineuse chronique avec kystes du médius de la main droite; par M. Berdinel, interne.

L. Jean, âgé de 54 ans, tailleur, était entré à l'hôpital Cochin dans le service de M. Després il y a un an environ pour une affection du genou qui fut considérée comme une arthrite sèche; il quitta l'hôpital un mois environ après son entrée, partit pour l'asile de Vincennes, où il fut employé, et ne quitta cet asile que pour revenir de nouveau à l'hôpital Cochin, (9 mars 1875).

Il ne se plaignait plus de son affection du genou; ce qui l'amenait cette fois, c'était une affection du médius de la main droite qui le gênait beaucoup au point de l'empêcher de continuer tout travail. On constate une tuméfaction notable de ce doigt, cette tuméfaction s'étendait jusque sur la partie moyenne de la paume de la main et siégeait très-manifestement dans la gaîne des tendons des fléchisseurs. Elle était bosselée, irrégulière, les dépressions horizontales qui séparent les bosselures correspondent aux jointures, aux points où la peau adhère notablement aux tissus sous-jacents.

Les bosselures ne présentaient point toutes le même volume; celle qui correspondait à la phalange était beaucoup plus grosse que les autres; elle pouvait atteindre le volume d'une petite noix; en même temps la peau était rouge en ce point; il n'existait au niveau des autres bosselures aucun changement de coloration; on éprouvait à ce niveau une sensation de fluctuation; y avait-il du liquide ou au contraire cette fluctuation était-elle le résultat de la présence de fongosités mollasses? On inclina vers cette dernière opinion; les diverses bosselures ne paraissaient point communiquer entre elles. Le début de l'affection remontait à onze mois au dire du malade, mais depuis une quinzaine de jours, il avait vu une des bosselures rougir et augmenter notablement.

On appliqua des cataplasmes sur la partie malade et quelques jours après on vit la peau s'amincir de plus en plus et enfin se perforer; par la pression on fit sourdre une masse blanchâtre dans laquelle on reconnut des fongosités; on fit faire des injections de teinture d'iode dans le kyste.

Quelques jours après cette ouverture spontanée du kyste, le malade mourut avec les signes d'une affection des poumons.

A l'autopsie, on trouve le poumon droit complétement farci de granulations miliaires; elles étaient beaucoup moins nombreuses dans le poumon gauche. L'examen du genou droit permit de reconnaître une arthrite chronique. Autour de l'articulation, sans communication avec elle, il existait deux petites poches renfermant une matière d'apparence caséeuse.

M. Després demande si cette lésion est en rapport avec la goutte et le rhumatisme. Il fait observer que le malade était atteint d'arthrite sèche du genou.

M. Charcot ne croit pas que cette altération des gaînes tendineuses soit sous la dépendance de la goutte ou du rhumatisme; du moins, il n'en a jamais observé d'exemple.

4. Cancer primitif des voies biliaires; par M. Ch. Remy, interne.

Sophie Hayrant, couturière, âgée de 38 ans, entre le 29 décembre 1874, à l'hôpital de Lourcine (service de M. Lancereaux).

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires. Sa menstruation a toujours été régulière. En 1863, cette femme a eu une scarlatine pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Saint-Antoine. 3 Enfants, le dernier il y a douze ans.

29 décembre 1874. Etat actuel. — La malade est amaigrie, sa figure est pâle. Oppression assez marquée. Pas de fièvre. Les battements du cœur sont normaux, un peu sourds.

La malade se plaint d'avoir des palpitations dès qu'elle se fatigue un peu. Ces palpitations remontent à six mois et ont

augmenté depuis leur apparition; en même temps qu'elles, ont apparu des douleurs lombaires continuelles plus marquées la nuit que le jour, si bien que le sommeil est impossible.

Depuis un mois, la malade a suspendu son travail. Elle ne tousse pas; rien dans les poumons.

L'appétit est encore conservé; nausées de temps en temps, depuis six semaines; rien d'anormal dans le ventre qui est souple. Pas d'œdème des jambes; pas de bouffissure de la face. On n'observe qu'une douleur fixe en arrière de chaque côté de la colonne lombaire, douleur augmentant par la pression; de même un point douloureux au niveau de l'extrémité libre des fausses côtes droites. Le foie n'est pas augmenté de volume. Depuis six semaines l'urine est trouble. — Examinée par la chaleur et l'acide nitrique, elle donne un nuage d'albumine. L'examen microscopique montre de nombreuses cellules épithéliales polygonales provenant de la vessie et des uretères recouvertes de granulations grisâtres. — Nombreux leucocytes granuleux; grand nombre de globules graisseux. — Pas de cylindres.

5 *janvier* 1875. — Urine non albumineuse. — Densité 1030.

18 *janvier*. — Points douloureux à la pression au niveau des apophyses épineuses des dixième et douzième vertèbres dorsales, au niveau de l'angle des côtes droites correspondantes et à la partie antérieure des espaces intercostaux correspondants. A gauche et dans des points symétriques, la pression éveille la douleur, mais elle est moins vive que du côté opposé. Oppression assez vive.— Rien dans les poumons. Bromure de potassium, 4 grammes. L'urine est peu abondante; sa quantité varie entre 500 et 750 grammes; elle est foncée en couleur. — Densité 1026.

28 *janvier*. — Vomissements alimentaires survenant presque immédiatement après l'ingestion des aliments.

9 *février*. — L'urine prend une teinte acajou bien prononcée, la peau commence à jaunir. — Envies de vomir.

11 *février*. — La malade se plaint de ne pouvoir dormir à cause des douleurs lancinantes qu'elle ressent dans les deux hypochondres et qui l'obligent à rester assise dans son lit. — Les envies de vomir continuent.

12 *février*. — L'appétit est perdu, les vomissements reviennent. Les nausées, les vomissements, l'inappétence persistent. La teinte ictérique de la peau se prononce de plus en plus. Examen du sang immédiatement après la sortie de vaisseaux: — globules rouges déformés pour la plupart; — les leucocytes sont très-nombreux, il existe aussi des granulations dont quelques-unes sont réfringentes. — T. V. 38°, 8.

La jaunisse s'accentue de plus en plus, les conjonctives sont très-jaunes. — La peau est jaune brunâtre. La langue et les lèvres sont sèches, haleine fétide, vomissements répétés, fièvre vive. Cet état continue jusqu'au 6 mars, jour de la mort; les vomissements ont continué, la malade ne pouvait plus rien prendre; la faiblesse est devenue de plus en plus grande, l'abattement plus profond et la mort est ainsi arrivée insensiblement.

Autopsie, le 7 *mars*. — Tous les tissus ont une teinte jaune, résultant de l'imprégnation de la matière colorante de la bile.

Poumon et bronches. — Aucune altération, sauf quelques petits caillots peu adhérents dans les artères au niveau des éperons. — *Larynx*. — Rien à noter.

Cœur. — Chargé de graisse à la base. — Diminution de la cavité du ventricule gauche. — Tissu musculaire des parois, mou, flasque, caillot fibrineux jaune dans le cœur droit.

Rien dans la *vessie* ni dans *les reins*. *Utérus* normal. Les deux trompes sont adhérentes aux ovaires. *Estomac*. — Muqueuse ardoisée au niveau de la région pylorique. — *Pancréas*. — Intact. — On peut suivre ses deux canaux excréteurs jusqu'à l'ampoule de Water et au duodénum. — La tête du pancréas est englobée dans la tumeur, mais non dégénérée. — Absence de liquide dans le péritoine.

A la surface de l'*intestin grêle* et sur le trajet des vaisseaux, on voit de petites granulations noires, miliaires qui paraissent dues à des dilatations anévrysmatiques. Les ganglions mésentériques sont pigmentés. Les ganglions lombaires sont augmentés de volume, indurés, comme squirrheux. Les ganglions inguinaux sont durs et pigmentés. — *Foie*. Caillots fibrineux occupant la veine-porte, mais ne l'oblitérant pas. L'organe a un volume à peu près normal, mais sa couleur est un peu verdâtre; il présente, disséminés sur son bord tranchant, une dizaine de noyaux du volume d'une cerise, blancs, entourés d'une zône verdâtre.

Une masse lobulée, dure, blanchâtre, s'étend depuis la région occupée par la vésicule biliaire et depuis le hile jusqu'au duodénum et au pancréas, qu'elle ne s'est pas incorporé, mais elle a ulcéré le duodénum sur une surface ovale dont le grand diamètre a 3 centimètres.

La tumeur est appliquée sur la colonne vertébrale. La veine cave et l'aorte sont libres. La veine porte est déviée et contourne la tumeur, elle est intacte. Le canal cholédoque n'a pu être trouvé.

En examinant la portion adhérente au foie, on constate une dilatation des voies biliaires qui ont 1 centimètre de diamètre. On peut suivre ces canaux hépatiques jusqu'au canal cholédoque.

En détachant la tumeur, on trouve une poche kystique qui, ouverte, laisse écouler un liquide visqueux filant, analogue à l'albumine. L'intérieur du kyste est subdivisé par des cloisons qui rappellent l'aspect intérieur d'un canal kystique dilaté. La vésicule biliaire est ratatinée, rapetissée; son fond est occupé par un petit calcul friable. La muqueuse reconnaissable dans le canal cystique ne l'est plus au fond de la vésicule. Le point de départ de la tumeur est le fond de la vésicule. Les parois dégénérées ont 4 centimètres d'épaisseur. En descendant vers le duodénum, la tumeur englobe de nombreux ganglions, mais ceux qui sont appliqués sur le pancréas sont tout à fait sains. La couleur de la masse de la tumeur est blanc jaunâtre.

M. Malassez. Il est assez singulier de voir des ganglions éloignés de la tumeur primitive devenir carcinomateux. Je me rappelle avoir vu un épithéliome de l'estomac qui était accompagné de dégénérescence des ganglions du cou.

M. Charcot. Henoch signale dans son *Traité des maladies du bas-ventre*, l'altération des ganglions du triangle sous-claviculaire gauche, coïncidant avec un cancer des viscères abdominaux.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

IV. Etude comparative des diverses méthodes de l'exérèse, par M. le Dr Monod. — Un vol. 115 pages. J. B. Baillière, 1875.

Après un court avant-propos, où il limite son sujet en précisant l'acception relativement restreinte que le langage chirurgical actuel donne au mot exérèse, l'auteur consacre son premier chapitre à l'énumération et à la classification des méthodes de l'exérèse. Il fait voir en même temps, dans une rapide revue historique, à quelle époque ou sous quelle influence, elles ont fait leur apparition. Les nombreuses méthodes d'exérèse peuvent être rangées en deux groupes fondamentaux: 1° la *méthode sanglante*, dans laquelle la division des tissus est pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant; 2° les *méthodes non sanglantes*, dites encore *hémostatiques* ou *préservatrices*, parce qu'elles permettent au chirurgien d'opérer sans verser le sang, et parce que le genre de plaies qu'elles produisent expose moins le malade aux accidents graves des opérations. Ces méthodes comportent deux subdivisions importantes: d'une part, les *méthodes mécaniques* ou de *constriction* (ligature simple et élastique, écrasement linéaire, ligature extemporanée); les *méthodes de cautérisation* (cautérisation par le fer rouge et les caustiques, cautérisation galvanique).

Dans un deuxième chapitre, qui forme la portion la plus longue de la thèse, M. Monod étudie l'une après l'autre ces différentes méthodes, les mettant en parallèle aux différents points de vue du mode d'application, des effets qu'on en obtient, et des principales indications auxquelles elles peuvent satisfaire. Une méthode vaut surtout par ses effets et non par les instruments qu'elle emploie: aussi l'auteur évite-t-il de s'appesantir sur les modes d'application pour insister sur les résultats immédiats ou consécutifs (douleur, hémorrhagie, durée de l'opération, nature de la plaie, accidents généraux).

La méthode sanglante pourra paraître ne pas occuper dans ce travail une place digne de son importance. M. Monod prévoit ce reproche ; il n'a pas l'intention, dit-il, de refaire l'apologie d'une pratique consacrée par les siècles. Il préfère s'étendre — ce dont nous ne pouvons que le féliciter — sur des méthodes d'une découverte relativement récente et par conséquent moins bien connues. Nous recommandons spécialement au lecteur le paragraphe consacré à la ligature élastique et surtout l'étude très-complète que l'auteur a faite de la galvano-caustie. Dans cette partie vraiment neuve de sa thèse, il examine à un point de vue critique la valeur des deux instruments galvano-caustiques qui sont des agents d'exérèse, le *couteau galvanique*, préconisé par M. Verneuil, et l'*anse coupante*, dont M. Bœckel a bien fait ressortir le mode d'action.

Enfin, résumant dans un dernier chapitre les données qui résultent de l'étude analytique qu'il vient de faire, M. Monod cherche à préciser la valeur respective de ces diverses méthodes et indiquer les considérations souvent complexes qui doivent guider le chirurgien dans son choix. Il met en regard la méthode sanglante et les méthodes non-sanglantes, et conclut avec M. Broca, dans son Traité des tumeurs, que la méthode sanglante est la méthode générale, les autres sont des méthodes d'exception. Cependant il se hâte de reconnaître que depuis le moment où ces lignes ont été écrites, la question a fait un pas de plus. Des considérations d'un ordre plus général et plus élevées sont venues étendre le champ des méthodes non sanglantes. Jamais plus qu'à notre époque, on ne s'est préoccupé au point de vue des résultats opératoires, des conditions de milieu dans lesquelles l'opération est pratiquée, ni de l'état de l'opéré. En se plaçant à ce point de vue, qui est le point de vue vraiment clinique, il est incontestable que les méthodes nouvelles deviennent non plus de *choix*, mais de *nécessité*.

Lorsque le chirurgien a été conduit à rejeter l'instrument tranchant, à laquelle des méthodes non sanglantes donnera-t-il la préférence ? Pour répondre à cette dernière question l'auteur résume dans une sorte de synthèse rapide les avantages et les inconvénients de chacune d elles.

Enfin, il termine en indiquant une voie nouvelle qui appartient en propre à la chirurgie contemporaine, nous voulons parler de l'association et de la combinaison des diverses méthodes d'exérèse sous le nom de méthodes mixtes.

On trouvera dans la thèse de M. Monod un résumé complet de l'état actuel de la question de l'exérèse. Si le problème n'est pas résolu, les termes en sont nettement posés et la voie est tracée au chirurgien. Ce travail se recommande par des qualités de composition et de style qui rendent un sujet, aride par lui-même, d'une lecture facile et agréable.

Un index bibliographique, qui termine la thèse, renferme les principaux travaux se rapportant à la comparaison des diverses méthodes d'exérèse. L'auteur y a joint quelques indications concernant la ligature élastique et la combinaison des méthodes entre elles. E. M.

V. Des lésions traumatiques du foie, par ROUSTAN ; broch. in-8° de 124 pages. V. Ad. Delahaye, éditeur.

Pendant longtemps, on a négligé l'étude des lésions traumatiques du foie, ou plutôt on leur donnait une portée beaucoup trop grande, car les données étaient insuffisantes pour résoudre les problèmes qui s'y rapportaient. Aujourd'hui, l'anatomie du foie est à peu près complète ; la physiologie n'est plus à l'état d'ébauche, et l'on peut essayer d'écrire l'histoire de la pathologie chirurgicale de cet organe, en laissant de côté la confusion qui y régnait jusque dans ces derniers temps.

Que fallait-il faire pour arriver à ce but ? Réunir le plus grand nombre de faits, les examiner, les comparer et essayer d'éclaircir les points mal étudiés. C'est la marche qu'a tentée M. Roustan ; malheureusement, la plupart des observations, obscurcies par les hypothèses ou manquant des détails les plus essentiels, n'apportent que peu de lumière et laissent encore bien indécises des questions importantes.

L'étiologie et la pathogénie demandaient à être refaites complétement, car, sous l'influence d'un traumatisme, les maladies locales peuvent être aggravées, de même que l'on peut voir une diathèse saisir cette occasion pour se manifester par des actes morbides. C'est ainsi que l'auteur arrive à conclure que les traumatismes agiront plus facilement sur le foie, s'il devient plus friable, plus pesant, et augmenté de volume ; dans ce cas, également, les accidents seront plus redoutables, les malades étant exposés à des hémorrhagies foudroyantes, à des suppurations de l'organe hépatique.

L'*anatomie pathologique* laissait beaucoup à désirer ; pour la contusion, l'auteur l'emprunte presque complétement à M. Terrillon, qui a publié sur ce sujet un travail important dans les *Archives de physiologie* ; commençons par les lésions visibles à l'œil nu et qui comprennent les déchirures, les épanchements sanguins, les écoulements de bile, il en vient ensuite à l'anatomie microscopique, et là, il met à contribution non-seulement le travail de l'auteur français, mais encore ceux des Allemands et en particulier de Holm (1867), Hermann (1868), Koster (1868), Hüttenbrenner (1869), Ludwig Mayer (1872) Thiersch et Uwersky. M. Roustan n'ose pas conclure ; il rapporte les faits qu'il trouve très-intéressants et donne timidement son opinion, qu'il formule à peu près en ces termes : « Parmi les divers éléments qui concourent à la ré- » paration du foie, je placerai en première ligne l'exsudat, » le péritoine et les globules blancs, ensuite viendront le tissu » cellulaire, et, en dernière ligne, les cellules hépatiques, que » je ne crois pas aussi inertes qu'on a bien voulu le dire. »

Au point de vue clinique, la symptomatologie, la marche et la terminaison de la maladie doivent nous intéresser davantage ; c'est, qu'en effet, il n'est pas toujours facile de reconnaître une lésion du foie, et, cette lésion reconnue, il peut n'être pas sans difficulté d'en établir le pronostic. — Dans les cas de piqûres ou de plaies par armes à feu, il ne sera généralement pas facile de lever tous les doutes, il n'en sera pas de même pour les contusions que l'on ne pourra reconnaître que par une grande attention. C'est ainsi qu'il faudra étudier avec soin la *douleur* avec ses divers caractères, suivant qu'elle siége au niveau du foie, ou suivant qu'elle s'irradie vers l'appendice xiphoïde, ce qui, pour Boyer, est un signe de lésions de la face concave, et ce que Jules Simon explique par l'excitation du plexus solaire. L'auteur l'attribue tout simplement à un tiraillement du ligament suspenseur du foie. On comprend combien il est difficile de se prononcer dans ce cas. Il faudra également tenir compte de l'*ictère*, qui, cependant, manque très-souvent, puisque dans 267 observations, Ludwig ne l'a noté que 24 fois, 7 fois dans les cas de rupture, et 11 fois après la suite de coups de feu. La *fièvre*, l'*agitation*, le *délire* fourniront aussi quelques indications. L'*examen de l'urine* devra être fait avec le plus grand soin; il permettra de reconnaître les contusions bénignes du foie car, si bénignes qu'elles soient, elles se manifesteront toujours par des changements appréciables.

A l'aide de faits assez concluants, M. Roustan prouve que le pronostic des lésions traumatiques du foie est assez bénin en lui-même; la gravité dépend des complications qui, malheureusement, sont assez fréquentes; la commotion, en effet, l'hémorrhagie, la péritonite et l'abcès du foie emportent un assez grand nombre de malades qui, évidemment, auraient guéri si l'on avait pu s'opposer au développement des accidents consécutifs ; aussi, selon l'auteur, c'est vers ce but que doit tendre le traitement. Or, en quoi consiste ce traitement préventif et curatif ? Nous sommes obligé d'avouer que nous avons été déçu en abordant ce chapitre de la thèse de l'auteur ; nous n'y trouvons pas d'indications nouvelles et comme auparavant nous serons obligé de surveiller l'*hémorrhagie*, de prévenir et de traiter la péritonite dans ces faits comme dans les autres, de combattre l'*hépatite* comme on le fait ordinairement. Tout cela est bien vague et peu nouveau. Mentionnons seulement le traitement de la *commotion* où l'auteur, dans certains cas, bannit les débilitants et les émissions sanguines pour recommander les excitants généraux, alcool et éther.

On voit, d'après ce court aperçu, que la thèse de M. Roustan présente encore des *desiderata* ; était-il possible de faire mieux ? Peut-être avec plus de temps aurait-on pu mieux coordonner

les faits et en tirer des déductions plus positives, en tout cas, ce travail sera toujours consulté avec fruit lorsque l'on voudra traiter désormais la pathologie chirurgicale du foie. G. PELTIER.

VARIA

Assistance publique : projets de réformes.

Mon cher Bourneville,

Voici le texte exact des vœux que j'ai présentés à la dernière séance du Conseil municipal. Vos lecteurs n'auront pas de peine à reconnaître que ces vœux ne sont, comme je l'ai dit, d'ailleurs, à ceux de mes collègues qui ont bien voulu les signer avec moi, que le résumé de quelques-uns de vos travaux.

Les considérants du second vœu, celui qui a trait à la substitution des pharmaciens du Bureau de Bienfaisance, aux sœurs des maisons de secours, sont textuellement tirés du mémoire que la société de prévoyance des pharmaciens de Paris a fait récemment distribuer aux membres du Conseil municipal ; mais ce mémoire ne concluait qu'à l'interdiction de l'exercice de la pharmacie par des personnes non pourvues de diplômes. Contrairement à l'opinion de ceux qui regardent ces conclusions comme suffisantes, nous avons pensé que l'institution de pharmaciens du Bureau de Bienfaisance nommés au concours dans des conditions absolument semblables à celles qui sont exigées des pharmaciens des hôpitaux, serait la mesure qui offrirait le plus de garanties aux malades et à l'administration.

Pour ma part, je serai d'autant plus content de voir le texte complet de ces vœux publié dans le *Progrès médical*, que le premier a été, dans le compte-rendu de tous les journaux quotidiens, tronqué de façon à n'être pas reconnaissable.

A vous cordialement,
A. TALANDIER

Les soussignés,

Considérant qu'il est de la plus haute importance pour assurer des soins profitables aux malades dans les hôpitaux de Paris d'avoir un bon personnel d'infirmiers et d'infirmières,

Emettent le vœu que, par les soins de la Société médicale des hôpitaux de Paris, il soit organisé, — cela pourrait être à Bicêtre pour les hommes, et à la Salpêtrière pour les femmes, — un enseignement professionnel de petite chirurgie, de pharmacie et d'hygiène, dans lequel les personnes qui voudraient se dévouer au service des malades pourraient recevoir l'instruction théorique et pratique propre à en faire les utiles auxiliaires dont le corps médical a besoin ;

Et subsidiairement, considérant que si le personnel des infirmiers et surtout des infirmières laisse à désirer, cela tient, d'une part, à l'insuffisance des salaires, et d'autre part, au peu de considération accordée à des auxiliaires dont le rôle cependant est indispensable, et qui, quels que soient d'ailleurs leurs défauts, sont appelés, dans l'exercice de fonctions souvent répugnantes, à faire preuve tous les jours d'intelligence, de bonté, de force, d'adresse et de courage ;

Emettent le vœu que les salaires des infirmiers et des infirmières soient portés à un taux suffisant pour que l'administration ne soit pas réduite à accepter dans ce service des gens de tout métier et de tout caractère, n'ayant aucune notion des fonctions dont ils se chargent.

Les soussignés,

Considérant que l'exercice de la pharmacie par les sœurs, qui ne possèdent ni l'aptitude, ni les connaissances nécessaires, présente pour la santé des inconvénients et des dangers sérieux ;

Que, d'ailleurs, l'exercice de la pharmacie par les sœurs constitue une violation flagrante de l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803), qui stipule que nul autre que les pharmaciens ne pourra se livrer à la préparation et au débit des médicaments ;

Emettent le vœu : Que, dans chaque arrondissement de Paris, il soit établi au moins une pharmacie du bureau de bienfaisance ; — Que les pharmaciens du bureau de bienfaisance soient astreints à n'avoir aucune officine en ville et à ne point faire le commerce de la pharmacie pour leur compte ; — Que les dits pharmaciens du bureau de bienfaisance soient nommés au concours comme les pharmaciens des hôpitaux.

Les soussignés,

Considérant que le service des bains, à l'hôpital de la Pitié, en dépit des réparations coûteuses qui tous les ans, depuis 1870, sont faites à la salle des bains, est absolument insuffisant ;

Que les malades des quartiers de la Gare d'Ivry, de la Place d'Italie, de la Salpêtrière, de la Maison-Blanche, du Jardin des Plantes, de Saint-Victor, qui vont à la consultation de la Pitié, sont renvoyés pour les bains à la Charité ;

Emettent le vœu :

Qu'il soit établi à la Pitié un grand service de bains externes pouvant desservir toute la moitié correspondante de la rive gauche qui en est dépourvue ;

Et, dans le cas où il serait possible d'affecter à cette création le legs de 80,000 fr. fait récemment à l'hôpital de la Pitié par mademoiselle Joséphine du Barral, émettent le vœu que le nom de la bienfaitrice soit, en témoignage de reconnaissance, donné au bâtiment consacré à ce service balnéo-hydrothérapique.

Le choléra en Syrie.

D'après une lettre de Damas, en date du 22 juillet, lisons-nous dans le *Medical Times and Gazette* (14 août) — le choléra qui sévissait depuis quelque temps à Hamath, Antioche, etc., fait maintenant des ravages à Damas. 400 cas par jour sont rapportés ; mais le chiffre réel est caché. Le quartier chrétien de la ville est abandonné ; des morts subites ont lieu dans les rues. Il n'y a pas de médecins ; on manque de médicaments, d'objets de literie, d'habits, d'autant plus qu'on brûle tous les vêtements des cholériques décédés. La maladie existe aussi à Salahich, dans le Hauran, à Deir-Ali et chez les Druses. La lettre fait un appel à la nation anglaise, appel qui a déjà été entendu car on annonce un *meeting* pour examiner les moyens d'apporter un soulagement aux malheureux Syriens. Inutile de dire que, suivant leur louable habitude, nos voisins arriveront vite à des moyens pratiques. — D'après le *Berliner Klinik Wochenschrift* (9 août) il y aurait eu à Damas du 5 au 12 juillet, 1118 cas de choléra et 506 décès.

Universités catholiques.

Le *Bordeaux médical* attire avec raison l'attention de ses lecteurs et du conseil municipal de Bordeaux sur l'extrait suivant du procès-verbal d'une réunion (25 juillet) de l'*Institut philosophique d'Aquitaine*.

« M. Raynaud-Labrice propose d'établir, à la rentrée, des cours réguliers d'enseignement supérieur dans lesquels on pourrait grouper spécialement les étudiants en droit et en médecine. Ces cours seraient, en quelque sorte, une répétition *parfois corrigée de ceux qu'ils suivent dans leurs différentes facultés, en attendant l'établissement* ESPÉRÉ A BORDEAUX D'UNE UNIVERSITÉ CATHOLIQUE.

« M. Chauliac répond que, tout en désirant vivement l'établissement de ces cours, il ne juge pas qu'il appartienne à l'*Institut philosophique* de se poser en censeur de l'enseignement de l'Etat. M. Raynaud réplique qu'il ne prétend pas voir censurer l'enseignement de l'Etat, *mais bien rectifier, au point de vue de la philosophie catholique*, LES ERREURS TROP FRÉQUENTES *qui se glissent dans cet enseignement.*

La question est mise à l'étude, elle sera soumise à une prochaine assemblée générale. Dans le même ordre d'idées, M. Rozat propose au conseil de créer un *prix de 500 francs* qui serait décerné par l'*Institut philosophique* au meilleur mémoire sur les universités qui florissaient autrefois entre la Loire et les Pyrénées, et *les moyens pratiques de créer une université catholique* dans cette région.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité. Le programme de ce concours, élaboré en conseil, sera prochainement remis à la presse qui le fera connaître au public. L'administration municipale comprendra-t-elle qu'il y a urgence à presser l'installation de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, votée le 2 décembre 1874 par l'Assemblée nationale? Ce n'est assurément pas l'argent qui fera défaut pour mener à bien cette utile fondation, puisqu'on en trouve abondamment pour des travaux de luxe. »

La prostitution à Buenos-Ayres

Au commencement de cette année (5 janvier 1875), la municipalité de Buenos-Ayres a réglementé la prostitution dans cette ville. D'après ce règlement, toute femme qui, moyennant une rétribution quelconque, se livre à plusieurs individus, est une femme prostituée. L'exercice de la prostitution ne peut avoir lieu que dans les maisons tolérées, la prostitution clandestine étant interdite. En effet, tout individu qui reçoit dans sa maison ou son établissement, soit en qualité de locataire, de servante ou d'ouvrière, une femme qui se livre à la prostitution, est passible d'une amende de 216 fr. pour la première fois, du double pour la seconde fois et du triple pour la troisième fois. La prostituée clandestine est punie de huit jours de prison pour la première fois, de quinze jours pour la seconde fois, et d'un mois pour la troisième. La fille âgée de dix-huit ans au moins peut être inscrite dans une maison de prostitution, mais elle peut l'être avant cet âge s'il est prouvé qu'elle se livre à la prostitution.

Chaque maison tolérée doit avoir un médecin attitré, qui visitera les femmes deux fois par semaine et consignera sur un registre *ad hoc* le résultat de sa visite. Si une femme est enceinte, si elle s'est fait avorter, ou si elle est atteinte de syphilis, le médecin doit en informer la municipalité.

En réglementant la prostitution, la municipalité de Buenos-Ayres n'a pas toujours tenu compte des conseils qui lui avaient été transmis par le Conseil d'hygiène. Ainsi ce Conseil admettait la prostitution clandestine, tout en la soumettant aux prescriptions hygiéniques (visites médicales). Le Conseil demandait, en outre, la création de dispensaires, ou des médecins honorables examineraient les femmes, qui seraient tenues de s'y rendre deux fois par semaine. Enfin, le Conseil s'opposait à l'inscription des filles mineures. Toutes choses que la municipalité n'a pas cru devoir admettre. Il y a cependant dans l'ordonnance municipale un fait très-grave. L'ordonnance laisse à cha-

que maison de tolérance le choix de son médecin, et à ce médecin elle impose l'obligation de lui *dénoncer* certains faits (syphilis, grossesse, avortement). Le médecin choisi par la maison sera-t-il toujours aussi honorable que le demandait le Conseil d'hygiène, et ne sera-t-il pas exposé à être plus souvent l'homme de la maison qui l'a choisi, que l'homme du devoir? Enfin, en face d'un avortement, devra-t-il se faire dénonciateur? (*Revista medico-quirurgica*, de Buenos-Ayres, et *Presse méd. belge*.)

Collége de France. — M. Ranvier vient d'être nommé à la chaire d'anatomie générale créée au Collége de France. Cette nomination sera très-favorablement accueillie par le corps médical tout entier.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 13 août 1875, on a constaté 826 décès, savoir : variole, 8; — rougeole, 14; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 22; — pneumonie, 36; — dyssenterie, 2; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 33; — *choléra nostras*, »; — angine couennense, 3; — croup, 9; — affections puerpérales, 3; — autres affections aiguës, 256; — affections chroniques, 357, dont 149 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 37; — causes accidentelles, 24.

Londres. — Population : 3.445.160 hab. Décès du 1er au 7 août, 1,340, savoir : variole, 3; — rougeole, 41; — scarlatine, 73; — fièvre typhoïde, 7; — érysipèle, 7; — bronchite, 69; — pneumonie, 47; — dyssenterie, 3; — diarrhée, 132; — *choléra nostras*, 6; — diphthérie, 10; — croup, 11; — coqueluche, 54.

Assistance publique. — MM. les étudiants qui, pendant les vacances, désireraient remplir les fonctions d'externe, sont invités à s'adresser à l'administration de l'Assistance publique (bureau du service de santé), de 11 heures à 3 heures. — Nous reviendrons prochainement sur cette question et nous aurons l'honneur d'indiquer à l'administration les mesures qu'elle aurait dû prendre depuis longtemps.

Conseil municipal de Paris. — M. Dubois, au nom de la cinquième commission, a présenté, dans la séance du 28 juillet 1875, un rapport proposant l'approbation par le conseil d'un projet de convention à intervenir avec l'Etat pour la reconstruction de l'école pratique de médecine et des cliniques d'accouchement. La dépense s'élèverait pour la ville à 2 859.800 fr. dont 2.370.000 fr. environ pour frais de construction, le reste pour achats de terrain. — M. Martin a demandé qu'au projet de délibération soit ajoutée cette disposition que les professeurs libres pourront, comme par le passé, jouir de toutes facilités pour donner des leçons d'anatomie et de médecine opératoire. Le projet de délibération présenté par la commission a été mis aux voix et adopté.

L'ordre du jour a appelé le scrutin pour la formation d'une liste de trois candidats pour le remplacement de M. Trélat, comme membre du conseil de surveillance de l'assistance publique. La liste a été formée comme suit : MM. Clémenceau, Talandier, Lefèvre.

Nominations. — M. le Dr Viger est nommé médecin du lycée de Caen en remplacement de M. le Dr Roulland, décédé. — M. le Dr Leroy, de Longevimière, est nommé médecin adjoint du lycée de Caen, en remplacement de M. Viger, appelé à d'autres fonctions.

Prix. — L'administration du comité médical des Bouches-du-Rhône siégeant à Marseille, rue de l'Arbre-Sec, 25, vient de mettre au concours, pour l'année 1876, les trois questions suivantes :

Première question. De l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, ses avantages et ses inconvénients par rapport aux praticiens et aux malades dans les grandes et petites villes.

Deuxième question : Origine des spécialités en pharmacien et leur valeur au point de vue scientifique, avantages et inconvénients qu'elles offrent aux médecins, aux pharmaciens et aux malades; y a-t-il lieu d'en favoriser le développement ou d'en restreindre l'usage?

Troisième question : Etude d'un point quelconque de pathologie externe. Le comité verrait avec plaisir traiter la question de la suture des tendons. Il sera délivré une médaille d'or, d'argent ou de bronze aux mémoires qui seront jugés dignes de ces récompense; les mémoires devront être envoyés au plus tard le 20 mars 1876.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Jourdain, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur de zoologie et physiologie à la Faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. Baudelot, décédé.

Epizootie porcine. — M. le maire de Marseille vient de prendre un arrêté interdisant temporairement, dans la commune de Marseille, l'introduction et le débit de la viande de porc. Cet arrêté est motivé par une épizootie porcine qui sévit actuellement aux environs de Marseille. (*Union médicale*).

(*Voir à la page suivante le* **Bulletin bibliographique**).

3e ANNÉE. — N° 35 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 28 AOUT 1875.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur CHARCOT.

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Hémiopie latérale et Amblyopie croisée.

Messieurs,

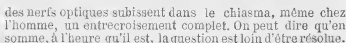
Quelques détails relativement au symptôme *hémiopie* et à la cause anatomique présumée de son développement, doivent ici trouver leur place.

Vous savez comment l'existence, tant de fois constatée dans la clinique, de ce singulier phénomène, a depuis longtemps suggéré une hypothèse anatomique, d'après laquelle, chez l'homme, les nerfs optiques subiraient dans le chiasma non pas un entrecroisement complet, mais bien ce qu'on appelle la *semi-décussation*. Cette hypothèse date de loin. On l'attribue généralement à Wollaston, mais la réalité est que Newton l'avait déjà émise, dès 1704, dans son Traité d'optique et qu'en 1723, Vater l'avait à son tour invoquée pour expliquer trois cas d'hémiopie qu'il avait observés (2). Je vous rappellerai en quoi elle consiste.

Parmi les tubes nerveux qui composent les bandelettes et les nerfs optiques, il y avait, comme il a été dit, à distinguer ceux qui s'entrecroisent dans le chiasma et ceux qui n'y subissent pas l'entrecroisement. Ces derniers (voyez *Fig. 52, a', b*) c'est-à-dire les tubes nerveux non entrecroisés occuperaient le côté externe dans la bandelette, dans le chiasma, puis enfin dans le nerf optique et dans la rétine ; tandis que, dans tous ces points, les faisceaux qui s'entrecroisent (*b', a*) occuperaient le côté interne. Il résulte de cette disposition que les faisceaux non-entrecroisés de la bandelette gauche seraient affectés, par exemple, à la moitié gauche de la rétine de l'œil gauche, tandis que les faisceaux entrecroisés de la même bandelette fourniraient à la moitié gauche de l'œil droit ; la distribution des faisceaux de la bandelette optique droite s'opérant, bien entendu, d'après le même principe, mais en sens inverse.

En d'autres termes les faisceaux qui composent la bandelette optique du côté gauche seraient destinés à la moitié gauche (G G) de chaque rétine, et l'inverse aurait lieu (D D) pour les faisceaux nerveux provenant de la bandelette optique du côté droit.

Il ne faut pas oublier que cet arrangement des fibres nerveuses optiques est, anatomiquement parlant, tout hypothétique. Si, en effet, plusieurs auteurs, entre autres Hannover (3), Longet, Cruveilhier, Henle (4) et tout récemment encore M. Gudden (5) ont cru pouvoir lui prêter l'appui de preuves anatomiques, il en est d'autres, tels que MM. Biesiadecki (6), E. Mandelstamm (7) et Michel (8) qui, contradictoirement, et faisant appel à des arguments du même ordre, ont essayé de démontrer que les fibres nerveuses



des nerfs optiques subissent dans le chiasma, même chez l'homme, un entrecroisement complet. On peut dire qu'en somme, à l'heure qu'il est, la question est loin d'être résolue.

On ne saurait donc voir, je le répète, dans la *semi-décussation*, qu'une hypothèse ; mais c'est une hypothèse qui, incontestablement, bien mieux que toutes celles qu'on a essayé de lui substituer, rend compte des faits observés dans la clinique. En jetant les yeux sur le schéma que je vous présente, vous reconnaîtrez comment elle peut aisément servir à l'interprétation des divers modes de l'hémiopie (*Fig. 52.*)

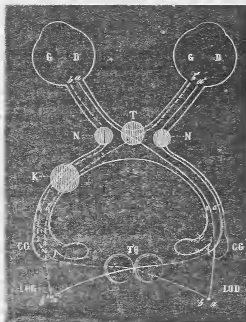


Fig. 52. S[illegible] les phénomènes de [illegible] latérale *et de l'amblyopie* [illegible] — T, [illegible] dans le chiasma. — T Q, Décussation en arrière des [illegible] genouillés. — [illegible] Corps genouillés. — *a', b*, Fibres non entrecroisées dans le chiasma. — *b', a*, Fibres entrecroisées dans le chiasma. — *b'', a''*. Fibres provenant de l'œil droit rapprochées en un point de l'hémisphère gauche LOG. — LOD, Hémisphère droit. — K, Lésion de la bandelette optique gauche produisant l'hémiopie latérale droite. — LOG, Une lésion en ce point produirait l'amblyopie croisée droite. — T, Lésion produisant l'hémiopie temporale. — N, N, Lésion produisant l'hémiopie nasale.

Occupons-nous d'abord de l'*hémiopie homologue unilatérale*, la seule qui, d'après les auteurs, pourrait se produire comme conséquence directe d'une lésion en foyer intracérébrale. Il est clair que, d'après la théorie, une lésion siégeant au point K, de manière à interrompre dans leur trajet les faisceaux de la bandelette optique gauche (*b b'*), ceux qui s'entrecroisent dans le chiasma (*b'*) et ceux qui ne s'y entrecroisent pas (*b*) aura pour effet d'affecter la moitié gauche de chaque rétine (G G), ou en d'autres termes soit d'obnubiler, soit de supprimer complétement toute l'étendue du champ visuel du côté droit (hémiopie latérale droite). L'*hémiopie latérale gauche* surviendrait au contraire, à la suite d'une lésion affectant de la même façon la bandelette optique du côté droit.

Ainsi parle la théorie, et de fait, nombreux sont les exemples qui démontrent qu'en réalité l'hémiopie latérale est la conséquence d'une lésion portant son action sur l'une des bandelettes optiques (1). L'effet restera le même, quel que soit le siége occupé par la lésion sur la bandelette, depuis l'origine de celle-ci dans les corps genouillés, jusqu'à sa terminaison dans le chiasma. L'hémiopie latérale devra

(1) Voir les numéros 17 à 29, 31, 32, 33 et 34 du *Progrès médical.*

(2) Knapp. — *Archiv. of scientific medecine*, New-York, 1872.

(3) Hannover. — « *Das Auge* » *Beiträge zur Anatomie, Physiologie und Pathologie dieses Organs*, Leipzig, 1872.

(4) Henle. — *Nervenlehre. Ueber die Kreutzung im Chiasma nervorum opticorum.*

(5) Gudden. *Archiv. für ophthalmologie.* 1874, t. 20. 2e abth.

(6) Biesiadecki. — « *Ueber das chiasma nervorum opticorum des menschen und der Thiere.* » Wiener Setzber. d. math. naturwiss. Classe. B. d. 42. Jahrg. 1861, p. 86.

(7) E. Mandelstamm. — « *Ueber schnervenkreuzung und Hemiopie.* » (*Archiv. für ophthalmologie*, t. 16, 1873, p. 39).

(8) Michel. — *Ueber den Bau des chiasma nervorum opticorum.* — Même recueil, p. 59. Taf. I, fig. IV.

Voir aussi Bastian. *Lancet.* 1874, July 25, p. 112.

(1) Voir entre autres le cas de E. Muller dans *Archiv. fur ophthalmolog.* VIII. Bd. 1, S 160.

se produire d'ailleurs non-seulement par le fait d'une lésion propre à la bandelette elle-même, mais aussi, à titre de phénomène de voisinage, en conséquence de lésions — hémorrhagies ou tumeurs — développées dans les parties qui sont en rapport plus ou moins immédiat avec ce tractus; telles que, par exemple, l'étage inférieur du pédoncule cérébral (*pes*) ou encore pulvimar.

Les autres modes de l'hémiopie ne sont pas d'une interprétation plus difficile. Une lésion, une tumeur par exemple, située en T, c'est-à-dire sur la partie médiane du chiasma, de façon à intéresser seulement les fibres optiques entrecroisées, (a, b') devra paralyser la moitié gauche (G), de la rétine de l'œil droit ainsi que la moitié droite (D) de la rétine de l'œil gauche et déterminer par conséquent, ce qu'on appelle l'hémiopie temporale. M. Saemisch a pu dans un cas de ce genre annoncer, pendant la vie du malade, que tel était, en effet, le siége de la lésion et l'autopsie est venue justifier pleinement ses prévisions (1).

Au contraire, l'hémiopie dite *nasale*, caractérisée par la suppression de la partie médiane du champ visuel se produirait si le cours des fibres directes a',b, était seul interrompu, au niveau du chiasma, par exemple, en conséquence de lésions occupant symétriquement de chaque côté, les points N,N. C'est là, on le conçoit, une combinaison qui doit se présenter très-rarement. Il en existe cependant quelques exemples; un, entre autres, décrit avec soin par M. Knapp (2). Il s'agissait, dans ce cas, d'une compression produite sur les points indiqués par les artères cérébrale antérieure et communiquante postérieure, augmentées de volume et indurées par le fait de l'altération athéromateuse.

Je n'insiste pas plus longuement sur ces formes de l'hémiopie, qui, quant à présent, ne nous intéressent pas directement, et j'en reviens à l'hémiopie latérale. Ce genre de trouble visuel, c'est là un fait qui paraît bien établi, est le résultat obligatoire de la lésion d'une des bandelettes optiques; est-il également, comme on l'affirme généralement, la conséquence nécessaire d'une lésion qui rencontrerait les fibres nerveuses optiques, au-delà des corps genouillés; (G, G) dans leur trajet profond, intra-cérébral (en L O G, L O D)? A mon sens, la clinique et l'anatomie pathologique contredisent cette assertion, présentée tout au moins d'une façon trop absolue et je ne puis que répéter ici, ce que je disais tout à l'heure, à ce propos : Je ne crois pas qu'il existe, quant à présent, une seule observation montrant inévitablement l'hémiopie latérale développée en conséquence d'une lésion intra-cérébrale, *en dehors de toute participation des bandelettes optiques*, tandis que les faits existent où une lésion de la partie postérieure de la capsule interne ou du pied de la couronne rayonnante a, en même temps que l'hémianesthésie, déterminé l'amblyopie croisée, trouble visuel bien différent de l'hémiopie.

Cela étant, comment comprendre dans une vue schématique cet effet d'une lésion cérébrale, tout en reconnaissant le fait incontestable de l'hémiopie, conséquence d'une lésion des bandelettes optiques?

Pour en arriver là, il suffirait d'apporter au schéma vulgaire de la semi-décussation une modification légère. On admet communément que les fibres nerveuses provenant de l'œil droit et de l'œil gauche qui composent chacune des bandelettes optiques, continuent leur trajet au-delà des corps genouillés, sans nouveau remaniement jusque dans la profondeur de l'hémisphère du côté correspondant, et cette vue s'accorde avec l'idée régnante qu'une lésion des fibres nerveuses optiques, dans leur parcours intra-cérébral, équivaut à une lésion de la bandelette optique et produit conséquemment l'hémiopie.

Je propose d'admettre, au contraire, que seuls les faisceaux de la bandelette qui se sont entrecroisés dans le chiasma, (a, b) effectuent leur trajet profond, tels quels, sans entrecroisement nouveau; tandis que les faisceaux directs subiraient, eux, au-delà des corps genouillés, avant de pénétrer dans la profondeur de l'hémisphère. L O G, L O D), sur un point indéterminé de la ligne médiane, peut-être dans les tubercules quadrijumeaux (T Q), un entrecroisement complet. Il résulte de cet arrangement que les faisceaux b', a' réunis, par exemple, en un point de l'hémisphère gauche L O G, représentent la totalité des fibres provenant de la rétine de l'œil droit, et que les faisceaux b, a, représentent la totalité des fibres provenant de l'œil gauche. Le parcours des fibres optiques, d'après cela, en ce qui concerne leur trajet profond, se trouve en quelque sorte ramené au type de l'entrecroisement complet et l'on comprend que dans un appareil ainsi constitué, tandis qu'une lésion de la bandelette optique produit l'hémiopie latérale, au contraire, une lésion située profondément dans l'épaisseur de l'hémisphère produira l'amblyopie croisée.

Je vous apporte cette hypothèse pour ce qu'elle vaut; elle ne repose, quant à présent, sur aucune donnée anatomique. Elle fournit, quoi qu'il en soit, si je ne me trompe, un moyen facile de se représenter sous une forme très-simple les faits assez complexes révélés par l'observation clinique. (*A suivre.*)

(1) Voir aussi E. Muller in *Meissner's Jahresb*[illegible]. 18[illegible]. S. 45[illegible].

(2) *Archiv. of scientific and practical medicine*, 1873, p. 293.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.— **M. G. HAYEM**, agrégé, suppléant M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

TROISIÈME LEÇON. — 5 décembre 1874.

Messieurs,

Dans les précédentes leçons nous avons étudié les signes que présente, dans le cours de la fièvre typhoïde, l'appareil cardio-vasculaire; nous avons, de plus, reconnu l'existence d'une altération de la paroi musculaire du cœur. Nous avons fait plus encore, nous avons rapproché des phénomènes locaux qu'on observe dans ces conditions, un certain nombre de troubles éloignés ou même des accidents plus complexes, tels que le collapsus et la syncope. Nous devons actuellement examiner si ces rapprochements sont exacts, si les faits anatomo-pathologiques que nous avons signalés rendent suffisamment compte des phénomènes cliniques.

Dans cette partie difficile de notre tâche nous commencerons par l'examen des signes locaux dont l'interprétation est relativement simple, en ce sens qu'il s'agit de désordres dans le fonctionnement du cœur et de phénomènes pathologiques qui peuvent être directement rattachés à l'état anatomique du muscle cardiaque.

Cherchons tout d'abord à interpréter le bruit de souffle du premier temps qui apparaît dans le cours du second septénaire. Vous vous rappelez que ce souffle présente des caractères un peu variables. Quelquefois doux et musical, chez d'autres sujets il est fort, rude, et semblable à celui de l'endocardite. Il peut varier d'ailleurs d'intensité d'un moment à l'autre; mais ce qu'il offre de plus important est évidemment son évolution. Apparaissant à la période d'état de la maladie, il en suit la marche générale et lorsque la convalescence tend à s'établir il s'atténue peu à peu ou disparaît.

Ce sont là des caractères différents de ceux qu'on observe dans l'endocardite. Dans le rhumatisme, par exemple, lorsqu'un bruit de souffle est lié à une endocardite un peu intense, vous savez, en effet, que loin de disparaître avec la maladie, il persiste le plus souvent et dénote un état anomal et irrémédiable des valvules. Or, nous avons reconnu précédemment que, dans la fièvre typhoïde, les lésions de l'endocarde sont tout à fait exceptionnelles et que les fibres musculaires, au contraire, sont altérées. Nous avons vu, de plus, que les altérations suivent une marche parallèle à celle de la maladie; c'est au moment où elles acquièrent leur période d'état que le bruit de souffle se

(1) Voir les nos 29, 30, 32, 33.

montre et quand ce dernier s'efface, au moment de la convalescence, les lésions sont déjà en voie de réparation.

Cette coïncidence ou plutôt cette relation bien établie, l'interprétation du phénomène se présente facilement à l'esprit. Le muscle cardiaque malade et affaibli ne peut plus qu'imparfaitement accomplir sa fonction ; l'orifice auriculo-ventriculaire, impuissant à résister à la poussée de l'ondée sanguine, se laisse distendre passivement, ou bien, interprétation à laquelle je me rallierais plus volontiers, les muscles papillaires devenus insuffisants ne peuvent plus convenablement tendre les valvules auriculo-ventriculaires ; de là une occlusion incomplète, une véritable insuffisance fonctionnelle qui nous explique non-seulement l'existence d'un souffle, mais aussi son peu de durée et sa disparition alors que le muscle se répare, et reprend assez de force pour assurer le jeu régulier de l'organe.

Cette théorie a été admise par Friedreich, Bamberger et von Dusch. Ce dernier auteur invoque à l'appui les expériences de Traube sur la digitale.

Administrée à des chiens, à dose toxique, cette substance produit, d'après Traube, un affaiblissement du cœur et l'apparition dans la région cardiaque d'un bruit de souffle qui serait dû à une insuffisance fonctionnelle des orifices.

C'est à la même opinion que se sont encore ralliés MM. Desnos et Huchard pour rendre compte des symptômes qu'ils ont observés dans la myocardite varioleuse.

D'autres symptômes locaux sont encore suffisamment expliqués par le fait de l'altération cardiaque et du défaut de synchronisme des deux cœurs. Tels sont l'affaiblissement du choc, l'ondulation précordiale, les intermittences, la faiblesse du pouls et le dédoublement du second bruit.

Je rappelle, en terminant ce rapide examen, qu'il ne faut pas confondre le bruit du souffle par insuffisance fonctionnelle dont je viens de parler, avec ce bruit de souffle doux, musical, ayant son maximum à la base et se produisant au premier temps, qu'on observe au moment de la convalescence. Celui-ci est de toute autre origine, il est dû à l'aglobulie si prononcée, la plupart du temps, chez les malades qui relèvent d'une fièvre typhoïde.

Les lésions du cœur interviennent encore, ainsi que nous l'avons dit, dans la pathogénie de l'hypérémie pulmonaire. Ce phénomène morbide, qui souvent devient une complication redoutable, tient évidemment à des causes diverses ; mais parmi ces causes on doit placer en première ligne l'affaiblissement du cœur.

C'est pourquoi certains malades, atteints de myocardite peuvent succomber rapidement après avoir présenté tous les signes d'une congestion intense des poumons.

— Jusqu'à présent, nous n'avons pas rencontré de grandes dificultés dans cettte analyse physiologique des symptômes.

Mais nous arrivons maintenant à l'examen du mode de production du collapsus et de la syncope, et nous allons voir que les rapports qui existent entre ces phénomènes et les lésions cardiaques sont plus discutables.

Dans une pyrexie telle que la fièvre typhoïde toutes les grandes fonctions sont perverties. Il en résulte une symptomatologie complexe et des troubles très-variés. Ces troubles fonctionnels se relient certainement les uns aux autres pour constituer l'ensemble de l'évolution morbide ; mais si l'on vient à considérer l'un deux en particulier et à rechercher les liens qui le rattachent à ceux qui le précèdent ou l'accompagnent, on éprouve de sérieux embarras. Ainsi l'état particulier qui constitue le collapsus dépend évidemment des conditions complexes dans lesquelles se trouve l'économie tout entière ; il est difficile de le considérer isolément et de lui assigner un point de départ précis.

Cependant, tenez compte des circonstances dans lesquelles il se produit et des principaux symptômes qui le caractérisent. Précédé par des signes évidents d'affaiblissement du cœur, il est constitué surtout par une sorte de parésie cardiaque avec faiblesse extrême de la circulation centrale et périphérique, d'où résulte souvent une chute de la température. Il est donc rationnel de le rapporter à l'état du cœur, et cette opinion est d'autant plus acceptable que chez les malades qui meurent dans le collapsus, cet organe est remarquablement altéré. D'ailleurs, cette manière de voir s'appuie non-seulement sur les faits que j'ai observés, mais encore sur l'autorité de la plupart des pathologistes qui ont étudié cette question. Wunderlich, qui le premier a bien décrit le collapsus dans la fièvre typhoïde, et Griesinger qui a fait une si bonne étude de cette maladie, l'ont tous les deux considéré comme une conséquence des troubles dans le fonctionnement du cœur.

La même opinion est exprimée par E. Wagner à propos du collapsus considéré en général, et telle est aussi l'interprétation à laquelle se sont rattachés MM. Desnos et Huchard dans leurs recherches sur la variole. Enfin je vous rappellerai les faits rapportés par Mosler, faits dont je vous ai donné un court résumé et qui établissent l'existence, dans la diphthérie, d'un rapport entre le collapsus et les lésions du cœur.

On a cherché à résoudre ce problème difficile par l'expérimentation, ou du moins Ackermann (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.* 1862) a comparé le collapsus qui survient dans certains cas pathologiques avec celui que détermine l'administration de l'émétique. Dans l'un et l'autre cas, ce serait à la diminution de la tension vasculaire et à la faiblesse des pulsations cardiaques qu'il conviendrait d'attribuer les principaux symptômes communs aux deux états, tels que prostration, refroidissement des extrémités, abaissement de la température centrale.

Je ne sais jusqu'à quel point ce rapprochement est légitime et, avant de rien conclure, je crois que de nouvelles reches seraient nécessaires.

Cependant, j'ai observé l'année dernière un cas dans lequel l'administration d'un éméto-cathartique a été suivi d'un état de collapsus considérable. Le malade, âgé de 40 ans était au 9e jour d'une fièvre typhoïde et sur la courbe thermométrique qui a été recueillie par mon interne, M. Graux, vous pouvez constater que la température, qui était de 40° 2, avant l'emploi du médicament, est descendue dans l'espace de 24 heures à 35°, 2 (temp. prise dans l'aisselle).

En même temps le malade est tombé dans un état de prostration extrême, son pouls était mou, dépressible, les bruits du cœur sourds, la circulation générale languissante.

Cet accès de collapsus a duré plusieurs jours ; mais déjà le lendemain soir (10e jour) la température était remontée à 38°. Le 11e jour de la maladie au matin, elle n'était qu'à 37°,4, le 12e, à 38° et ce n'est qu'à partir de ce moment que la marche de la température a repris son cours normal.

L'éméto-cathartique, composé de 5 centig. de tartre stibié et de 30 gr. de sulfate de soude, n'avait pas produit d'évacuations excessives ; mais on peut penser qu'il a joué le rôle de cause déterminante dans des circonstances qui par elles-mêmes prédisposent aux accidents de ce genre.

En admettant que le collapsus soit dû à une sorte d'état semi-paralytique du cœur, il resterait encore à se demander pourquoi cet accident s'accompagne tantôt d'un abaissement de la température tantôt, au contraire, d'une élévation. A cette question, je ne vois pour le moment aucune réponse précise à faire.

Cherchons maintenant à nous expliquer la cause des morts subites par syncope.

On comprend aisément que des malades atteints d'une altération profonde du muscle cardiaque meurent par arrêt progressif des battements cardiaques.

Mais qu'une syncope mortelle se produise tout à coup, alors qu'aucun trouble apparent ne se manifeste, ou bien au moment de la convalescence quand l'état général semble aussi satisfaisant que possible, il y a là quelque chose de singulier et de paradoxal. Aussi n'est-il pas surprenant que nous nous trouvions ici en présence de plusieurs hypothèses.

Zenker qui a observé trois cas de syncope mortelle dans la fièvre typhoïde ne se prononce pas sur la cause qui a pu amener la terminaison fatale. Dans l'un de ces trois cas, il a bien trouvé une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires; mais il existait, en outre, une production de gaz dans le sang et il attache plus d'importance à cette circonstance. Cependant la formation spontanée de gaz dans le sang pendant la vie, est bien loin d'être démontrée. Quand on trouve des gaz dans le sang des cadavres qui se putréfient rapidement comme ceux des typhiques, on doit penser qu'ils ne se sont produits qu'après la mort.

Dans le second cas de Zenker, les fibres étaient atteintes d'une dégénérescence graisseuse peu avancée. Enfin, dans le troisième cas, ces éléments étaient complètement normaux.

Pour Griesinger, la mort subite serait due à des coagulations sanguines formées dans les cavités cardiaques, ou à des embolies pulmonaires. Sans nier la possibilité de semblables lésions, on doit les considérer comme très-rares dans la fièvre typhoïde et, dans la plupart des cas de syncope mortelle, elles ont été avidement recherchées.

Cette question de la mort subite dans la fièvre typhoïde, a surtout été étudiée et discutée par M. Dieulafoy dans sa thèse inaugurale.

Après avoir rassemblé un certain nombre de faits négatifs quant à la lésion cardiaque, cet auteur fait intervenir le système nerveux. Il admet un arrêt du cœur par action réflexe. Le point de départ de cette influence réflexe serait la lésion intestinale; l'excitation arriverait au bulbe et suspendrait les battements du cœur par irritation du pneumogastrique.

Cette conception est fondée sur les expériences bien connues de Flourens et surtout sur celles de M. Brown-Séquard, expériences qui ont montré qu'une lésion subite du grand sympathique peut arrêter le cœur et produire la mort. Mais remarquez d'abord qu'elle repose sur la négation de tout symptôme et de toute lésion du cœur. Or, j'espère vous avoir démontré qu'il est loin d'en être ainsi.

D'autre part, d'après cette hypothèse ingénieuse, l'action réflexe serait provoquée par la lésion intestinale. Cependant il est bien établi aujourd'hui que souvent, au moment de la mort par syncope, la réparation des plaques de Peyer est complète ou tout au moins fort avancée. Ces morts subites, d'ailleurs, sont loin de se rencontrer exclusivement dans des cas de lésions intestinales. Graves et Murchison en ont observé des exemples dans le typhus pétéchial et le même accident peut également survenir dans la variole.

Je ne crois donc pas nécessaire d'accepter l'interprétation soutenue par M. Dieulafoy. Si dans la fièvre typhoïde la mort par syncope est plus fréquente que dans les autres maladies qui, comme elle, s'accompagnent de myocardite, ce n'est pas à la lésion intestinale qu'il faut s'en prendre. D'une durée plus longue que les autres pyrexies, la fièvre typhoïde est celle qui détermine dans le tissu du cœur les troubles nutritifs à la fois le plus durables et le plus intenses. C'est à ces lésions qu'on doit demander compte de l'arrêt du cœur.

Dans la plupart des cas, les altérations des fibres et des vaisseaux ne sont pas suffisamment prononcées pour qu'on puisse admettre un arrêt subit par défaut de contractilité des éléments musculaires. Mais on doit considérer ces lésions comme une cause prédisposant à la syncope, ou en quelque sorte, comme une condition de sa production. De plus, quand on examine certains faits cliniques, on voit qu'à cette condition vient s'ajouter encore un élément important. Je veux parler de l'anémie sur laquelle j'ai déjà plusieurs fois attiré votre attention et qui peut aussi être regardée, croyons-nous, comme une cause organique prédisposante.

Vous avez vu combien nos convalescents sont profondément anémiés. Lorsqu'ils se lèvent pour la première fois, ils sont pris d'étourdissements, de vertiges, leur circulation cérébrale est insuffisante et c'est précisément dans ces circonstances qu'ils peuvent succomber tout à coup.

Dans d'autres cas, l'anémie sera la conséquence d'une hémorrhagie plus ou moins abondante. Voici un exemple de ce genre; je l'emprunte à la clinique de M. Andral :

« Un tailleur, âgé de 19 ans, à Paris depuis six semaines, ressent le 8 décembre, sans cause connue, un violent frisson suivi d'une forte chaleur, sans sueur. Les jours suivants il éprouve une chaleur continuelle, de la céphalalgie, un grand abattement physique et moral; il a du dégoût pour les aliments et ne va pas à la selle. Entré à la Charité le 25, il présente tous les caractères d'une fièvre dite bilieuse (deux grains d'émétique furent administrés). Le malade ne vomit pas et alla plusieurs fois à la selle. Dans la nuit il sua abondamment. Cependant le lendemain 26, la fièvre persistait, la langue était rouge. Jusqu'au 31, l'état du malade resta à peu près le même. Il avait du dévoiement, il suait chaque nuit; il ne prit que des tisanes adoucissantes. Dans la nuit du 30 au 31 (quatorzième jour), il eut une épistaxis abondante, et en même temps tous les autres symptômes s'amendèrent. Cette hémorrhagie pouvait être raisonnablement regardée comme un mouvement critique. Dans la journée le malade se trouva assez bien; la fièvre était très-modérée. Vers midi, il se leva pour aller à la selle; à peine était-il remonté dans son lit qu'il cessa de respirer et de vivre. »

A l'autopsie, M. Andral ne put trouver aucune lésion capable d'expliquer la mort; mais rien ne prouve que le tissu du cœur était normal.

L'influence de l'aglobulie se fait encore sentir après les hémorrhagies intestinales. Des pertes de sang qui, chez un individu sain ne seraient pas assez abondantes pour être difficilement supportées sont suivies d'accidents redoutables, tels que le collapsus et la syncope, lorsque l'organisme est épuisé et le cœur profondément affaibli.

La coïncidence de l'anémie et d'une altération du cœur peut d'ailleurs produire des accidents mortels dans des circonstances différentes. C'est ainsi, par exemple, que des chlorotiques peuvent mourir subitement lorsque les fibres musculaires du cœur sont atteintes de dégénérescence graisseuse (Griesinger). *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les injections sous-cutanées d'ergotine; leurs applications à la pathologie utérine et notamment aux corps fibreux utérins, d'après les travaux allemands les plus récents.

L'opportunité des injections sous-cutanées d'ergotine, appliquées au traitement des varices des femmes enceintes ou des myômes utérins, est encore fortement discutée, tant en France qu'à l'étranger. — Si, dans un grand nombre de cas, elles ont échoué, il est incontestable néanmoins qu'elles ont amené, chez plusieurs malades, la fonte de myômes utérins atteignant un volume considérable.

Nous trouvons digne d'intérêt, par conséquent, de reproduire ici le résumé des principaux travaux allemands ayant trait à l'ergotine, employée par la méthode sous-cutanée. C'est P. Ruge qui porta la question devant la Société obstétricale de Berlin.

Chaque fois que nous avons à parler de cette Société, nous ouvrons une parenthèse et nous nous posons la question suivante : Pourquoi n'existe-t-il point à Paris de Société obstétricale ? Il y a quelques années, nous demandions également pourquoi nous ne possédions point, dans la presse médicale, d'organe sérieux traitant spécialement d'obstétrique et de gynécologie. Cette lacune est comblée aujourd'hui; espérons que bientôt une Société obstétricale

sera fondée à Paris, où certes les matériaux d'études ne font point défaut !

Mais revenons à P. Ruge et à l'observation qui amena les gynécologistes de Berlin à exprimer leur opinion sur la valeur des injections d'ergotine (1).

Il s'agit d'une femme, âgée de 36 ans, atteinte de varices énormes du vagin, des nymphes et des membres inférieurs. L'auteur lui fit sous la peau des injections avec une solution alcoolique d'ergotine (de 0,01 centigramme à 0,06 centigrammes).

Le succès fut complet; à la 7e injection, les varices avaient presque complétement disparu au membre inférieur gauche où l'on avait pratiqué les injections ; elles étaient au contraire peu modifiées du côté droit où l'on n'avait point fait d'injections. — Il faut ajouter aussi que la femme accoucha avant terme, mais l'auteur pense que ce fait ne saurait être attribué à l'ergotine, vu qu'il n'avait point été pratiqué d'injections deux jours avant le commencement du travail.

Cette communication est assurément fort intéressante, car les plus grands dangers et même la mort peuvent être le résultat de varices atteignant un développement exagéré pendant la grossesse. L'injection sous-cutanée d'ergotine, serait un moyen fort simple de les prévenir ou tout au moins de débarrasser certaines femmes d'une infirmité qui offre parfois un véritable caractère de gravité.

A. Martin a obtenu également des résultats heureux dans des cas analogues à ceux de P. Ruge ; il arrive aux mêmes conclusions que cet auteur, et admet qu'en pareil cas l'ergotine agit surtout localement et ne prédispose point, par conséquent, à l'avortement. Je ne sache pas que chez nous, on ait jamais eu recours à cette méthode qui mérite certainement un examen sérieux.

L'ergotine, administrée par la méthode endermique pour obtenir la fonte des myômes utérins, a déjà été l'objet d'un nombre assez considérable de Mémoires.

Quelques exemples nouveaux, dus à Holst (2), Spiegelberg (3) et Fehling (4) ont, dans ces derniers temps, jeté quelque lumière sur cette difficile question.

C'est un fait acquis que certains myômes utérins sont plus aptes que d'autres à subir un travail de régression ou même de fonte presque complète. Otto Spiegelberg pense, qu'en pareil cas, l'extension forcée de l'utérus produite par le néoplasme finit par provoquer les contractions musculaires de l'organe : il en résulte que la tumeur est soumise à une sorte de compression élastique qui finit par en provoquer la dégénérescence graisseuse et finalement la fonte du myôme.

Spiegelberg a remarqué, à l'autopsie, que le travail de régression se manifestait le plus souvent dans la variété de myômes utérins où il n'existe point de capsule séparatrice entre le néoplasme et le parenchyme de la matrice et où l'on ne trouve aucune ligne de démarcation bien nette entre les deux tissus. Il est évident que les injections sous-cutanées d'ergotine ont surtout chance de réussir dans cette variété de néoplasmes utérins.

Fehling, insistant sur le même ordre d'idées, a essayé d'établir que ces injections convenaient surtout aux myômes, tandis qu'elles restaient généralement inefficaces contre les fibromes de la matrice.

Telle serait, d'après ces auteurs, l'explication des succès ou des insuccès observés jusqu'à présent—et sans qu'on pût bien s'en rendre compte—dans le traitement des néoplasmes utérins par les injections sous-cutanées d'ergotine. Il faut cependant avouer qu'il est le plus souvent impossible de diagnostiquer exactement quelle est la variété de tumeur à laquelle on a affaire, et d'établir nettement les indications du traitement. On aura tout avantage néanmoins à essayer les injections d'ergotine dans les cas douteux où l'on observe des métrorrhagies abondantes, car celles-ci cèdent très-bien, en général, à ce mode de traitement.

Pour éviter, autant que possible, la douleur très-vive et les inflammations cutanées, il faut avoir soin de pratiquer les injections au voisinage de l'ombilic, et d'injecter le liquide aussi profondément que possible dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L. E. Dupuy.

(1) *Wirkung des Ergotins auf die Varicen Schwangerer. — Fortsetzung der Diskussion über die wirkung subcutaner Ergotin Injectionen* in : *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie*, Tome III, fascicule I. 1874.

(2) *Geschichte eines Myoma uteri* in : *Archiv für Gynaekologie*, tome VI, fascicule 3, 1874.

(3) *Ein weiterer Fall spontanen Schwundes eines Myoma uteri* in : *Archiv für Gynækologie*, tome VI, fascicule 3, 1874.

(4) *Vorstellung einer Kranken mit einem Fibro-Myom des Uterus* in : *Archiv für Gynaekologie*, tome III, fascicule 2, 1874.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences.

(CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL*)

Quatrième session.

Première séance, 19 août.

La quatrième session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* a été ouverte le jeudi 19 août, à une heure par la réception officielle du congrès. — La séance a eu lieu au grand théâtre de Nantes, sous la présidence de M. d'Eichthal. — On remarquait au bureau MM. le maire de Nantes, le préfet de la Loire-Inférieure, Cl. Bernard, Dumas, etc.

M. d'Eichthal a fait un discours remarquable sur l'origine et les tendances de l'Association française, discours auquel M. le maire de Nantes a répondu par une allocution très-applaudie. — M. Ollier a passé ensuite rapidement en revue les travaux effectués l'an dernier à Lille, et la séance a été close par le rapport de M. G. Masson, trésorier, sur l'état des finances de l'association. — Le 19, dans la soirée, a eu lieu une réception avec punch dans les jardins de l'hôtel de ville de Nantes.

Le vendredi 20 août ont commencé les travaux des sections. — La section de médecine, la seule dont nous ayons à nous occuper ici, s'est réunie à 8 heures 1/2 dans un des locaux de la pension Notre-Dame, dirigée par M. E. Livet, et mise avec la plus grande bienveillance à la disposition de l'Association.

M. Leudet, président désigné, prend place au fauteuil et procède à l'élection du bureau composé de quatre vices-présidents et de quatre secrétaires. Les vices-présidents élus sont MM. Chauveau, Courty, Laennec et Letenneur. — Les secrétaires sont MM. Joüon, Cartaz, Marcé et A. Malherbe.

1° La parole est donnée à M. Lecadre (du Hâvre), pour faire une communication sur la *mortalité par la phthisie pulmonaire*. Après quelques considérations générales sur la structure du poumon, M. Lecadre passe en revue les causes de la phthisie pulmonaire, les causes individuelles telles que excès, fatigues, l'habitation dans les grandes villes surtout pour ceux qui sont nés à la campagne et qui ont émigré pour venir exercer à la ville une profesion plus ou moins salubre, l'extension de l'industrie, etc.

A propos des causes agissant directement sur le poumon, M. Lecadre rappelle les travaux du Dr Jourdanet, qui a montré de quelle immunité jouissait au point de vue de la phthisie

pulmonaire les habitants des hautes altitudes; M. Lecadre va jusqu'à dire qu'on pourra peut-être arriver à traiter les phthisies par l'air raréfié. Il passe ensuite en revue la phthisie des rémouleurs, des charbonniers.

Il accuse vivement l'usage des instruments à vent. Il fait enfin défiler devant nos yeux la phthisie due à la débilité congénitale, au rachitisme, à la scrofule, à l'encombrement dans la classe pauvre, à la vie trop renfermée (couvents), à divers excès (prostituées), à l'hérédité, et enfin, il termine ce chapitre étéologique par quelques mots sur l'inoculabilité de la tuberculose.

A propos de cette communication, M. Houzé dit que l'exercice pulmonaire, chant, instruments à vent, ne doit pas être défendu aux phthisiques. Il cite un fait qui tendrait à prouver l'utilité d'un exercice méthodique du poumon.

2. M. Cl. Bernard entre dans la salle où la section est réunie, on lui offre le fauteuil de président d'honneur. — L'illustre physiologiste fait une communication sur la *chaleur animale* et sur quelques phénomènes calorifiques que l'on observe dans la fièvre. Il rappelle que de très-nombreuses expériences ont été faites pour rechercher quel était le point maximum de la chaleur animale, et que les résultats obtenus par les divers expérimentateurs ont été souvent contradictoires, les uns ayant trouvé le sang veineux plus chaud que le sang artériel, les autres ayant obtenu un résultat contraire. Il était fort intéressant de rechercher par des expériences nouvelles mieux instituées, la cause de ces contradictions apparentes dans les résultats de l'expérimentation.

M. Cl. Bernard rappelle rapidement les diverses théories de la chaleur animale, celle de Lavoisier qui plaçait le foyer dans le poumon, la théorie qui attribuait la production de chaleur à l'activité musculaire et enfin celle qui est généralement admise aujourd'hui et qui place dans les capillaires le foyer de cette chaleur. La chaleur dans le système vasculaire n'étant pas la même partout, il fallait d'abord déterminer la topographie calorifique. Pour ses expériences, M. Bernard s'est servi d'appareils thermo-électriques, sensibles à un cinquantième de degré. Les deux aiguilles soudées qui constituent l'appareil ont été introduites dans une bougie en gomme élastique dont les parois n'empêchent point la chaleur d'influencer l'aiguille aussi rapidement qu'on peut le désirer.

Voici maintenant l'expérience : Sur un chien, l'artère et la veine crurales étant découvertes dans la région inguinale, on introduit dans chaque vaisseau une bougie munie de l'aiguille thermo-électrique, au moment de l'introduction, on trouve toujours que la température de l'artère est plus élevée que celle de la veine ; mais si l'on vient à pousser l'artère plus loin, on s'aperçoit que la température est constante dans tous les points de l'aorte et jusqu'au niveau du ventricule gauche ; au contraire, à mesure qu'on enfonce la sonde qui est placée dans la veine, on voit la température s'élever peu à peu. Lorsqu'on arrive au niveau de l'embouchure des veines rénales, la température est la même dans l'aorte et dans la veine cave inférieure. Enfin, lorsque l'appareil est arrivé au-dessus du diaphragme, on trouve que la température du sang de la veine est plus élevée que celle du sang de l'aorte. C'est au-dessus du diaphragme, au point où les veines sushépatiques viennent se jeter dans la veine cave inférieure qu'est le maximum de chaleur de tout le corps. Lorsque qu'on pousse l'aiguille plus loin, on observe une diminution légère, sans que pourtant la température de la veine descende au niveau de la température artérielle. Lorsqu'on dépasse le cœur et qu'on pénètre dans la veine cave supérieure, le sang veineux devient plus froid que le sang artériel. Ainsi, ce n'est que depuis l'embouchure des veines rénales jusqu'à l'origine de la veine cave supérieure, que le sang veineux est plus chaud que le sang artériel, et la différence maximum est au point précis où les veines sushépatiques s'abouchent dans la veine cave inférieure. — A l'état physiologique, cette différence est seulement de deux à cinq dixièmes de degré.

Ces résultats s'accordent facilement avec la théorie qui place dans le système capillaire la production de la chaleur animale, si le sang des veines périphériques est plus froid que le sang artériel, c'est qu'il y a une déperdition de calorique, qui en diminue la température.

Lorsqu'on examine, au contraire, comme dans l'expérience ci-dessus, le sang des veines sus-hépatiques, qui n'a point subi cette perte de chaleur, on y trouve l'excès de température que la théorie devait faire admettre. Si, pendant l'expérience qu'on vient de lire, l'animal s'agite, la température du sang veineux augmente. Lorsque l'animal est pris de fièvre, la différence de température entre les deux sangs peut s'élever à un degré.

D'habitude, M. Cl. Bernard emploie, pour endormir ses animaux, l'action combinée de la morphine et du chloroforme ; or, il a observé que de fortes doses d'opium modifient les résultats de l'expérience et qu'après leur emploi on peut trouver le sang veineux plus froid que le sang artériel. Chose remarquable, si le chien est atteint de fièvre, l'opium n'a plus d'action sur la température de la veine et ne produit plus le même refroidissement qu'à l'état physiologique.

M. Cl. Bernard rapproche ce fait du fait suivant, observé par Heidenhain : lorsqu'on produit de la douleur chez un animal en bonne santé, immédiatement sa température s'abaisse. Si, au contraire, l'animal est fébricitant, l'excitation douloureuse reste sans action sur la température.

Comment se fait-il que la fièvre empêche l'action frigorifique de l'opium ou de la douleur ? C'est, nous dit M. Cl. Bernard, parce que la fièvre est un phénomène nerveux, en rapport avec une action vaso-dilatatrice. Il admet que cette dilatation vasculaire n'est point un phénomène passif, une paralysie, mais bien un phénomène actif sous la dépendance de nerfs spéciaux.

Il cite, à l'appui, ses belles expériences sur la glande sous-maxillaire ; excitez les filets du grand sympathique, qui vont à la glande, vous avez une constriction vasculaire et un refroidissement ; excitez la corde du tympan, vous avez une dilatation vasculaire et une augmentation de chaleur. Ces effets calorifiques ne sont pas dus à l'afflux ou au non-afflux du sang, puisqu'on les observe, alors même que l'artère de la glande a été liée, et que l'afflux du sang n'est plus possible.

En terminant, M. Cl. Bernard fait remarquer que, lorsqu'un organe se repose et se nourrit, la température de cet organe s'abaisse ; elle s'élève, au contraire, quand l'organe travaille et s'use. Il en résulte que, comme l'ont bien vu les cliniciens, la chaleur est un des fâcheux éléments de la fièvre, puisqu'elle coïncide avec une usure des organes et empêche les phénomènes de régénération.

M. A. Moreau fait une communication sur la *vessie natatoire* des poissons. Je la résumerai très-rapidement : Pour M. Moreau, la vessie natatoire ne sert point au poisson pour s'élever ou descendre, elle lui permet seulement de maintenir sa densité dans un rapport convenable avec celle de l'eau dans laquelle il est plongé, densité qui augmente selon la profondeur. Quand le poisson descend, il ne contracte pas sa vessie natatoire, mais il sécrète une plus grande quantité de gaz, de manière que la pression qu'il subit de dedans en dehors soit suffisante sans qu'il ait besoin d'aucun effort musculaire pour se maintenir dans cet état d'équilibre.

La séance est levée après cette communication.

Deuxième séance, 20 *août*. — PRÉSIDENCE DE M. LEUDET.

La séance est ouverte à quatre heures. Le procès-verbal de la séance du matin est lu et adopté. La parole est donnée à M. Laffite pour une communication sur les *injections sous-cutanées d'eau*.

M. Laffite dit que ce procédé, déjà connu depuis quelque temps, n'est pas entré suffisamment dans la pratique. Au moment où il terminait ses études à Paris, M. Laffite a vu soulager rapidement un malade atteint d'un rhumatisme articulaire des plus aigus auquel on faisait des injections d'eau dans le voisinage des articulations douloureuses. L'apaisement fut presque instantané, et les mouvements devinrent possibles. M. Laffite a obtenu, depuis qu'il exerce la médecine, des succès remarquables par les injections d'eau. Il cite notamment le cas d'une femme en proie aux

douleurs très-violentes d'un lumbago, qui fut immédiatement soulagée par l'injection de quatre seringues de Pravaz d'eau pure.

Notre confrère a également obtenu des succès, quelquefois incomplets mais souvent aussi définitifs, dans des cas de névralgie faciale, de pleurodynie, de sciatique, etc.; il a réussi même à soulager beaucoup un malade dont les douleurs étaient causées par un phlegmon de la région parotidienne. M. Laffite ajoute que si les résultats qu'il a obtenus sont constants, comme il le croit, la thérapeutique se sera enrichie d'un agent aussi efficace que la morphine et ne présentant pas les mêmes dangers.

Quant à la théorie de l'action des injections aqueuses, faut-il admettre une paralysie des extrémités des nerfs sensitifs par la compression de l'eau introduite dans la tissu conjonctif ou simplement par un changement du milieu où ces extrémités nerveuses sont plongées, c'est ce qu'on ne peut dire exactement.

M. Brame, médecin de Tours, fait une communication sur les maladies de la peau qui peut se résumer ainsi : les affections cutanées sont des maladies locales ; elles doivent être soignées uniquement par des moyens locaux qui sont : le coaltar, le précipité d'eau blanche, l'iodure d'argent. M. Brame dit qu'il guérit les teignes sans épilation. Il est moins heureux quand il lutte contre le psoriasis. Enfin, il croit que toutes les affections cutanées sont des lymphangites superficielles chroniques. Il dit que les opinions qu'il vient d'émettre sont fondées sur l'examen de 1500 cas.

M. Verneuil ne pense pas que la communication originale de M. Brame puisse passer sans réserves. Si l'on doit repousser les diathèses comme causes d'affections cutanées, il faudrait au moins faire exception pour la syphilis. En tout cas, il serait bon qu'au lieu d'assertions générales M. Brame apportât quelques faits bien observés.

M. Verneuil, au nom de l'un de ses internes, M. Petit, donne communication d'un travail intitulé : *De locis minoris resistentiæ*. On doit comprendre sous ce nom de *locus minoris resistentiæ* les points de l'économie présentant une tare, qui peut résulter soit d'un traumatisme antérieur, soit d'une ancienne maladie locale. Supposons que le malade présentant cette tare vienne à être frappé d'une maladie diathésique, c'est en ce point, en ce lieu de moindre résistance, que les manifestations de la diathèse se porteront de préférence.

Pour donner à cette assertion une forme plus concrète, M. Verneuil cite un certain nombre de faits : et d'abord, des faits de syphilis. 1° Un homme, atteint d'une tumeur des bourses, entre dans le service de M. Verneuil. Cette tumeur présente un lobe en avant, un lobe en arrière, et de plus dans un point, une adhérence de la peau avec la tumeur comme ce qu'on observe dans le testicule tuberculeux.

Le malade porteur de cette affection avait eu plusieurs années auparavant une épididymite blennorrhagique et une hydrocèle qui avait été ponctionnée. Or chez lui, les accidents tardifs de la syphilis survinrent de bonne heure, et se portèrent immédiatement sur le testicule qui avait été déjà malade. De plus, comme caractères spéciaux à cette tumeur syphilitique l'épididyme était gros, ce qui est rare dans le testicule vénérien et il y avait une adhérence de la peau à la tumeur, chose également rare dans la syphilis. Le traitement spécifique amena la guérison, sauf la persistance d'un certain gonflement de l'épididyme.

2° Quelques mois après, M. Verneuil observa un cas très-analogue, mais dans lequel l'ordre chronologique des faits n'était pas le même : un malade atteint de syphilis ancienne prend une blennorrhagie, puis une orchite; la syphilis tertiaire vient alors se fixer sur le testicule qui avait été malade et qui était devenu ainsi un lieu de moindre résistance.

3° M. Verneuil cite une observation empruntée à Delpech : un homme jadis syphilitique est opéré de rhinoplastie. Cinq mois après l'opération il voit survenir juste sur la cicatrice une ulcération syphilitique qui guérit par le traitement mercuriel.

4° Un homme atteint d'un écrasement du gros orteil droit, traité dans le service de M. Verneuil, portait à la lèvre, au moment de sa sortie de l'hôpital, un chancre infectant bien caractérisé; plus tard, à un moment où le reste du corps ne présentait qu'une syphilis érythémateuse, cet homme avait déjà, sur l'orteil jadis blessé, une ulcération syphilitique ayant les caractères d'une gomme ulcérée.

5° Un jeune homme qui, dans son enfance, avait eu une périostite du tibia avec nécrose, élimination de séquestres, etc. prit 21 ans plus tard la syphilis. Cette syphilis très-rebelle fut traitée par M. Alfred Fournier. Dans le cours de cette maladie, il survint tout-à-coup dans la jambe, jadis malade, une tuméfaction énorme avec des douleurs très-violentes qui furent un peu améliorées par une grande incision. M. Verneuil considéra cette tumeur comme un syphilôme tertiaire; le malade guérit par le biodure et l'iodure de potassium à hautes doses.

M. Petit a démontré dans ce travail que la syphilis n'était pas la seule maladie diathésique à venir se fixer sur *locus minoris résistentiæ*. Ex. : 6° Chez une jeune fille de 17 ans, épileptique et alcoolique qui était entrée à la Pitié pour une fracture compliquée du coude et qui présentait des accidents septicémiques, M. Verneuil observa un abcès analogue aux abcès métastatiques sur l'avant-bras du côté opposé. Or, cet abcès s'était formé au point précis où cette jeune fille neuf ans auparavant s'était fracturé l'avant-bras.

7° Fait presque idendique au précédent, observé chez un vieux cordonnier alcoolique; le malade dans ce dernier cas était atteint d'un phlegmon de la région sacrée d'origine traumatique. On avait observé chez lui, outre des symptômes qui faisaient craindre la pyohémie, un point douloureux sur la face antérieure et interne de la jambe. A l'autopsie, on trouva une coloration jaune verdâtre du tissu conjonctif comme dans les abcès en voie de formation. Or, le sujet avait eu précisément en ce point, trois ans auparavant une fracture de jambe.

M. Verneuil ajoute qu'il a inspiré, il y a quelques mois, au Dr Léoty une thèse où cet auteur a rassemblé divers faits de réveil d'affections osseuses anciennes sous l'influence d'une diathèse : 1° un cocher d'omnibus qui avait été atteint d'hygroma de la bourse séreuse prérotulienne devint tuberculeux cinq ans plus tard. L'affection de la bourse prérotulienne qui avait sommeillé plus de trois ans, revient sous l'influence de la diathèse. — 2° Une femme qui avait eu un genou malade pendant son enfance, vit survenir une poussée inflammatoire vers ce genou après chacune de ses couches sous l'influence de l'état puerpéral. — 3° Un jeune enfant qui avait eu une hydarthose du genou, suivie d'atrophie du triceps, est pris de rhumatisme articulaire aigu. Ce rhumatisme parcourt et abandonne en très-peu de temps toutes les articulations, sauf le genou jadis malade, sur lequel il se fixe à l'état de rhumatisme mono-articulaire. — 4° Une femme atteinte d'une plaie voyait la plaie saigner à chacune de ses époques menstruelles ; le molimen hémorrhagique se portait vers les bourgeons charnus où il trouvait un lieu de moindre résistance.

M. Verneuil pense que ces faits rapprochés et mis en série, jettent une vive clarté sur l'étiologie chirurgicale. « Il n'y a » guère, ajoute-t-il, d'affection locale sans en excepter les af- » fections cutanées, qui n'ait derrière elle une maladie dia- » thétique. »

— Au moment où M. Verneuil termine cette intéressante communication, M. Claude Bernard entre en séance aux applaudissements de l'assemblée. M. Claude Bernard se propose de répéter devant la section quelques-unes de ses mémorables expériences sur le curare et sur le mode d'action de cette substance si précieuse pour les physiologistes.

Après avoir donné quelques indications sur l'histoire du curare, sur sa provenance ; après nous avoir appris quelle obscurité règne encore sur l'origine vraie de ce poison, M. Claude Bernard répète l'expérience de Galvani sur une grenouille non-curarisée, puis comparativement sur une autre tuée par le curare. Il répète ensuite l'expérience qui prouve que la sensibilité est conservée dans les points mêmes où le mouvement est complétement aboli.

M. Claude Bernard insiste sur ces faits : Que le curare exerce son action en allant toucher la terminaison du nerf dans le muscle ; que si le nerf est touché par sa périphérie, c'est au contraire par son centre qu'il est atteint tout d'abord ; — Que

dans l'empoisonnement incomplet par le curare, le pouvoir excito-moteur est d'autant plus aboli qu'on se rapproche davantage de l'origine médullaire du trouc nerveux ; — Qu'enfin les nerfs moteurs ne sont pas tous également atteints par le curare et qu'ils résistent d'autant plus à ce poison, qu'ils sont moins soumis à l'action de la volonté ; ainsi, les nerfs des muscles de la respiration résistent plus que ceux des membres ; les nerfs du cœur résistent plus que ceux des muscles respiratoires, et enfin les vaso-moteurs résistent plus que le pneumo-gastrique.

Parmi les nerfs vaso-moteurs, dit ensuite M. Claude Bernard, il y en a qui sont affectés aux lymphatiques. La grenouille possède quatre cœurs lymphatiques, dont les nerfs sont paralysés plus vite par le curare, que ceux du cœur sanguin. Lorsque les cœurs lymphatiques de la grenouille sont arrêtés par le curare, ils deviennent le refuge de tous les globules blancs, de sorte qu'on n'en trouve plus dans la circulation générale.

M. Bernard explique ensuite l'action du curare employé comme antidote de la strychnine ; il agit en favorisant d'une part l'élimination rapide de cette dernière, et d'autre part en empêchant les convulsions. M. Claude Bernard termine sa communication en comparant les effets du curare à ceux de la ligature de l'aorte, et en faisant observer que chaque poison a une action élective sur tel ou tel élément anatomique à l'exclusion des autres ; mais il suffit qu'un seul élément cesse de fonctionner pour que toute la machine se disloque.

— Après cette communication, accueillie par de vifs applaudissements, la séance est levée à 6 heures.

Troisième séance. 21 août (matin).

1. M. Lancereaux a la parole pour une communication sur les diverses néphrites, et sur les rapports qui existent entre la goutte et la néphrite interstitielle. Après un historique de la question sur lequel je ne m'arrêterai pas, M. Lancereaux donne une classification anatomo-pathologique des altérations rénales produisant le symptôme d'albuminurie. Je reproduis le tableau donné par M. Lancereaux, tableau qui permet d'apprécier rapidement l'ensemble de sa communication.

1° Néphrites conjonctives (dites interstitielles)	primitives rein granulé	goutte. intoxication saturnine. rétrécissement congénital de l'aorte.
	consécutives rein lisse	obstacles à l'émission des urines sans suppuration vésicale. cancer utérin.
2° Néphrites épithéliales (dites parenchymateuses)		froid humide. scarlatine, fièvres éruptives. diphthérie. choléra.
3° Dégénérescence graisseuse		alcool, phosphore. fièvre jaune, ictère grave.
4° Dégénérescence amyloïde		suppurations prolongées. cachexies diverses.

Laissant de côté les deux dernières altérations, M. Lancereaux s'attache à faire ressortir les différences anatomo-pathologiques et cliniques qui séparent la néphrite conjonctive de la néphrite éphithéliale : Dans la première, l'élément frappé est le tissu connectif et vasculaire, dépendant du feuillet moyen du blastoderme, tandis que dans la seconde, c'est l'épithélium dépendant du feuillet interne.

Dans la néphrite conjonctive, il y a prolifération cellulaire entre les tubuli, organisation de ce tissu embryonnaire qui devient fibreux, rétractile, et étouffe les tubuli. Comme la lésion débute à la périphérie du rein, c'est surtout en ce point que les tubuli sont atrophiés, tandis qu'ailleurs ils ont conservé leur volume ou sont même dilatés pour établir la compensation.

Cette lésion passe presque toujours inaperçue dans sa première période, parce qu'il n'y a pas d'anasarque ; il y a polyurie, urines pâles abondantes, ayant une faible densité (1005 à 1009) ; peu d'albumine couleur rosée par l'acide azotique. Plus tard on voit survenir de la céphalée, des accidents convulsifs, du coma, et la mort survient rapidement. Dans certains cas, la terminaison fatale peut être retardée par l'apparition de diarrhée ou de vomissements. C'est dans la néphrite conjonctive qu'on observe surtout l'hypertrophie du cœur. Au contraire, dans la néphrite épithéliale, qui correspond au *gros rein blanc* des Anglais, il y a anasarque rapide, diminution de l'urine qui est colorée et dense.

M. Lancereaux veut attirer l'attention de la section sur les rapports de la goutte avec la néphrite conjonctive. Pour lui, il n'a jamais observé nettement ce qu'on appelle la *goutte remontée;* il croit que, dans les cas désignés de ce nom, il s'était développé sous l'influence diathésique de la goutte une néphrite conjonctive à laquelle il attribue uue modification dans le caractère du malade, des palpitations, des intermittences du cœur, des accès d'asthme alternant avec de l'hémiplégie, des accès épileptiformes, des vomissements et de la diarrhée. Si l'on examine les urines, on y trouve de l'albumine. Dans ces cas difficiles, l'opium, le bromure de potassium sont formellement contre-indiqués ; les purgatifs permettant à l'intestin de suppléer à l'insuffisance rénale prolongent la vie du malade.

2. La parole est donnée à M. Trélat pour faire une communication sur le *vaginisme*. M. Trélat établit d'abord que le vaginisme est un symptôme et rien qu'un symptôme; il rappelle toutes les divisions données par les auteurs selon le siége (vaginisme supérieur, inférieur), selon la marche: vaginisme continu, intermittent, persistant. M. Trélat veut attirer l'attention de la section sur ce fait que l'on peut voir le vaginisme survenir sous l'influence de lésions très-légères et disparaître totalement lorsque ces lésions sont guéries.

Il cite trois faits à l'appui de sa thèse : Dans le premier, une jeune femme de 22 ans présentait le vaginisme sous l'influence de très-légères ulcérations du col accompagnées d'antéversion et d'antéflexion. Depuis deux ans cette jeune femme avait dû renoncer à tout rapport sexuel.

La guérison fut obtenue, mais demanda plusieurs mois. Chez cette malade, les premières explorations déterminaient un mélange de douleur et de sensations voluptueuses fort pénibles pour la malade. Les deux autres cas, cités par M. Trélat, présentent beaucoup d'analogie avec le premier, mais sont plus atténués. Au point de vue de la physiologie pathologique, M. Trélat s'élève contre le terme contraction spasmodique imposé au vaginisme. Il faut nommer cet état contracture. En terminant, M. Trélat s'élève contre l'emploi d'opérations chirurgicales sérieuses dans le vaginisme et dit qu'il faut tout au moins les réserver pour les cas très-rebelles.

M. Courty partage l'opinion de M. Trélat : il a rencontré des faits analogues. Il croit aussi qu'on doit réserver les opérations pour des cas exceptionnels.

3. M. Laennec présente, au nom du Dr Petit, actuellement malade, un jeune *idiot microcéphale*, âgé de 14 ans. Le front est déprimé, l'air absolument simien, ainsi que les gestes, les pouces sont mal conformés. La verge est assez grosse mais les testicules sont peu développés. Il ne sait dire que *oui* et *là*. Il n'a point l'instinct sexuel. Il mange des friandises avec assez d'avidité. Il a assez d'esprit pour souffler sur une allumette enflammée qu'on lui présente sous le nez. Présenté à la section d'anthropologie ce jeune idiot a fourni à M. Broca l'occasion de développements remarquables.

4. M. de Sinéty a la parole pour une communication sur quelques points de l'*anatomie de l'ovaire* et de l'utérus chez les nouveau-nés. On observe dans l'ovaire des petites filles, peu de jours après leur naissance, un gonflement des vésicules de Graaf analogue à celui que l'on observe chez la femme après la puberté. Jamais ces follicules ne déversent leurs produits dans les trompes comme chez la femme adulte.

Quelques années après la naissance, on ne trouve plus ces follicules gonflés. M. de Sinéty rapproche ce fait du cas suivant observé par Merkel: c'est que les petits garçons ont dans les testicules, à l'époque de la naissance, des cellules analogues à celles où se développeront plus tard les spermatozoïdes ; quelque temps après la naissance, ces cellules disparaissent pour ne se retrouver qu'à la puberté.

Enfin, on sait qu'au moment de la naissance les enfants des deux sexes présentent une sécrétion de la mamelle que M. de

Sinéty a reconnu être une véritable sécrétion lactée. C'est un fait assez remarquable que cette poussée génitale chez les enfants naissants.

M. de Sinéty termine sa communication par quelques mots sur l'épithélium de l'utérus, très-difficile à bien observer parce qu'il s'altère trop rapidement. Il a trouvé que le col de l'utérus était tapissé par des cellules caliciformes sécrétant un mucus épais. Dans le corps de l'utérus ou le produit de sécrétion est bien plus fluide, on trouve des cellules cylindriques; ces cellules cylindriques n'ont de cils vibratils que chez la femme adulte.

5. M. R. Tripier a la parole pour une communication sur la *pathogénie des névralgies* avec application des données physiologiques aux sections nerveuses. M. Tripier commence par établir l'existence des points douloureux signalés par Valleix, puis il se demande comment on peut expliquer l'apparition de ces points nerveux.

Il croit qu'on peut y arriver en admettant des fibres récurrentes qui viendraient aboutir aux points où existe la douleur. En effet, cette hypothèse s'accorderait avec la loi de Muller qui veut que toutes les sensations soient perçues dans le territoire de distribution des nerfs, à la terminaison des filets. M.Tripier cite des cas où la douleur ressentie dans un nerf était calmée en comprimant un tronc nerveux voisin, celui qui dans l'hypothèse que nous admettons fournissait les filets récurrents malades. M. Tripier croit pouvoir expliquer également par la théorie des filets récurrents l'extension des névralgies d'un nerf à un nerf voisin. Il aime bien mieux cette supposition que celle qui fait passer la lésion par les centres nerveux pour la ramener au nerf atteint secondairement. Enfin, M. Tripier dit qu'il faut réserver les sections nerveuses pour les névralgies très-rebelles. Il raconte que de Græfe avait réussi empiriquement à guérir des névralgies frontales en sectionnant un assez grand nombre de filets nerveux dans le voisinage du point douloureux.

Si l'on augmente la douleur d'un point névralgique par la pression du nerf au sortir d'un canal fibreux, d'un orifice osseux, etc., on peut croire que les fibres malades sont des fibres récurrentes. Si on veut déterminer quel est précisément le nerf qui fournit les filets récurrents malades, il faut comprimer les nerfs voisins, si par la compression d'un de ces nerfs on arrête la douleur on peut être certain que c'est celui-là qui fournit les filets malades.

(*A suivre.*) A. Malherbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 août. — Présidence de M. Gosselin.

Décidément tout le monde est en vacances et c'est à peine si trente académiciens sont venus à la séance d'aujourd'hui. Malgré cela, on procède à un scrutin pour la nomination d'un membre correspondant national dans la quatrième section (physique, chimie, pharmacie). La commission avait présenté : 1° M. Jacquemin; — 2° M. Lair; — 3° M. Malapert. — Votants: 27, majorité: 14. — M. Jacquemin est nommé par 25 voix; M. Malapert en obtient 2.

M. A. Guérin a la parole pour une réclamation. Dans l'avant-dernière séance, M. Bouley présenta, de la part de M. Burgræve (de Gand), un atlas et un mémoire sur le pansement ouaté. L'auteur réclamait la priorité de l'invention au détriment de M. A. Guérin. Il résulte du mémoire lu par ce dernier aujourd'hui, qu'il n'y a aucun rapport entre le mode de pansement ouaté de M. Burgraeve, qui, du reste, n'est pas nouveau et ne donne aucun avantage, et celui du réclamant.

M. Bouley. Quand on accepte de présenter un ouvrage, on s'en fait, en quelque sorte, le champion et le parrain. En ce qui concerne le mémoire sur le pansement ouaté, j'avais fait des réserves, mais je ne l'aurais pas présenté si j'avais su, que dans la préface d'un livre écrit pour la gloire de Jenner, M. Burgraeve se disait l'auteur d'une découverte bien plus utile que celle de la vaccine, il s'agissait de la *médecine dosimétrique* !!

M. Piorry lit une note intitulée : diagnostic et traitement de l'*asphyxie* ou plutôt de l'*hypoxémie par l'écume bronchique.* Quand, dans une bronchite, l'expectoration facile d'abord, deviendra difficile ou impossible, il faudra craindre de voir se produire l'écume bronchique et agir en conséquence. On provoquera l'expectoration en faisant prendre aux malades des positions favorables, en faisant respirer de l'air sec, en titillant le pharynx, en donnant des vomitifs; si ces moyens ne réussissent pas, on introduira des sondes, on essaiera d'aspirer l'écume, etc., etc. Comme procédés d'exploration et de diagnostic, l'orateur vante la percussion et le dessin plessimétriques; il trouve la percussion digitale insuffisante. Il vante l'excellence de sa nomenclature et blâme l'emploi des médicaments poisons. Depuis plus de cinquante ans, il répète ces choses parce qu'il les croit bonnes. Il les a professées et les professerait encore si on ne l'avait forcé à prendre une retraite dont il ne voulait pas.

M. Piorry ayant parlé d'une femme morte d'obstruction intestinale, M. Bouley lui a reproché de ne pas avoir tenté la ponction de l'intestin, comme cela se pratique souvent chez les animaux. Une courte discussion toute courtoise et des plus spirituelles s'élève à ce sujet. M. Bouley dit que M. Piorry est toujours jeune; celui-ci, à son tour, fait l'éloge des vétérinaires et en particulier de M. Bouley. C'est sur cette bonne entente que M. le Président lève la séance à 4 heures et demie.

— En terminant ce compte-rendu, qui sera mon dernier, je veux souhaiter la bienvenue à celui qui me succédera à cette place, et remercier tous ceux qui m'ont fait l'honneur de me lire quelquefois. G. du Basty.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 avril. — Présidence de M. Charcot.

14. Oblitération de l'aorte par un caillot; claudication intermittente; puis paraplégie (1); par A. Jean, interne des hôpitaux.

La nommée X... Marie, âgée de 38 ans, admise à la Salpêtrière, est morte dans le service de M. le dr Luys, d'une diarrhée cholériforme, dix heures après son entrée à l'Infirmerie.

L'autopsie faite 24 heures après la mort, a révélé une psorentérie très-manifeste avec altération et destruction presque complète de la muqueuse intestinale. Le sang était épais, visqueux, noirâtre. Les reins, la rate, le foie étaient fortement congestionnés. Le cœur et l'aorte thoracique ne présentaient pas d'altérations notables, sinon quelques plaques athéromateuses. — Quant à l'aorte abdominale, elle est le siége des lésions qui font le sujet de cette observation.

Immédiatement au-dessous des pilliers du diaphragme, la cavité de l'aorte est oblitérée complétement par un caillot qui s'étend inférieurement dans les artères iliaques primitives et les iliaques internes et externes. Ce caillot, brun-foncé à sa partie supérieure, présente inférieurement une coloration jaunâtre et paraît formé principalement de fibrine. Ce caillot oblitère complétement les artères iliaques primitives; de là, il pénètre dans les iliaques externes qui sont tout à fait imperméables, tandis que le calibre des hypogastriques est simplement rétréci et réduit au tiers environ de son diamètre normal. Les artères fémorales sont tout à fait saines.

A deux centimètres au dessus de la bifurcation de l'aorte, on remarque une dilatation circonférentielle de ce vaisseau.

Les artères intercostales ne paraissent pas augmentées de volume, mais les lombaires sont manifestement dilatées, et les dernières surtout sont en partie oblitérées par des caillots de même nature.

Il résulte de ces faits que la circulation était très-ralentie dans les membres inférieurs, et que le sang pour y arriver devait suivre le chemin des anastomoses entre la fémorale d'une part et d'autre part les intercostales, les lombaires et la mammaire interne.

En recherchant quelques renseignements sur l'état antérieur de la malade, j'ai appris que cette femme, entrée quelques années auparavant à l'hospice comme infirmière, était restée pendant deux ans à l'infirmerie, et qu'elle pré-

(1) Pièce déposée au Musée Dupuytren.

sentait des troubles manifestes dans la marche. A la suite de fatigues même légères, elle devenait subitement presque paraplégique ; elle ne pouvait exécuter que des mouvements très-bornés, et devait garder le lit ; après quelques jours de repos, elle revenait à son état habituel, mais à la moindre fatigue, elle traînait de nouveau les jambes, et devait forcément se reposer.

Elle demeura deux ans environ dans cet état, pouvant à certains moments marcher et faire son service, tandis qu'à d'autres époques, il lui était impossible de se livrer à aucun exercice.

Il y a quelques mois, la paraplégie devint presque complète, et ne présenta plus le caractère intermittent ; aussi la malade fut-elle admise comme infirme dans une division, et dut, depuis cette époque, garder complétement le lit. L'état de la sensibilité n'a pu être constaté, à cause du peu de temps que la malade a passé dans la salle.

Tous les renseignements précédents, quoique rétrospectifs, paraissent cependant avoir une certaine valeur, puisqu'ils ont été fournis par des personnes ayant vécu deux années avec la malade.

La symptomatologie de la claudication intermittente chez l'homme, n'est pas encore connue parfaitement. Les seules observations, avec autopsie, relatives à ce sujet sont dues à M. Barth en 1835, et à M. Charcot en 1851 ; elles sont reproduites dans la thèse de M. Sabourin en 1873.

Cette claudication s'observe quelquefois chez les animaux, surtout chez les chevaux, et M. Nocart, chef de clinique à l'école d'Alfort, vient d'en publier une observation très-complète (*France médicale*, 1875, n° 28)

Nous pouvons aussi rapprocher cette affection de la paraplégie incomplète, obtenue expérimentalement chez les animaux à la suite de la ligature de l'aorte. Mais dans ces cas, étudiés par M. Deroin, (thèse 1870) la paralysie a toujours été incomplète par suite du rétablissement rapide de la circulation collatérale, tandis que dans le cas présent, la paralysie après avoir présenté pendant deux ans le caractère intermittent, est devenue constante, par suite de l'oblitération complète de presque toutes les voies de la circulation collatérale.

M. Charcot. Ce n'est pas habituellement ainsi que les choses se passent dans l'affection que l'on a désignée sous le nom de claudication intermittente, et que l'on observe chez l'homme et chez le cheval. Le plus souvent, la marche peut s'effectuer seulement pendant dix à quinze minutes ; puis il survient de l'engourdissement dans le membre qui reste dans l'inertie complète pendant 3 à 4 minutes.

M. Longuet. J'ai observé dans le service de M. Gallard un malade atteint de claudication intermittente. Il marchait continuellement, mais restait parfois 5 à 6 jours à traîner la jambe droite ; on ne sentait pas de battements artériels à partir de l'iliaque externe, la température était abaissée d'un degré et demi de ce côté et le membre était atrophié.

M. Charcot fait observer que l'autopsie n'est pas venue confirmer le diagnostic, et fait remarquer que l'atrophie est, dans l'espèce, un phénomène un peu contradictoire.

Séance de mars 1875. — Présidence de M. Périer.

24. Angiome circonscrit, occupant un des faisceaux du fléchisseur superficiel de l'avant-bras; par Lucien Magon, interne des hôpitaux.

Cette tumeur a été enlevée par M. Tillaux chez une petite fille de 12 ans. Il s'agit d'un angiôme circonscrit développé exclusivement dans le tissu musculaire. La tumeur avait envahi une longueur de plus de cinq centimètres du faisceau de l'index du fléchisseur superficiel de l'avant-bras droit. Elle se présentait sous la forme d'une tuméfaction irrégulièrement mamelonnée du volume d'un œuf de poule et sans adhérences à la peau ; elle s'étendait de la partie moyenne de l'avant-bras droit jusqu'à trois centimètres environ de l'interligne radio-carpien. Molle, pâteuse, sans battements perceptibles, cette tumeur pouvait être réduite presque complétement. Il se produisait alors une légère crépitation semblable à celle de quelques kystes à grains riziformes et le doigt sentait assez profondément une série de petits corps durs, arrondis et distincts les uns des autres. En faisant contracter le fléchisseur superficiel, on constate que la tumeur est adhérente à ce muscle. En étendant et en faisant saillir le grand palmaire, la tumeur se déplace latéralement ; elle est manifestement située au-dessous. Cette tumeur gênait la jeune malade au point de l'empêcher de coudre et d'écrire pendant quelques instants. Elle ressentait alors l'engourdissement du membre, une sensation de chaleur très-incommode, des picotements et des fourmillements très-pénibles qui s'irradiaient exactement dans la sphère de distribution du nerf médian. La peau de l'avant-bras et surtout celle de la face dorsale de la main et des doigts étaient parsemées de tâches télangiectasiques : elle présentait en outre des poils follets qui paraissaient plus nombreux et plus développés que ceux du bras et de la main du côté gauche. Il n'y avait aucun changement de coloration de la peau au niveau de la tumeur. Les éminences thénar et hypothénar étaient atrophiées. La malade qui présente au-devant de la poitrine une large plaque télangiectasique attribue le développement de la tumeur à une chute sur le dossier d'une chaise chute qui remonterait au mois de janvier 1871.

M. Tillaux diagnostiqua un angio-lipome avec phlébolithes et se décida à en pratiquer l'extirpation. Mais après l'application de la bande d'Esmarck, la tumeur disparut complétement à la vue au point que sans les noyaux durs que le toucher permettait de constater, il eût été assez difficile de la retrouver. On put la disséquer sans l'écoulement d'une goutte de sang. L'absence d'hémorrhagie permit de voir nettement que la tumeur occupait le faisceau de l'index du fléchisseur superficiel en s'étalant au-dessus du nerf médian dont il fallut la séparer par une dissection attentive. La tumeur était constituée par un réseau vasculaire au milieu duquel on rencontrait des lacunes remplies de sang et cinq à six phlébolithes, ayant le volume, la consistance et la forme de noyaux de cerises et composées de couches concentriques de matière calcaire.

26. Perforation de l'appendice vermiculaire, consécutive à la présence d'un noyau de cerise Péritonite consécutive; par A. Reignier, interne provisoire.

La nommée Marie N., âgée de onze ans, est entrée dans le service de M. le dr Bergeron (hôpital Sainte-Eugénie), le 11 mars 1875. — Elle avait été prise le dimanche 7 mars, à la suite d'un repas un peu copieux, de vomissements abondants, répétés, et de diarrhée. On lui administra un purgatif. Le lundi et les jours suivants, des vomissements persistaient. Mais sans diarrhée ; l'enfant depuis cette époque est restée fortement constipée. Le ventre était très-douloureux à la pression, il existait de fortes coliques. Un médecin appelé diagnostique un étranglement interne compliqué de peritonite.

Le jour de l'entrée : abattement profond ; facies grippé ; pouls fréquent, petit, misérable ; douleurs abdominales très-vives, vomissements incoercibles, pas de selles. L'enfant n'a pas tardé à succomber sans que l'on ait eu le temps d'intervenir.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une grande quantité de pus dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles. A la base de l'appendice vermiculaire, on trouve une ulcération large comme une pièce de vingt centimes environ, à bords irréguliers et de couleur verdâtre, laissant communiquer la cavité du péritoine avec celle de l'intestin. — Dans cette ulcération se trouve enclavé un petit corps arrondi de la grosseur d'un gros noyau de cerise. Ce corps étranger a une surface égale, régulière ; il était jaune brun : il est devenu blanc grisâtre par la dessication, il est formé d'une partie périphérique demi-molle se désagrégeant facilement et d'une partie centrale composée d'une enveloppe brunâtre, dure, luisante, et d'un contenu blanc rougeâtre. L'examen microscopique pratiqué par M. Hirne a fait voir que ce contenu était formé de cellules polyédriques à parois striées et à cavité intérieure, de 0.030 à 0,040^{mm} environ, dont les parois se coloraient fortement en rouge par la teinture d'iode, et qui paraissent de nature végétale.

Ces caractères permettent de croire que ce corps étranger était une graine autour de laquelle les matières fécales se sont agglomérées.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

VI. Des progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs, par le Dr Pénières. Delahaye, éditeur.

Des différents sujets de thèses données au coucours d'agrégation de chirurgie, le sujet de M. Pénières était certaiuement un des plus difficiles, un de ceux qui exigeaieut les connaissances les plus variées; il fallait, pour le traiter, être chirurgien et conuaître à fond la clinique des tumeurs ; être anatomiste et versé daus l'histologie pathologique.

M. Pénières a abordé avec une grande sûreté de jugement les questions du domaine de la chirurgie pure ; mais il u'eu est malheureusement pas de même des questious histologiques, comme on le verra par cette courte analyse.

Après un chapitre d'introduction, vient un chapitre d'historique. Les travaux de Cruveilhier, Lebert, Broca, Follin sout suffisamment analysés, mais toute l'œuvre de l'école allemande se trouve résumée dans cette phrase : « L'école allemande ne reste pas en arrière : Kölliker, Wedl, Billroth, O. Weber, E. Waguer, Virchow, Recklinghausen, tels sont les noms des principaux savauts qui ont apporté leur tribut. » Cet historique semblera un peu court, si on se rappelle que l'histologie des tumeurs a été presque entièrement faite par les allemands même en France, car Lebert est allemand, non-seulemeut de naissance, mais d'école, son maître étant Schoulein. Cette éuumération de noms est si incomplète, que le véritable créateur de l'histologie des tumeurs, Jean Müller, ne se trouve même pas cité. C'est pourtant lui qui, le premier, étudia avec succès la structure des tumeurs, en tenta uue classification, affirma l'homœomorphie, et la plupart des savants précités sout ses élèves. Il eût peut-être été également bon de ne pas présenter pêle-mêle des noms comme ceux de Kölliker et Recklinghausen qui ne se sont guère occupés de l'histologie des tumeurs et celui de Virchow dont les nombreux travaux sur ce sujet sout un des beaux titres de gloire. Le lecteur n'eût peut-être pas été fâché de connaître ce qu'avait fait chacun des auteurs; en quoi il avait apporté de nouveaux matériaux à l'édifice élevé par ses prédécesseurs, en quoi il avait différé d'opiuion avec les savants ses coutemporaius. L'histoire de la science ne saurait être faite avec une série de noms cités au hasard, il faut à ces noms ajouter les découvertes et même les erreurs qu'ils ont commises ou contribué à propager. Nous savons bien que tous les auteurs dont nous parlons, sout allemands, et que pour certaines personnes on ne saurait parler d'eux et de leurs découvertes scieutifiques sans être accusé de manquer de patriotisme; avouons que ce singulier patriotisme n'est pas toujours sincère et couvre le plus souvent un mauque d'instruction et dans tous les cas uue étroitesse d'esprit.

Dans un second chapitre intitulé : des procédés d'investigation, l'auteur traite succinctement de l'incision sous-cutanée et de la ponction exploratrice ; il nous semble qu'il eût pu uous dire quelques mots des causes d'erreurs iuhérentes aux divers procédés d'investigation, nous montrer que, si à la périphérie d'une tumeur, il existe de l'iuflammation, et si l'exameu histologique porte sur ce point, on sera tenté d'admettre l'existence d'uu sarcome, pourquoi il est si facile de prendre pour un adénome une tumeur d'un organe glandulaire, etc. Le lecteur, prévenu des nombreuses difficultés que rencontre à chaque pas l'histologiste, aurait mieux compris les nombreuses erreurs qui se commettent tous les jours dans le diagnostic anatomique des tumeurs. A la fiu de ce chapitre, nous tombons immédiatement sur une série d'autres intitulés carciuomes, sarcomes, etc. L'auteur ne nous dit pas s'il adopte une classification, sur quoi elle est basée, et tous ses chapitres sont désormais placés à la file, sans qu'aucuue idée paraisse présider à leur enchaînement. Il eût cependant été utile de douner quelques développemeuts aux classificatious histologiques des tumeurs et de les comparer aux classifications cliniques, il nous semble qu'il y avait là quelques cousidérations à présenter qui formaient une partie essentielle du sujet à traiter.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la description de chacune des tumeurs, nous citerons seulement quelques chapitres qui nous ont paru soulever d'importantes objections.

Sarcome. Dans ce chapitre l'auteur éuumère les priucipales espèces de sarcome et leurs principaux caractères ; mais il a, selon nous, le tort de ue pas faire remarquer combien l'expression de sarcome a peu de valeur au poiut de vue clinique puisqu'elle nous fait confondre sous une même déuomiuation des tumeurs béuigues, telles que les sarcomes angiolithiques, les épulis des geucives, avec les sarcomes encéphaloïdes. C'est aussi daus ce chapitre des sarcomes qu'il aurait peut-être dû insister sur l'iuanité des études histologiques nou appuyées sur la cliuique. Dounez à uu histologiste, un fragmeut de sarcome à cellules rondes, ou bien un bourgeon charnu, il ue trouvera eutre eux aucune différence essentielle de structure et il se heurtera à une difficulté insurmontable pour l'anatomiste et que l'observation clinique pourra seule traucher.

Adénome. — Dans ce chapitre nous trouvons une description des adénomes, mais l'auteur ne met pas assez en relief la rareté des adénomes vrais, rareté telle que uombre d'histologistes tendent à les nier.

Lymphadénomes. — L'examen microscopique du sang peut trancher facilement la question, dans les cas douteux, dit M. Pénières. Cette proposition nous paraît peu acceptable dans ces termes. Si, eu effet, il y a leucocythémie, les tumeurs du malade sont probablement des lymphadéuomes, mais l'absence de leucocythémie ne prouvera pas que les tumeurs coustatées ne sont pas lymphatiques ; tous les travaux publiés dans ces dernières années démontrent que la lymphadénie est une maladie générale qui doit être rangée dans la classe des cancers et que la leucocythémie en est seulement uue des formes, forme sur la fréquence relative de laquelle on ne saurait encore se prouoncer, dans l'état actuel de la science. — Daus ses conclusious, M. Pénières nous moutre les progrès dus à l'histologie et les erreurs qu'elle a fait commettre.

Pour résumer l'impression produite par la thèse de M. Pénières, nous répèterons ce que nous disions au début de cet article, qu'elle est l'œuvre d'un chirurgien versé dans l'étude de la clinique, sachant bien la chirurgie, mais qui n'avait peut-être pas été préparé à traiter ce sujet difficile par des études histologiques antérieures ; et s'il nous est arrivé d'être uu peu sévère dans nos critiques, uous rappellerons que ce qu'elles peuvent avoir d'un peu vif s'adresse en réalité à un jury ou plutôt à des institutions qui exigent que, selon le hasard d'un sujet tiré au sort, un chirurgieu soit tout à la fois médecin, histologiste, physiologiste, etc., etc. Nous ne sommes plus au temps des Pic de la Mirandole et la science est devenue trop vaste pour qu'on puisse exiger des savants uue compétence égale sur tous les sujets.

48. Pilules contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

Sulfate d'atropine	1 milligramme.
Extrait de gentiane	1 centigramme.

Pour une pilule ; une ou deux par jour. (*L'art médical* de Bruxelles.)

49. Collyre contre le pannus. — *Warlomont.*

Essence de térébenthine	4 grammes.
Huiles d'olive	8 —

Mêlez en agitant. Une goutte, chaque jour, dans l'œil, pour combattre le pannus vasculaire. Daus un cas iuvétéré l'auteur a remarqué un mieux sensible dès les premières instillations. La cornée devint plus pâle par suite de l'atrophie progressive du pannus; de sorte que, au bout de quelques semaines, on put distinguer la couleur de l'iris, et, bientôt après, le contour pupillaire. Avec le temps, la guérison fut complète.

50. Pilules emménagogues. — *Dr Millard.*

Aloès	0,10 centigrammes.
Rue	ãã 0,05 —
Sabine	
Safran	

Dose pour une pilule. — (*Archiv. belges de thérap.*)

Prix biennal de l'Académie des sciences. — L'Académie des sciences, dans sa séance de lundi dernier, a décerné le prix biennal de 10,000 fr. M. P. Bert, professeur au Collége de France et membre de l'Assemblée nationale, a obtenu le prix.

Mortalité a Paris. — Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 20 août 1875, on a constaté 799 décès, savoir : variole, 3 ; — rougeole, 13; — scarlatine, »; — fièvre typhoïde, 13; — érysipèle, 4; —

bronchite aiguë, 18; — pneumonie, 33; — dyssenterie, 4; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 53; — *choléra nostras*, »; — angine couenneuse, 16; — croup, 8; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 279, — affections chroniques, 296, dont 129 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 27; — causes accidentelles, 20.

Londres. — Population : 3.445.160 hab. Décès du 8 au 14 août, 1,483, savoir : variole, 1; — rougeole, 36; — scarlatine, 87; — fièvre typhoïde, 15; — érysipèle, 8; — bronchite, 92; — pneumonie, 66; — dyssenterie, »; — diarrhée, 147; — *choléra nostras*, 8; — diphthérie, 7; — croup, 12; — coqueluche, 50.

Muséum. Par décret en date du 19 août 1875, M. Veillant (Léon-Louis), Dr ès-sciences naturelles, chargé de la chaire de zoologie (reptiles et poissons), au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Duméril, décédé.

Elèves en pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, Vu les titres II et III de la loi du 25 germinal an XI, relatifs aux élèves en pharmacie, au mode et aux frais de leur réception; Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854; Vu le titre II du règlement d'administration publique du 22 août 1854 et notamment les articles 20 et 21; Vu le décret du 28 octobre 1854, qui détermine le prix des inscriptions dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; Vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique; Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète : Art. 1er. — Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de 2e classe durent six années, dont trois années de stage officinal et trois années de cours suivis dans une école supérieure de pharmacie ou dans une école de médecine ou de pharmacie.

Art. 2. — Avant de prendre leur première inscription, soit de stage, soit de scolarité, les aspirants devront produire un certificat délivré par le recteur de l'académie, constatant qu'ils ont justifié devant un jury institué à cet effet, des connaissances enseignées dans la classe de quatrième des lycées. Ils ne seront admis à prendre la cinquième et le neuvième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Nul ne pourra se présenter aux examens de fin d'études avant l'expiration du dernier trimestre de ces études.

Art. 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires; chaque période annuelle de ces travaux est fixée à huit mois. Tout excédant de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques après payement des frais afférents à ces travaux, sera employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants.

Art. 4. — Les droits à percevoir des aspirants au diplôme de pharmacien de 2e classe sont fixés ainsi qu'il suit : 12 inscriptions à 25 fr... 300 fr.

3 années de travaux pratiques à 50 fr. par semestre		300
1er examen de fin d'études		50
2e examen de fin d'études		50
3e examen de fin d'études...	1re épreuve	50
	2e épreuve, y compris 100 fr. pour frais de matériels	150
3 certificats d'aptitude à 40 fr		120
Diplôme		100
Total		1.000 fr.

Les examens de fin d'année sont gratuits.

Art. 5. — Les droits acquittés par les élèves des écoles supérieures sont versés au Trésor public. Ceux qui sont acquittés par les élèves des écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales; toutefois, les droits de certificat d'aptitude et de diplôme continueront à être perçus au compte de l'Etat.

Art. 6. Le présent règlement recevra son exécution à partir du 1er octobre 1875, sous les réserves suivantes : Tout élève en cours de stage, au moment de la promulgation du présent décret, pourra régulariser ce stage en justifiant, avant le 1er janvier 1876, du certificat de grammaire prescrit par l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854. Tout élève qui, au 1er octobre 1875, aura accompli sa troisième année de stage, pourra opter entre le régime d'études déterminé par le règlement du 22 août 1854 et celui qui est établi par le présent décret.

Art. 7. — Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Lazaret de Trompeloup. — Mercredi dernier, 18 août, MM. Dumoustier et Frédilly, directeurs du commerce intérieur au Ministère de l'Agriculture; le Dr Fauvel, inspecteur général du service sanitaire; le docteur Proust et Mültzer, architecte, auditeurs au comité consultatif d'hygiène publique, se sont rendus au lazaret de Trompeloup, près Pauillac. Ces fonctionnaires ont examiné la situation des emplacements qu'il est nécessaire d'acheter pour l'édification des nouvelles constructions projetées et ont arrêté en même temps l'ordre dans lequel ces constructions devront s'effectuer. L'adjudication des travaux aura probablement lieu dans le courant d'octobre. (*Gaz. médic. de Bordeaux.*)

Société médico-psychologique. — Prix Aubanel. La Société médico-psychologique décernera au mois d'avril 1878, le *prix Aubanel*, de la valeur de 2.420 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Etudier au point de vue clinique et médi-légal, à tous ses degrés, sous ses différentes formes, et principalement à son début, l'affaiblissement intellectuel symptomatique des affections organiques du cerveau. La Société médico-psychologique appelle particulièrement l'attention des candidats sur l'état mental des apoplectiques, et insiste sur l'importance d'une étude comparative de l'affaiblissement intellectuel au début de la démence sénile et de la démence paralytique. »

Les mémoires porteront un épigraphe reproduit dans un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur. Les manuscrits écrits en français, devront être parvenus avant le 31 décembre 1877, à M. le Dr Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne.

Prix *à décerner en 1876*. — La Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire met au concours la question suivante : « *De l'Anémie chez les mineurs.* » La Société décernera un prix de la valeur de 800 francs, au mois de décembre 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet,

Les mémoires, écrits en français ou en latin, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur. Ils devront être parvenus avant le 30 septembre 1876, à M. le docteur Sautereau, secrétaire de la Société, rue Traversière, 6, à Saint-Etienne (Loire).

Prix. — La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a tenu sa séance publique annuelle le dimanche 9 mai. Dans cette séance ont été distribuées les récompenses suivantes : *Prix de l'année* : Le prix étant réservé, la société accorde une médaille d'or de 200 fr. à M. le Dr Dechaux, de Mout-

3e ANNÉE. — N° 36 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 4 SEPTEMBRE 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. HAYEM, agrégé, suppléant M. le professeur BOUILLAUD.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PARIS, externe du service.

TROISIÈME LEÇON. — 5 décembre 1874.

Messieurs,

D'autre part, après avoir tenu compte des conditions organiques dans lesquelles se produit la syncope, il faut ajouter que chez un certain nombre de typhiques, l'arrêt du cœur est survenu à l'occasion d'un effort, d'une émotion, c'est-à-dire dans des circonstances où les individus faibles et anémiques éprouvent souvent des troubles cardiaques. Ici, l'influence du système nerveux peut évidemment intervenir ; mais si ces causes banales, souvent légères, toujours insignifiantes, peuvent être ici, comme dans d'autres cas, la cause occasionnelle de la syncope, à coup sûr elles n'expliquent pas pourquoi cette syncope est mortelle. Pour que le cœur s'arrête ainsi à la moindre excitation, il faut qu'il soit en quelque sorte épuisé ; et c'est en effet ce qui a lieu. A la fin d'une fièvre typhoïde cet organe est en voie de destruction. Sous l'influence de la fièvre, après avoir soutenu pendant longtemps un travail exagéré, il s'arrête brusquement et d'une manière définitive au moment où un nouvel effort serait nécessaire. Il nous paraît donc impossible, quelles que soient les circonstances dans lesquelles la syncope se produit de ne pas tenir compte des lésions cardiaques.

Je puis encore vous énoncer un dernier argument en faveur de la part considérable qui revient au cœur lui-même dans la mort subite. Cherchez, en dehors des pyrexies ou des convalescences des maladies aiguës, des exemples de syncope mortelle ; c'est dans l'histoire des affections organiques du cœur que vous en trouverez le plus grand nombre. Là encore, on a beaucoup discuté le mécanisme de l'arrêt du cœur ; mais le seul fait qui soit hors de toute contestation, c'est la lésion cardiaque. A un certain moment, souvent d'une manière inopinée, l'organe altéré est frappé d'une sorte d'épuisement paralytique, et cela précisément dans les cas de lésions qui réclament de la part du cœur un travail exagéré ou qui portent particulièrement sur le tissu musculaire.

Ainsi, et pour nous résumer, on peut invoquer diverses causes occasionnelles pour expliquer la mort subite dans la fièvre typhoïde ; mais nous croyons que la syncope n'est rendue possible et surtout définitive qu'en raison de l'altération du cœur. Ajoutons que l'anémie paraît, dans certains cas, favoriser ce terrible accident. C'est là une conclusion importante au point de vue clinique puisque ces lésions du cœur peuvent être diagnostiquées et suivies dans leur évolution, grâce à l'observation attentive et journalière de cet organe.

Vous devez aussi comprendre maintenant tout l'intérêt que peut présenter cette étude au point de vue du pronostic général de la fièvre typhoïde. Mais il ne nous suffit pas de savoir qu'assez souvent les malades meurent par le cœur, vous êtes en droit de vous demander quels sont les signes cliniques d'une valeur pronostique particulière.

A cette question, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de répondre d'une manière précise. Je vais cependant vous soumettre les principales conséquences qu'on peut déduire des faits observés jusqu'ici.

En général, l'affaiblissement des contractions cardiaques et par suite du premier bruit du cœur présente toujours une certaine gravité. Il annonce une tendance au collapsus ou à la syncope, et il me paraît avoir une signification plus accentuée lorsqu'il survient à une époque peu éloignée du début, ou bien encore lorsqu'il vient compliquer un cas rendu déjà grave par une élévation insolite de la température.

Cependant vous verrez guérir bon nombre de malades chez lesquels vous aurez noté cet affaiblissement du cœur, les exemples que nous avons observés ensemble l'établissent d'une manière incontestable.

Le bruit de souffle n'a pas non plus par lui-même un caractère de gravité bien précis. Bien qu'il ait été observé dans plusieurs cas de mort subite, dans beaucoup de mes observations il n'a été accompagné d'aucun accident sérieux.

Je crois devoir accorder plus de valeur au point de vue du pronostic aux intermittences du pouls. Lorsqu'elles se montrent dans le cours du second septénaire, ou au commencement du troisième, quels que soient d'ailleurs les phénomènes stéthoscopiques, elles sont souvent d'une gravité considérable.

Plusieurs fois j'ai pu prévoir à l'aide de ce seul signe une terminaison funeste. Surviennent-elles, au contraire, au moment de la défervescence, les intermittences ont une signification tout autre. Loin d'indiquer un danger, elles annoncent en quelque sorte la convalescence. C'est là un point sur lequel j'ai déjà suffisamment insisté.

Il resterait encore à rechercher quelle peut être la valeur de la fréquence des pulsations cardiaques. Divers auteurs et récemment Anstie (*On digitalis in acute febrile diseases. The Practitioner*, sept. 1873), ont émis l'idée que les altérations du cœur sont étroitement liées à l'augmentation du nombre des contractions.

C'est là une vue qui me paraît être un peu théorique et sur laquelle, en tout cas, il m'est impossible de me prononcer. La fréquence du pouls est, en général, en rapport avec l'élévation de la température, et celle-ci constitue par elle-même un danger de mort sans qu'on puisse attribuer, dans tous les cas de ce genre, la terminaison fatale aux phénomènes cardiaques.

Outre l'élévation de la température, il est encore d'autres signes cliniques qui permettent de juger, en quelque sorte, de l'état de la nutrition générale et dont l'étude serait certainement fort utile.

Je vous signalerai particulièrement, sous ce rapport, l'importance de l'examen des urines. Au point de vue qui nous occupe, il serait à désirer de savoir si l'albuminurie et l'azoturie qui se rencontrent dans certains cas n'offrent pas quelques rapports avec les dégénérescences musculaires et par suite avec l'état du cœur. Les renseignements qu'on trouve dans les auteurs relativement à l'élimination de l'urée, sont tout-à-fait insuffisants ; quelques-uns même contradictoires.

Il faudrait donc, à l'exemple d'Anstie (*On tissue destruction in the febrile state and its relation to treatment. The Practitioner*, mars-mai, 1874), reprendre ces recherches. Mais pour en obtenir des résultats précis rappelez-vous qu'il est nécessaire de recueillir les urines des 24 heures, et cette condition est souvent impossible à réaliser dans la fièvre typhoïde.

— Jusqu'à présent ces études sur les troubles cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde ne nous ont encore servi qu'à pénétrer dans le mécanisme intime de la maladie. Il est temps de faire une application de notions que nous avons acquises à la thérapeutique de cette pyrexie.

(1) Voir les nos 29, 30, 32, 33 et 35.

Malgré leur importance, il ne saurait être question d'en déduire un traitement uniforme de la fièvre typhoïde. Mais considérez un instant avec moi quelle est la nature des moyens que l'on oppose à la fièvre typhoïde et vous verrez que le médecin ne peut faire ici, comme dans les autres maladies infectieuses, qu'un traitement symptomatique.

Quelle que soit la cause supposée de la fièvre typhoïde, ce n'est pas à elle qu'on s'adresse, pas plus qu'on ne peut espérer neutraliser le virus de la variole ou des autres fièvres éruptives. L'organisme, sous le coup de ces grandes maladies spécifiques, est le siége d'actes complexes qui menacent de le détruire et ce sont ces actes seuls que nous pouvons atteindre et non la cause première qui les sollicitent.

Voilà pourquoi il ne peut être question, dans les données actuelles de la science, d'un traitement uniforme de la fièvre typhoïde. Chaque cas particulier peut soulever des indications spéciales, chaque symptôme prédominant doit éveiller l'attention, et mille nuances que la clinique nous apprend à reconnaître réclament des modifications correspondantes dans les règles générales qu'on pourrait formuler.

Cela posé, les désordres cardio-vasculaires qui entraînent si souvent la mort des malades sollicitent, au même titre que les troubles des autres grandes fonctions, l'emploi de moyens particuliers. Mais l'ensemble de ces moyens ne constitue pas le traitement de la maladie tout entière; il n'en est qu'un des éléments.

Pour bien établir ce dernier point, nous allons passer rapidement en revue les principales indications thérapeutiques qui se présentent dans la majorité des cas. Quels sont les éléments morbides les plus importants à combattre dans la fièvre typhoïde?

Nous trouvons tout d'abord la fièvre, puis, l'adynamie, les phénomènes gastro-intestinaux, les troubles de l'hématose, les symptômes nerveux, et enfin, ce qui nous importe particulièrement, les troubles cardio-vasculaires.

Contre la fièvre on a proposé un très-grand nombre de moyens, nous ne parlerons que des principaux et nous négligerons à dessein les émissions sanguines et tous les moyens spoliateurs.

La fièvre typhoïde demande de la part du malade une force de résistance considérable, aussi a-t-on abandonné définitivement toutes les médications générales ou locales qui dépriment l'organisme.

Cette manière d'agir, si elle n'était pas maintenant devenue vulgaire, serait formellement commandée par les notions que nous avons acquises touchant les dangers de l'affaiblissement du cœur et de l'aglobulie.

Les principaux moyens antipyrétiques, mis le plus souvent en usage, sont le sulfate de quinine, la digitale, l'alcool et l'hydrothérapie.

Les effets qu'on a retirés du *sulfate de quinine* sont inconstants et l'on peut dire, je crois, que ce précieux médicament n'a pas une valeur incontestable dans les fièvres continues de nos contrées.

La digitale a rendu, au contraire, de réels services. Elle avait déjà été utilisée par Schœnbein, Traube, Wunderlich lorsque Ferber (1864) et Thomas (1865) en firent une étude plus complète. Toutefois, ces recherches n'avaient pas eu, en France, un grand retentissement lorsque, grâce aux travaux remarquables de M. Hirtz et de ses élèves, en particulier de M. Lœderich, la digitale vint prendre rang parmi les antipyrétiques les plus efficaces. Ces auteurs ont nettement établi l'action de cette substance, employée à dose assez élevée, sur la température fébrile. Mais, de tous les moyens capables de modérer ce symptôme, il ne paraît pas y en avoir de plus puissant que l'eau froide.

Mise en honneur par Wright et Currie, l'*hydrothérapie* est actuellement utilisée par un grand nombre de médecins; en ce moment même, elle fait l'objet de nombreuses recherches et constitue une question à l'ordre du jour. Ainsi qu'on le fait actuellement dans la plupart des services des hôpitaux, nous utilisons journellement les lotions froides. Ces ablutions s'exécutent matin et soir, soit avec de l'eau simple ou de l'eau vinaigrée, soit, à l'exemple de M. Jaccoud, avec du vinaigre aromatique.

Mais il est une autre méthode, désignée habituellement sous le nom de Brand; c'est celle des bains froids. On l'expérimente depuis quelque temps sur une large échelle à Lyon et quelques médecins l'ont également appliquée dans les hôpitaux de Paris. Ces nouvelles études nous permettront probablement d'en apprécier la valeur et il faut espérer qu'on se préoccupera de déterminer l'influence qu'elle peut avoir sur les manifestations cardiaques.

Parmi les antipyrétiques, nous mentionnerons encore l'*alcool* et les boissons alcooliques. Depuis les travaux de Todd en Angleterre et de M. Béhier en France, ces substances sont utilisées par la plupart des praticiens dans tous les états fébriles qui dépriment fortement les forces. Elles ont l'avantage, en effet, d'abaisser la température en modérant les actes nutritifs, et de déterminer, en outre, une stimulation souvent nécessaire.

Déjà, par leur emploi, on remplit la seconde indication que nous avons formulée, celle de combattre l'adynamie et de soutenir les forces. Mais il faut, de plus, et c'est là un précepte mis aussi en usage par tous, nourrir les malades en leur donnant quelques aliments faciles à digérer et administrer des toniques.

Comme aliments, on peut donner pendant tout le cours de la période fébrile, du bouillon, des potages, du lait; les malades reçoivent, en outre, de la limonade vineuse, et on leur donne avec avantage une potion contenant de 4 à 6 gr. d'extrait mou de quinquina.

Pour combattre les phénomènes gastro-intestinaux, on peut donner des purgatifs doux (sulfate de soude, calomel), en évitant de les répéter trop souvent.

Mais je n'insiste pas sur cette partie du traitement. Vous aurez de nombreuses occasions de l'étudier au lit du malade et vous verrez également les diverses applications qu'on peut faire des lavements, ainsi que des fomentations sur la paroi abdominale.

L'accident le plus redoutable du côté de l'appareil respiratoire, c'est-à-dire la stase pulmonaire, sera efficacement combattu par des applications répétées de ventouses sèches. Ce moyen, préconisé par Graves, a été recommandé surtout par M. Béhier, puis par M. Jaccoud et plusieurs fois vous avez pu en constater les heureux effets.

Nous devons nous arrêter plus particulièrement aux indications fournies par l'appareil cardio-vasculaire.

La plupart d'entre elles sont d'ailleurs remplies par l'usage des moyens précédents, ce qui prouve bien que les manifestations cardiaques sont, comme je vous l'ai dit, intimement liées à l'évolution générale de la maladie. En combattant l'élément fébrile, en soutenant avec le plus grand soin la nutrition générale, on s'oppose à ces désorganisations profondes des tissus qui sont l'origine des accidents que nous étudions.

Mais, parmi les antipyrétiques que nous venons de citer, il en est un qui, vous le savez, est utilisé comme tonique du cœur. Je veux parler de la digitale. C'est précisément cette substance qui, jusqu'à présent, s'est montrée le plus efficace contre la forme parétique de la myocardite typhoïde. Il me suffira donc, pour terminer ces considérations thérapeutiques, de vous montrer que les bons effets de la digitale sont dus non-seulement à son action antipyrétique, mais encore à son influence sur le cœur.

De nombreux et récents travaux ont été faits sur la digitale et les diverses espèces de digitaline, permettez-moi de vous rappeler ceux qui se rapportent plus particulièrement à notre sujet.

Ils ont établi, d'une manière générale, que ces substances n'ont un effet marqué sur la température que lorsqu'on les emploie à doses élevées. D'après M. Widal (1), la digitale serait plus active sous ce rapport que la digitaline amorphe et la digitaline cristalisée. Dans les expé-

(1) Recueil des mémoires de méd. et de chir. militaires, t. XXIX, p. 285, 1873.

riences qu'il a entreprises, ces deux dernières n'ont eu aucune influence sur la température dans la fièvre typhoïde; elles ont produit au contraire, même à doses modérées, une action notable sur le cœur.

Les observations de Grimshaw (1) sur le typhus établissent les mêmes faits ; c'est-à-dire que la digitale serait sans influence sur la durée de la fièvre et sur la température, tandis qu'elle déterminerait constamment, à doses peu élevées, une élévation de la tension artérielle, une diminution de la fréquence du pouls et une augmentation de la force des contractions du cœur.

En se fondant sur ces résultats, Anstie (*loc. cit.*) recommande l'emploi de la digitale comme tonique du cœur dans toutes les affections fébriles et en particulier dans la fièvre typhoïde. Nos observations confirment celles de ces auteurs.

Dans les cas, déjà assez nombreux, où nous avons utilisé la digitale, l'action antipyrétique de ce médicament nous a paru à peu près nulle. Examinez les courbes de température recueillies chez les malades soumis à ce traitement et vous n'observerez pas d'irrégularités dans le cycle fébrile. Aussi, est-ce surtout comme tonique cardio-vasculaire qu'on doit y avoir recours dans la fièvre typhoïde et il convient de l'associer aux alcooliques et à l'hydrothérapie, particulièrement lorsqu'il y a tendance au collapsus.

Les auteurs allemands et l'école de Strasbourg prescrivent la digitale à des doses très-fortes dès le début (1 à 2 grammes de poudre de feuilles en infusion); le lendemain, ils diminuent la dose de moitié et ils cessent complétement son administration dès que la température a baissé. Je préfère commencer par de petites doses (0,60, — 0,75, 1 gr). Il faut d'ailleurs en surveiller les effets et s'arrêter dès qu'on obtient une diminution marquée dans la fréquence du pouls. D'après M. Hirtz, les typhiques supporteraient moins bien la digitale que les pneumoniques. Anstie avance précisément le contraire. Pour expliquer ces contradictions, il faut tenir compte probablement de la valeur inconstante du médicament employé par les divers auteurs.

Pour mon compte, je n'ai jamais dépassé la dose de 1 gr. 50 de poudre de feuilles de digitale en infusion et il m'a semblé qu'on pouvait ainsi obtenir sans danger, tout le bénéfice que peut procurer ce médicament énergique.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tumeur épithéliale sous-muqueuse du gros intestin siégeant au niveau de l'S iliaque, phlegmon de la fosse iliaque et psoïtis consécutifs. Mort. Autopsie.

Par **LAVERAN**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'observation suivante nous a paru intéressante au point de vue clinique, car le diagnostic présentait de très-grandes difficultés, plus intéressante encore au point de vue de l'histoire des tumeurs en général, la tumeur développée dans le gros intestin de notre malade, appartenant à une espèce rare et jusqu'ici mal définie.

Observation. — H...., soldat à la garde républicaine, âgé de 25 ans, entre au Val-de-Grâce le 21 novembre 1874, (salle 26, lit 6). Ce malade a déjà fait un séjour à l'hôpital, il y a trois mois environ, pour *syphilis*; disons tout suite, que nous ne trouvons plus trace d'accidents spécifiques et que nous n'avons pas pu éclaircir complétement la question de savoir si véritablement les accidents vénériens antérieurs devaient être rapportés à la syphilis proprement dite.

H.... se plaint d'anorexie, de faiblesse générale, il est anémique, considérablement amaigri, les pommettes sont saillantes; en un mot, le malade a l'habitus extérieur d'un phthisique et nous constatons avec étonnement que les poumons respirent bien, l'auscultation ne révèle que quelques râles sibilants en arrière. En palpant l'abdomen, nous découvrons dans la fosse iliaque gauche, juste au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur dure, bosselée, dont le volume peut être comparé à celui d'une pomme de moyenne grosseur; cette tumeur adhère aux parties profondes, non à la paroi antérieure de l'abdomen qui n'est ni rouge, ni enflammée à ce niveau, la pression n'est pas douloureuse à l'endroit même où siége la tumeur, mais il existe un point douloureux entre les épines iliaques antérieures; pas de battements ni de souffle à l'auscultation.

Le malade, préoccupé surtout de son état général, n'avait pas appelé notre attention sur cette tumeur ; cependant, après nous avoir laissé le soin de la découvrir, il nous dit que depuis deux mois environ, il s'était aperçu qu'il y avait quelque chose de dur au-dessus du pli de l'aine à gauche, d'où l'on peut conclure que la tumeur avait mis deux mois *au moins* à se développer et probablement bien davantage, car au début elle a dû échapper à l'attention du malade. La tumeur indolore par elle-même, donne lieu à des irradiations douloureuses le long des branches du plexus crural, principalement pendant la marche. La circulation n'est pas gênée dans le membre inférieur gauche, la cuisse s'étend librement, il n'y a pas de rétraction; les ganglions inguinaux ne sont ni hypertrophiés, ni douloureux; les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement, il n'y a pas de rétention des matières. Les testicules sont dans les bourses; rien à noter du côté du squelette du bassin, ni de la colonne vertébrale.

Les purgatifs procurèrent facilement des selles liquides, mais ne firent pas disparaître la tumeur, il ne s'agissait évidemment pas d'une tumeur stercorale.

Le thermomètre, appliqué matin et soir dans l'aisselle, nous montra bientôt qu'il existait une fièvre hectique, les températures du soir étaient de 39° à 40°, tandis que les rémissions matinales allaient jusqu'à la normale. L'anorexie persistait malgré le quassia, le quinquina, la rhubarbe, etc., le malade maigrissait de plus en plus et accusait des sueurs nocturnes; le diagnostic de tumeur scrofuleuse ou tuberculeuse des ganglions iliaques fut porté et le malade fut soumis à un traitement général reconstituant, (huile de morue, vin de quinquina); on fit au niveau de la tumeur des badigeonnages iodés.

Dans le courant du mois de décembre, une aggravation notable se produisit dans l'état du malade, la tumeur jusque-là indolore, devint le siége de vives souffrances qui ôtèrent tout repos au malade, les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin se contractèrent et le membre inférieur gauche prit la position qu'il a dans la psoïtis; la fièvre hectique persistait; du 10 au 15 décembre les températures du soir sont : 39°,8, — 40°,2, — 39°,8, — 40°, — 39°,8, — 39°,4, à partir du 15, la fièvre diminue, les températures du matin sont normales; malgré l'étendue des oscillations thermométriques, le malade n'accusa jamais de frissons violents. (Cataplasmes laudanisés, opiacés à l'intérieur, le 16 décembre, un vésicatoire loco dolenti, pansement à la morphine).

Dans les derniers jours du mois de décembre, il devint évident qu'un abcès tendait à se faire jour au-dehors; au-dessus du ligament de Fallope la peau était rouge, douloureuse à la pression, légèrement œdématiée, la fluctuation devint bientôt manifeste. Une première application de pâte de Vienne fut faite sur la partie la plus saillante de la tumeur, mais deux jours après, je trouvai le malade tellement affaibli que je ne jugeai pas à propos de compromettre davantage l'intervention chirurgicale; le malade succomba en effet le 30 décembre.

Autopsie faite le 1er janvier 1875. — Le cadavre est fortement émacié. Après avoir ouvert l'abdomen, je cherche à isoler la tumeur, mais inutilement, et je prends le parti de l'enlever avec le gros intestin, auquel elle adhère fortement; pendant cette opération j'ouvre une large collection purulente qui se trouve au-dessous de la tumeur et qui occupe toute la fosse iliaque gauche. L'aponévrose iliaque a disparu en partie et le muscle iliaque n'est plus représenté que par des lambeaux noirâtres, imbibés de pus, au milieu desquels on remarque le nerf crural qui a conservé sa coloration blanchâtre; en avant, l'abcès iliaque s'est frayé une route jusque sous la peau de l'abdomen par un trajet situé en dehors du muscle grand droit du côté gauche.

(1) Dublin journ. of med. science, 1873.

Le gros intestin fait le tour presque complet de la tumeur, il s'aplatit sur elle comme ferait un large tube en caoutchouc; pas de distension notable de l'intestin au-dessus de la tumeur, pas d'accumulation de matières fécales.

Le gros intestin est alors ouvert dans toute sa longueur, opération qui peut se faire sans intéresser la tumeur; celle-ci, développée dans la paroi du gros intestin, mais d'un côté seulement, ne rétrécit pas le calibre de l'intestin, elle ne fait pas saillie sous forme de polype dans l'intérieur de celui-ci, la muqueuse est un peu plissée mais non ulcérée à ce niveau.

La tumeur est inégale, bosselée, assez consistante, elle mesure de 8 à 10 centimètres dans tous ses diamètres. Sur des coupes, marbrures blanchâtres et grisâtres qui rapellent complètement l'aspect du cancer encéphaloïde. Ce dernier diagnostic ne me paraît pas douteux. Il n'existe pas trace de noyaux cancéreux dans les autres organes. Rien à noter du côté des poumons, pas de tubercules.

Examen histologique (1). — Des coupes pratiquées dans différents points de la tumeur, permettent facilement de constater qu'il ne s'agit pas d'un carcinome ainsi que l'examen macroscopique nous l'avait fait supposer, mais d'une tumeur épithéliale dans laquelle on distingue facilement les éléments suivants :

1° Un stroma fibreux, épais sur certains points, très-délicat sur d'autres, circonscrit, des mailles très-inégales de forme et de dimension, les unes sont allongées, grandes, à bords irréguliers, les autres petites, arrondies.

2° La paroi de ces lacunes ou de ces kystes est tapissée par un épithélium cylindrique continu, parfaitement conservé; les cellules sont cylindriques, munies d'un plateau et de gros noyaux, quelques-unes sont creusées de vacuoles. Dans les lacunes les plus petites, l'épithélium paraît plus jeune que dans les grandes, il est mieux conservé et on distingue facilement des cils vibratiles.

3° Dans l'intérieur des lacunes, on trouve des masses irrégulières, en partie amorphes, en partie constituées par des cellules granuleuses, arrondies ou ramifiées; ces masses se colorent en jaune par le picrocarminate, tandis que l'épithélium et le tissu conjonctif prennent une coloration rose plus ou moins foncée.

Sur une même coupe, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas les transformations de ces cavités kystiques : ici, le kyste est à l'état naissant, une couche très-régulière d'épithélium à cils vibratiles entoure un petit orifice nettement arrondi; là le kyste s'est élargi, une matière muqueuse s'est accumulée au centre et a déterminé par compression l'affaissement de la couche épithéliale qui ne présente plus la même régularité que dans les kystes de petit volume; là enfin, plusieurs cavités se sont réunies par rupture des parois communes, et les bords du kyste présentent une série d'enfoncements, de dentelures tapissés d'épithélium. La tumeur est extrêmement peu vasculaire.

L'examen histologique du nerf crural qui, on se le rappelle, avait été comme disséqué par la suppuration, nous permit de constater que ce nerf, malgré son intégrité apparente, était le siége d'une inflammation très-bien caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel et un état variqueux très-prononcé des tubes nerveux. Cette altération explique les douleurs si vives ressenties par le malade sur le trajet des branches du crural et peut-être faut-il aussi lui attribuer la rétraction si marquée de la cuisse sur le bassin. Les autres branches du plexus crural participaient probablement à cette névrite.

Réflexions. — Il est curieux de voir comment les erreurs se sont succédé presque fatalement dans ce cas: pendant la vie, trompés par l'état général du malade qui est celui d'un tuberculeux, par la fièvre hectique, par les prédispositions résultant de l'âge, nous croyons à l'existence d'une tuberculose et nous attribuons la tumeur à une adénite de nature scrofuleuse ou tuberculeuse; après la mort, les caractères macroscopiques de la tumeur nous font porter le diagnostic de carcinome encéphaloïde; l'examen histologique vient enfin rectifier cette nouvelle erreur.

L'histoire clinique de notre malade est des plus simples: une tumeur s'était formée lentement au niveau de l'S iliaque dans le gros intestin, sans déterminer d'autres troubles que quelques douleurs le long des branches du plexus crural, douleurs qui augmentaient pendant la marche; sous l'influence des frottements continuels de la tumeur contre la fosse iliaque gauche, un phlegmon se développa lentement et donna lieu à la fièvre hectique qui fut constatée au moment de l'entrée à l'hôpital; l'inflammation s'étendant en profondeur, l'aponévrose iliaque puis le muscle iliaque furent en partie détruits par la suppuration, le membre inférieur se rétracta, et les branches du plexus crural, baignées de pus, furent atteintes de névrite d'où les douleurs irradiées qui, à un moment, prirent un caractère d'acuité extrême. Le malade succomba au phlegmon iliaque compliqué de psoïtis, non à la tumeur. L'idée que nous avions affaire à un tuberculeux, nous a empêché d'intervenir très-activement; l'ouverture de l'abcès iliaque aurait-elle prolongé la vie du malade? Nous ne le pensons pas, l'affaiblissement était extrême quand il fut possible de percevoir la fluctuation et le malade n'aurait pas résisté à une longue suppuration, en tout cas, l'ouverture de l'abcès n'aurait pas fait disparaître la tumeur.

Il est plus facile de décrire la tumeur qui siégeait dans le gros intestin de notre malade que de lui donner un nom et de lui trouver une place dans les classifications des tumeurs. Nous avons songé tout d'abord à un adénome et il était difficile de se défendre de cette idée, à la vue de ces culs de sac tapissés d'un épithélium si régulièrement disposé; mais d'autre part, la tumeur en question s'éloignait notablement de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui un adénome. « Les adénomes, dit Broca, sont des productions homœomorphes et homologues, dont les éléments autogènes ou essentiels sont des tubes ou des culs de sac glandulaires » (1). Or, nous avions bien des culs de sac glandulaires, mais ces éléments développés dans la tunique sous-muqueuse du gros intestin, pourvus d'un épithélium *à cils vibratiles* n'étaient évidemment ni *homœomorphes*, ni *homologues*, c'est tout au plus si on pouvait les faire rentrer dans les tumeurs assez mal définies, qui ont reçu le nom de pseudadénomes (Broca) ou d'hétéradénomes (Ch. Robin). La nature de l'épithélium, à elle seule, nous semblait exclure l'idée d'adénome, il n'existe pas une seule glande dont l'épithélium soit muni des cils vibratiles.

S'agissait-il d'un épithéliome? Pas davantage, croyons-nous. Il existe, à vrai dire, une classe d'épithéliomes à cellules cylindriques (2) et ces tumeurs se rencontrent parfois dans la tunique sous-muqueuse de l'intestin; mais la disposition des culs de sac glandulaires est moins marquée que dans le cas actuel, l'épithélium est moins régulier et ne présente pas de cils vibratiles, enfin, les épithéliomes sont des tumeurs malignes, mal circonscrites qui ont une grande tendance à s'ulcérer et à se généraliser; chez notre malade la tumeur était bien circonscrite, non ulcérée du côté de l'intestin et il n'y avait aucune trace de généralisation, les ganglions mésentériques n'étaient même pas atteints.

M. le Dr Malassez, a décrit dans les *Archives de physiologie* (3), une tumeur du testicule qui présentait avec la nôtre, de nombreuses analogies: cette tumeur qui s'était développée dans le tissu conjonctif du testicule et non aux dépens des tubes urinifères, ainsi que l'a fort bien établi M. Malassez, se composait: 1° d'un stroma fibreux; 2° de cavités kystiques tapissées par un épithélium variable, (cellules plates polygonales, cellules cylindroconiques sans

(1) Des fragments de la tumeur pris sur divers points ont été traités par l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Ces recherches ont été faites au laboratoire d'histologie du Collége de France.

(1) Art. Adénome. Dict. encycl. des sc. méd.
(2) *Manuel d'histologie* de Cornil et Ranvier, p. 280.
(3) 2me série, tome II, page 122.

cils vibratiles, cellules cylindriques avec plateau et cils vibratiles, cellules caliciformes); 3° le contenu des kystes était formé par une substance homogène, dans laquelle on distinguait des cellules et des granulations.

M. le Dr Malassez, après avoir montré qu'il ne s'agissait ni d'un sarcome kystique, ni d'un fibrome ou myome kystique, ni d'un kystome, ni d'un hétéradénome kystique, propose de donner à la tumeur par lui décrite et aux tumeurs analogues, le nom *d'épithéliomes myxoïdes*, l'épithète myxoïde signifiant ici que le revêtement épithélial des kystes les fait ressembler à certaines muqueuses normales. Le mot myxoïde a l'inconvénient, ce nous semble, de rappeler l'idée de myxomes, c'est-à-dire, de tumeurs constituées sur le type du tissu muqueux, tumeurs bien différentes de celles dont nous nous occupons, d'autre part nous avons déjà dit que nous ne croyons pas devoir ranger notre tumeur dans la classe des épithéliomes; l'expression d'épithéliome myxoïde ne nous satisfait donc pas complétement; nous n'essaierons pas à notre tour de créer un mot nouveau et nous nous contenterons, faute de mieux, de l'expression: *tumeur épithéliale sous-muqueuse du gros intestin.*

TÉRATOLOGIE

Vice de conformation du membre supérieur droit. — Absence de radius, arrêt de développement du pouce et de la portion correspondante des régions carpienne et métacarpienne;

Par **Maurice LETULLE**, interne des hôpitaux.

Belerge Eugène, né le 15 mars 1875, est apporté le lendemain dans le service de M. Parrot, aux Enfants-Assistés. Tandis que le membre supérieur gauche parait normal, le droit immobile ou à peu près, reste accolé le long du tronc. La main, au lieu de se trouver dans l'axe même de l'avant-bras, forme avec ce segment étendu un angle droit à sinus interne. De plus, elle parait avoir subi un mouvement de rotation en vertu duquel sa face dorsale se trouve sur le même plan que la face antérieure de l'avant-bras.

Les deux bras ont la même longueur; ils mesurent 8 centimètres; mais l'avant-bras gauche a 7 cent., tandis que le droit n'en compte que 5. L'épaule, le bras et l'avant-bras sont moins volumineux qu'à gauche. La peau de la face antérieure de l'avant-bras se continue directement avec celle de la face dorsale de la main.

On sent manifestement par la palpation le bord postérieur du cubitus qui occupe la région postérieure de l'avant-bras jusqu'à son extrémité inférieure, où le tégument est soulevé, exagérant ainsi l'angle formé par l'avant-bras et la main. Il en résulte que la région carpienne est tout entière placée en avant de l'extrémité inférieure du cubitus.

La main, horizontalement située, se porte transversalement en dedans, de façon que ses doigts demi-fléchis répondent au flanc droit. Son bord radial, horizontal, forme avec le bord interne de l'avant-bras un angle droit, et se trouve très-rapproché du pli du coude; il porte, appendu pour ainsi dire à sa partie la plus élevée, un pouce, très-mobile, petit, atrophié, beaucoup moins volumineux que les autres doigts qui sont normalement conformés.

On a dû éloigner l'idée d'une luxation congénitale du poignet en avant avec pronation forcée, car l'examen le plus minutieux de la région externe de l'avant-bras ne permet pas de constater la présence de radius; on peut à peine sentir un premier métacarpien rudimentaire.

Les mouvements volontaires sont peu étendus dans les divers segments de ce membre habituellement rapproché du tronc. L'épaule forme une saillie notablement moins considérable qu'à gauche. L'enfant imprime souvent à ces diverses parties des mouvements très apparents. L'avant-bras se fléchit sans peine sur le bras; le bord radial de la main vient alors se loger dans le pli du coude, et le dos de la main s'applique sur la face antérieure de l'avant-bras. La main offre quelques mouvements à peine marqués qui ne changent point sa direction générale. Sa face palmaire se rapproche plus ou moins du bord cubital de l'avant-bras, sans que son bord radial devienne moins horizontal. Il est d'ailleurs impossible, même avec des efforts énergiques, de modifier la direction générale; on sent une résistance considérable. Pas de mouvements volontaires appréciables dans le pouce atrophié, que l'on peut mouvoir dans tous les sens; quelques mouvements de flexion et d'extension assez marqués dans les autres doigts. La sensibilité du membre parait normale.

Les membres inférieurs et le tronc sont parfaitement développés, et d'une manière symétrique. Aucune déformation appréciable du rachis. La face est régulière à l'état de repos, mais quand elle entre en mouvement, le pli naso-labial gauche s'exagère et la bouche se dévie à gauche. Aucun bruit anormal au cœur, battements réguliers, 100. T. R. 33°,5. Cet enfant est pris de convulsions avec roideur des membres, coloration rouge de la face, écume aux lèvres, dilatation pupillaire. Cet enfant entrait dans le service pour une diarrhée verdâtre; la cyanose, les vomissements, le chevauchement des os du crâne avaient déjà caractérisé l'athrepsie, lorsque le 22 mars, apparait un érysipèle diffus fort étendu. L'enfant succomba dans la soirée.

AUTOPSIE. L'encéphale, qui pèse 358 grammes, parait normalement conformé; les deux hémisphères, 165 grammes. La protubérance, le bulbe, le cervelet, les nerfs crâniens, la moelle épinière et ses enveloppes ne présentent rien à noter.

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT: *Muscles.* Deltoïde manifestement moins volumineux qu'à gauche. Biceps, — insertions et rapports normaux en haut; au niveau du pli du coude, il dégénère en une lame aponévrotique, qui passant entre deux masses musculaires anormales du pli du coude, vient se perdre, en dehors sur des couches aponévrotiques intermusculaires de la région externe de l'avant-bras remplaçant le radius absent, tandis que, en dedans, plus épaisse, rappelant le tendon du biceps, elle vient se fixer à la base de l'apophyse coronoïde, au-dessous du tendon de brachial antérieur. — A la partie externe du bras, un muscle anormal se présente (long supinateur dévié?) qui s'insère en haut à l'aponévrose intermusculaire externe du bras, croise et recouvre le biceps en descendant et se fixe au niveau du pli du coude à une intersection fibreuse dépendant de l'aponévrose antibrachiale; cette intersection répond à la région désignée sous le nom de gouttière intermusculaire interne. A la partie inférieure de cette intersection fibreuse partent des fibres musculaires qui dépendent des muscles épitrochléens.

Pour l'avant-bras, nombreuses anomalies: la région du pli du coude est formée par deux masses musculaires, l'une épicondylienne, l'autre épitrochléenne qui rappellent assez bien les jeux jumeaux du creux poplité. Les fibres musculaires, nées de ces saillies et de la partie inférieure de deux aponévroses intermusculaires du bras, convergent en descendant vers la ligne médiane, et leurs faisceaux aplatis viennent s'échelonner comme les barbes d'une plume sur un raphé aponévrotique vertical et médian de la partie inférieure duquel l'on voit, se détacher, épaissie sur la ligne médiane, l'aponévrose antibrachiale. Cette aponévrose, notons-le en passant, va se fixer inférieurement sur la partie la plus reculée du bord externe de la main. Profondément, le jumeau externe et le jumeau interne du pli du coude se fixent sur les aponévroses d'enveloppe des différents muscles de l'avant-bras.

Groupés en dedans et en dehors du cubitus, les autres muscles de l'avant-bras forment deux régions: l'une *postéro-externe* qui comprend surtout les muscles extenseurs des doigts et de la main, l'autre *interne* formée par les fléchisseurs.

A. *Région postéro-externe* On y trouve: Anconé, normal. — Cubital postérieur anormal inférieurement; son tendon longe la face postérieure puis l'inférieure de l'extrémité du cubitus en s'y creusant une gouttière profonde, puis se fixe au 5me métacarpien. Ce muscle est séparé des autres de la même région par une forte aponévrose. — En avant de cette aponévrose et s'insérant en partie sur elle, on trouve: l'extenseur commun des doigts et l'extenseur propre du petit doigt. Ces muscles s'insèrent à l'épicondyle et à une lame aponévrotique qui les sépare des autres muscles plus profonds de la même

région; leurs tendons se coudent à angle droit au niveau du corps, et passent dans deux gouttières formées par ce qui doit être le ligament annulaire postérieur du carpe; l'extenseur commun se distribue aux trois derniers doigts. — Ces deux muscles forment un premier plan superficiel; le plan profond est constitué par quatre muscles dont trois anormaux : on trouve en effet l'*extenseur propre de l'index* et un premier muscle *grêle anormal* qui font une première couche, au-dessous de laquelle on sépare nettement un second et un troisième *muscles anormaux* beaucoup plus volumineux. L'extenseur propre de l'index, recouvert par le commun, fournit un tendon qui passe dans la même gaîne que les tendons extenseurs communs. En dedans, on aperçoit le premier muscle anormal; fixé en haut à l'aponévrose qui recouvre le cubital postérieur, ce muscle descend parallèlement à l'extenseur propre de l'index et vient se perdre dans les lames aponévrotiques qui recouvrent la face dorsale du carpe. Est-ce là un des muscles moteurs du pouce atrophié, arrêté comme cet organe dans son développement? Le second muscle anormal, aplati, quadrilatère, s'insère en arrière à la face externe du cubitus dans toute sa longeur, en haut à l'apophyse coronoïde; en bas il paraît se fixer, sans l'intermédiaire de fibres tendineuses, à la partie la plus élevée de la face externe de l'extrémité inférieure du cubitus, et à la face dorsale de la première rangée du carpe sur une petite étendue. Recouvert par les deux muscles précédents, ce muscle répond profondément à une lame aponévrotique puissante à laquelle il s'attache dans presque toute son étendue. Au-dessous de cette aponévrose se trouvent les muscles de la région interne de l'avant-bras. Enfin, en dedans de ce muscle, on aperçoit le troisième muscle anormal qui se confond en haut avec le précédent, s'attache comme lui par sa face postérieure à la grande aponévrose. Arrivé au niveau du carpe apparaît un tendon mince et aplati qui croisant les os du carpe, se creuse une gouttière dans les couches fibreuses qui les recouvrent, et va se fixer à la partie postérieure de l'extrémité supérieure du troisième métacarpien. Une expansion aponévrotique se détache du bord inférieur de ce tendon et va se perdre sur les couches fibreuses du carpe.

B. *Région interne de l'avant-bras.* — On y trouve : le cubital antérieur normal. Le fléchisseur commun superficiel se termine par quatre tendons, qui passent sous l'aponévrose palmaire et le ligament annulaire antérieur, se coudent à ce niveau, et deviennent perpendiculaires à l'axe de l'avant-bras.

Le fléchisseur commun est confondu avec le fléchisseur propre de l'index. C'est une masse musculaire considérable qui s'attache à la face antérieure du cubitus, à une aponévrose qui recouvre le cubital antérieur, et à l'aponévrose puissante qui sépare les muscles de la région postéro-externe. Aux fibres musculaires succède une *lame tendineuse* épaisse formée par la soudure des tendons des quatre derniers doigts. Le tendon du fléchisseur de l'index se reconnaît toutefois, car il est rattaché à la masse commune par un toile aponévrotique épaisse et brillante. A quelques millimètres au-dessus de la gouttière du carpe, les quatre tendons se séparent et vont aux quatre derniers doigts. Le pouce rudimentaire ne reçoit donc aucun muscle.

Pour *la main*, on trouve également différentes anomalies musculaires : l'éminence thénar existe, mais c'est le second métacarpien et l'index qui lui fait suite qui vont suppléer au pouce atrophié. On trouve en effet : 1° une sorte d'*abducteur de l'index* qui s'insère à la face externe du 2me métacarpien et au trapèze; en bas il se confond avec le tendon du premier interosseux dorsal; — 2° plus, en dedans, un *opposant de l'index*; plusieurs petits faisceaux le fixent en haut à l'aponévrose palmaire, et même à la gaîne du tendon fléchisseur de l'index, il s'attache en bas, avec le premier lombrical, sur le bord externe de la première phalange de l'index.

Les muscles de l'éminence hypothénar sont normaux. Pas de palmaire cutané. Les quatre lombricaux sont normaux. Les interosseux dorsaux et palmaires sont normaux : le premier interosseux dorsal ne mérite pas son nom; il répond aux parties molles du bord externe de la main, le premier métacarpien, atrophié, se trouvant perdu au milieu des téguments.

Vaisseaux. — Au pli du coude, l'artère humérale, normale jusque-là dans son trajet, ses rapports et ses branches, passe profondément entre les deux masses latérales du pli du coude. Elle est recouverte à ce niveau par le nerf médian et le faisceau tendineux qui représente le tendon du biceps. Elle se termine presque aussitôt.

La radiale à quelques millimètres au-dessus du bord radial de la main, perfore l'aponévrose antibrachiale, et se termine par deux branches dont l'une va se perdre dans les couches cellulo-graisseuses qui comblent l'angle formé par la main et l'avant-bras, tandis que l'autre suit un instant le bord externe de la main, et se termine elle-même en fournissant : une collatérale pour le pouce, les deux de l'index, et l'externe du médius.

La cubitale, au niveau du ligament annulaire, se bifurque en: 1° branche superficielle qui donne les autres collatérales; 2° branche profonde qui se distribue aux parties profondes de la main.

Nerfs. — Axillaire; rien à noter.

Radial; normal jusqu'au pli du coude; arrivé au fond de la gouttière intermusculaire externe du coude, ce nerf profondément caché sous la masse musculaire externe anormale décrite en cette région, appliqué sur le périoste, se divise en deux branches terminales : l'une *antérieure* qui se perd dans la masse musculaire anormale; l'autre *postérieure* qui contourne l'épicondyle en bas et en arrière pour aller se distribuer aux muscles de la région postéro-externe de l'avant-bras.

Les rameaux cutanés du radial pour la main et l'avant-bras font défaut ici. Le brachial cutané interne est normal. Le musculo-cutané passe avec le tendon du biceps au pli du coude et reste recouvert par lui, et vient profondément après avoir suivi le bord externe de l'artère humérale, s'anastomoser au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras, avec le médian. L'artère radiale passe au-dessus de cette anastomose; nous verrons bientôt que ce nerf musculo-cutané paraît contribuer avec le médian à suppléer au radial atrophié. — Le cubital se divise, au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras en deux branches terminales; l'*antérieure* forme les collatérales palmaires de l'auriculaire et l'interne de l'annulaire, et par son rameau profond anime les muscles hypothénar et les interrosseux : la postérieure fournit les mêmes collatérales dorsales. — Le médian est normal au bras; on ne trouve pas son anastomose avec le musculo-cutané; il fournit à l'avant-bras aux fléchisseurs communs normalement et en outre au troisième muscle anormal de la région postéro-externe. A ce niveau le médian s'anastomose avec le musculo-cutané, et forme avec lui *un rameau cutané externe* destiné à suppléer au radial.

A quelques millimètres au-dessus de la radiale, le musculo-cutané s'accole à une branche du médian; au-dessous de la radiale, le faisceau ainsi formé se rapproche du médian et reçoit de lui une autre branche assez grosse. Le rameau cutané externe ainsi formé descend le long du bord externe de l'avant-bras, perfore l'aponévrose au niveau de l'angle de la main, et vient se perdre sur la main en donnant les collatérales dorsales du pouce, de l'index, du médius, et l'externe de l'annulaire. — Le tronc du médian au-dessous de ce rameau gagne la face palmaire de la main où il se termine en fournissant : les collatérales palmaires du pouce, de l'index, du médius et l'externe de l'annulaire; des rameaux aux deux premiers lombricaux, et aux muscles anormaux de l'éminence thénar.

Os; articulations. — L'humérus droit a la même longueur que celui du côté opposé. Il est normal dans son trajet, sauf pour la partie externe ou radiale de son extrémité inférieure qui est atrophiée, déformée, en raison même de l'absence du radius. Le condyle et la saillie épicondylienne n'existent pas. L'os découvert du périoste qui le recouvre montre un cartilage épiphysaire qui ébauche le condyle, mais sans surface articulaire. Il donne attache en avant et en haut à un ligament puissant qui contourne sa convexité, et va se fixer en bas a la partie externe de l'apophyse coronoïde.

Le radius fait absolument défaut à droite.

Le cubitus droit est moins développé que le gauche : C. G. 61 millimètre. C. D. 51 mm. Sa courbure normale est exagé-

rée, sa forme prismatique et triangulaire beaucoup plus évidente. L'arrêt de développement porte surtout sur la diaphyse ossifiée, car les épiphyses sont aussi volumineuses qu'à gauche.

L'articulation du coude, pour ce qui est de sa partie interne est normale; en dehors, la partie radio-humérale n'existe pas; on voit partir de l'humérus une série de fibres ligamenteuses rayonnées qui se fixent à l'olécrâne et à l'apophyse coronoïde. L'extrémité inférieure du cubitus offre deux saillies entre lesquelles se trouve une gouttière où passe le tendon du cubital postérieur; pas de surface articulaire. C'est sur la face antérieure du cubitus que repose le carpe; le *semi-lunaire* et le pyramidal lui répondent par leur face supérieure, plane, mais non articulaire. La main privée de son support naturel, le radius, a été relevé par les muscles de l'avant-bras et placée dans cette position anormale.

La 1re rangée de carpe est formée par le semi-lunaire, le pyramidal, le pisiforme; le scaphoïde fait absolument défaut. La 2me rangée est complète. Mais le trapèze est atrophié; seule, sa moitié interne qui doit s'unir au deuxième métacarpien à été formée. Le carpe est rattaché à l'avant-bras, sans parler des tendons, de leurs gaines et des tractus fibreux qui les doublent, par un faisceau fibreux parti de la face antérieure du cubitus et qui va se perdre sur le bord cubital des os du carpe. Au métacarpe, le premier métacarpien seul est anormal, atrophié, long de 4 mm. tandis que le gauche mesure 14 mm. Il s'articule avec la première phalange du pouce atrophiée elle-même, son extrémité supérieure est perdue dans les parties molles du bord externe de la main.

La première phalange du pouce mesure 4 mm. tandis qu'à gauche, 14 mm. Elle s'articule avec la deuxième atrophiée aussi et portant un ongle moins développé qu'à gauche. Les autres phalanges sont normales.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Santé publique : Le choléra en Syrie.

Déjà, nous avons entretenu nos lecteurs de l'apparition du choléra en Syrie et nous leur avons donné quelques détails sur sa marche. Nous trouvons dans le dernier numéro d'un journal qui se publie en français, à Constantinople, la *Gazette médicale d'Orient*, un travail de M. le Dr A. Marroin, qui va nous permettre de compléter, dans la mesure du possible, nos renseignements antérieurs.

Cette épidémie a débuté dans la ville de Hamah, située sur les bords de l'Oronte et qui renferme environ 50.000 habitants, dont 40.000 musulmans. Les conditions hygiéniques y sont très-mauvaises : Pas de lieux d'aisances dans les habitations, dépôt des déjections et des immondices dans les ruelles adjacentes, dont le sol est profondément imprégné. L'eau de l'Oronte, excellente en amont, est, en aval, souillée par les déjections des hommes et des animaux, par les eaux ménagères, etc. L'hiver et le printemps derniers y ont été très-pluvieux. Le terrain étant connu, examinons comment l'épidémie a pris naissance et s'est développée.

« C'est dans l'hôpital militaire de Hamah, dit l'auteur, que furent observées les premières manifestations cholériques, le 22 mars. Il n'y avait alors aucune épidémie cholérique dans les régions environnantes, ni à la Mecque, ni dans l'Yemen, ni sur le littoral de la Mer Rouge. La dernière épidémie de choléra constatée à Hamah remontait à 1865. »

Le diagnostic du médecin militaire fut tenu pour suspect à Constantinople et, en conséquence, le Dr Pestalozza fut envoyé en mission. Il fit, vers la fin de juin, un rapport dont nous allons extraire, d'après M. Marroin, tous les chiffres qui suivent. Du 22 mars ou 28 avril, le médecin militaire, Emin-Bey, a constaté 13 décès cholériques à l'hôpital dont six intérieurs; en ville, il a visité, du 16 au 28 avril, 17 cholériques. Depuis le début jusqu'à la fin de mai, les renseignements sont insuffisants. Du 1er au 13 juin, 45 décès. Un médecin qui venait d'arriver à Hamah, le Dr DILLON, succombe au bout de quelques jours. — Du 27 juin au 3 juillet, 14 décès.

Bientôt le choléra se propage dans le pays. Le 19 juin, on note trois cas à Antioche; le 20, 6 cas à Damas et le 21, dans la même ville, 7 cas foudroyants. C'est à des troupes venant de Hamah qu'on attribue l'importation du choléra à Damas, où du 27 juin au 12 juillet, on a relevé 757 décès cholériques (1). « Ces chiffres, selon M. Marroin, ne doivent être acceptés qu'avec la plus grande circonspection, ils sont certainement au-dessous de la vérité. »

En ce qui concerne Antioche, les renseignements sont encore plus incomplets. En 16 jours (24 juin-11 juillet), il y aurait eu 96 décès sur une population de 25,000 habitants. D'Antioche, le choléra a gagné le littoral, entre autres un petit port où débouche l'Oronte (Saïdieh). C'est là ce qui a motivé les mesures quarantenaires prises dans les ports Ottomans et Italiens pour toutes les provenances des côtes de la Syrie. — Voyons maintenant quelle est l'origine du choléra de Hamah.

« Les premières manifestations cholériques, dit M. Marroin, ont été observées dans l'hôpital militaire, encombré alors par des recrues arrivées d'Albanie, épuisées par les fatigues d'un long voyage et soumises depuis peu aux rigueurs de la discipline militaire. Or, il n'existait pas de choléra au point de départ. Ces jeunes soldats n'avaient présenté aucun symptôme suspect dans le trajet; ils n'avaient nulle part laissé une trace suspecte de leur passage. Pendant leur séjour à Beyrouth, à Damas, rien d'insolite n'avait été remarqué.

« On a dit, continue l'auteur, que le choléra existait, dès l'hiver, à Hamah, et qu'il avait été importé, après le pélerinage, par une caravane de persans venus de Bagdad. A la suite d'une enquête, il a été définitivement établi que cette caravane était composée de gens bien portants, que les persans étaient arrivés en bon état de santé, qu'ils n'avaient eu aucune maladie pendant leur séjour, et qu'ils étaient partis en aussi bon état qu'ils étaient arrivés. Le choléra n'a donc pas été importé. »

Là se bornent les renseignements fournis par la *Gazette médicale d Orient*. Mais nous lisons dans *The Bristish medical Journal* que, à Damas, il y a eu du 20 au 26 juillet, 680 cas et 531 décès; à Antioche, du 19 au 26 juillet, 180 cas et 114 décès. Le choléra, mais revêtant, dit-on, la forme sporadique (?), se serait montré à Alep où, du 19 au 26 juillet, il y aurait eu 39 cas et 20 décès.

Il nous semble utile de jeter à présent un coup d'œil sur les décès occasionnés en France, en Angleterre et en Belgique par la diarrhée et le choléra. Pendant la semaine finissant le 20 août, on a compté 799 décès, dont 4 dus à la dyssenterie, 53 à la diarrhée cholériforme des jeunes enfants. Du 21 au 27 août, le chiffre des décès a été de 835. 4 ont été causés par la dyssenterie, 67 par la diarrhée cholériforme et 5 par le choléra nostras. A Lyon, il y a eu du 5 au 12 août, une augmentation dans la mortalité par les affections des voies digestives (diarrhée, cholérine, etc.).

Relativement à Londres, nous trouvons pour les deux dernières semaines : diarrhée 147 et 181; choléra nostras, 8 et 5. — A Liége, on a relevé du 16 au 23 août, d'après le *Scalpel*, 25 décès par entérite et 4 dus au choléra nostras. A Bruxelles, il est mort 17 personnes d'entérite et de

(1) L'hôpital militaire est représenté comme le foyer principal de l'épidémie.

diarrhée du 15 au 21 août; à Gand, 38; à Anvers, 30 (1).

Ces chiffres montrent donc la prédominance des affections gastro-intestinales, et doivent engager les médecins à se mettre en garde contre les conséquences sérieuses que peuvent avoir des troubles, en apparence insignifiants.

SOCIETES SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences.

(CORRESPONDANCE SPECIALE DU *PROGRES MÉDICAL*)

Quatrième session. *Suite et fin).*

4e *Séance:* 21 *août soir*).

La séance débute par une communication de M. Fieuzal sur le rôle du peigne chez les oiseaux. M. Giraldès prend aussi la parole sur cette question. Nous ne dirons rien de cette communication qui s'éloigne un peu de nos sujets habituels et qui n'est d'ailleurs que la reproduction des communications faites sur ce sujet à diverses Sociétés savantes de Paris et publiées dans le *Progrès médical.*

M. POGGIOLI lit ensuite un mémoire sur l'*électricité* considérée comme agent de développement physique et intellectuel. D'après M. Poggioli, on pourrait par 15 séances d'électricité faire d'un enfant presque idiot un petit phénix. On obtient en 1 mois un allongement de la taille de 3 centimètres, etc.

Cette communication est accueillie avec quelque incrédulité, et quelques mots malheureux du Dr Poggioli sur la dépopulation en France soulèvent un incident qui se termine par le passage à l'ordre du jour, voté sur la demande de M. Verneuil.

M. CHAUVEAU fait une longue et intéressante communication sur la *pyohémie*; je vais m'efforcer de bien rendre, en la résumant la pensée de l'auteur.

« Tout le monde admet aujourd'hui, dit M. Chauveau, que l'infection purulente est due à la présence du pus dans les veines. Or, j'ai injecté du pus dans les vaisseaux d'un grand nombre d'animaux, j'ai injecté du pus sain, j'ai injecté du pus putride, et nombre de fois je n'ai rien obtenu : à quoi cela tient-il? Je ne crois pas que cela tienne à l'individualité, presque tous les individus étant égaux devant les virus; je crois plutôt que cela tient à ce que la matière injectée n'est pas toujours identique. C'est afin d'élucider ce dernier point que j'ai repris mes expériences qui ont été faites de la manière suivante :

» D'abord j'ai injecté le pus directement dans les artères, en évitant autant que possible de laisser dans la gaine du vaisseau la moindre parcelle de ce pus. En choisissant les artères j'évitais la possibilité de certaines objections, celle de la phlébite, etc. De plus, en regard de chacun des animaux en expérience, j'avais un animal *témoin* à qui j'avais injecté du même pus dans le tissu cellulaire. On sait que suivant la nature du pus injecté dans le tissu cellulaire, on obtient tantôt une tuméfaction insignifiante, tantôt un abcès franc bénin, tantôt des abcès de très-mauvaise nature emportant les animaux en quelques jours. C'est ce que je désigne sous le nom de qualité phlogogène du pus.

» Sur vingt expériences d'injection de pus dans les artères, faites avec toutes sortes de précautions, tamisage préalable de la solution purulente, aiguille de Pravaz très-fine, etc., quatorze animaux ont guéri ; six ont succombé. Or, si l'on se reportait aux animaux témoins, on voyait que les six inoculés avec le même pus que ceux qui avaient succombé présentaient des abcès graves, en somme, témoignaient de la puissance phlogogène du pus injecté. »

M. Chauveau ne croit pas beaucoup à la valeur de l'embolie comme cause de pyemie ; il a pris toutes les précautions possibles pour éviter d'injecter des masses susceptibles d'agir par embolie.

M. VERNEUIL, à propos de cette communication, trouve que M. Chauveau fait trop bon marché de l'embolie , c'est toujours par embolie que le pus, introduit dans les veines, agit; suivant que le pus est septique ou non, on a un infractus ou une infection purulente. S'il n'y a pas de matière embolique, on a de la septicémie simple. M. Chauveau répond en répétant ce qu'il a déjà dit.

On voit que la discussion est plutôt une question de mots qu'autre chose et que sur les points importants les deux orateurs sont sensiblement du même avis, tous deux admettant que la qualité septique des produits injectés est le point principal.

M. L. TRIPIER lit une note de M. Poncet sur la formation de l'*ictère hématique* par la matiere colorante du sang.

5e *Séance:* 23 *août* (*matin.*)

1. M. DAGRÈVE fait une communication très-peu claire et très-difficile à suivre sur la *présence de l'indigose dans les urines* et sur les conditions dans lesquelles on rencontre cette substance.

2 M. TEISSIER fils (de Lyon), lit un travail sur l'*élimination des phosphates dans la chlorose vraie* et dans la *phthisie* commençante. Il existe, dit-il d'abord, une maladie encore peu connue, qui consiste dans l'élimination exagérée des phosphates, dans un véritable diabète phosphatique, que l'on pourrait comparer au diabète glycosurique, mais le point sur lequel notre confrère se propose d'attirer l'attention, c'est sur le symptôme phosphaturie, ou, si l'on veut, sur l'élimination de l'acide phosphorique dans certains états, notamment la chlorose vraie et la phthisie commençante.

Un certain nombre de femmes chlorotiques présentent des symptômes qui font qu'on redoute pour elles la phthisie pulmonaire, et, de fait, il n'est pas très-rare de voir ces craintes suivies d'effet; or, pour M. Teissier, il y a un symptôme qui peut, dans la majorité des cas, trancher la question de savoir si l'on est en présence d'une chlorose vraie ou d'une phthisie commençante.

En effet, dans la chlorose vraie, l'élimination des phosphates est diminuée, tandis que dans la phthisie commençante, elle est considérablement augmentée. Il n'en est pas toujours de même dans la phthisie avancée, mais, alors, la question du diagnostic n'est malheureusement que trop facile à trancher. Il est nécessaire, dans ces recherches, de tenir compte du régime des malades; en effet, l'usage d'une nourriture fortement animalisée, augmente l'excrétion des phosphates. M. Teissier a constaté sur lui-même que l'usage d'une nourriture presque exclusivement animale, a fait monter les phosphates dans le rapport d'environ 3 à 7. Dans la phthisie pulmonaire, il y a une sorte d'autophagie, tandis que dans la chlorose, il y a un abaissement du niveau des actes nutritifs.

A propos de cette communication, M TEISSIER père fait remarquer qu'il ne faut pas confondre l'excrétion phosphatique, due aux affections des reins et de la vessie, excrétion qui se manifeste par des dépôts visibles à l'œil nu, avec la phosphaturie dont il vient d'être parlé. Il insiste sur l'utilité du symptôme phosphaturie pour le diagnostic et le traitement de la phthisie pulmonaire au début.

3. M. LAENNEC (de Nantes) fait voir un certain nombre de préparations microscopiques, destinées à montrer la formation de l'os au moyen du cartilage et au moyen du périoste. Des recherches récentes l'ont conduit à considérer comme vraie, la théorie de Müller développée et vulgarisée en France par Ranvier, et à abandonner certaines idées qu'il considérait comme l'expression de la vérité.

M. Laënnec passe en revue successivement la formation de l'os par le cartilage, puis par les tissus fibreux (fontanelle, périoste). Il montre que, dans le premier cas, il y a toujours interposition de tissu embryonnaire entre le cartilage et le tissu osseux. Dans le second cas, les cellules du tissu conjonctif concourent directement à la formation des cellules osseuses.

4. M. VERNEUIL veut attirer l'attention sur un *phénomène primitif* commun à toutes les *lésions traumatiques.* Le *trauma* constitue une des classes les plus naturelles de la chirurgie; entre le début et la terminaison, on peut observer une série d actes constituant le processus traumatique et reliés entre eux comme les anneaux d'une chaine. Tous ces actes jouent le rôle d'effet, par rapport à l'acte qui les précède, et de cause, par rapport à l'acte qui les suit.

(1) Il y a eu, à Bombay, 76 décès par le choléra, du 21 au 27 juillet.

Un des anneaux de ce processus n'a pas été suffisamment étudié; il a trait à l'influence du changement de milieu que subissent les éléments histologiques sous l'influence du traumatisme; autrement dit, c'est une question de *mésologie histologique*.

Dans tous les traumatismes, les éléments qui tapissent le foyer traumatique sont en rapport avec des corps étrangers, dont ils subissent le contact. Ces corps peuvent être l'air atmosphérique, le corps vulnérant ou ses débris, des parties modifiées par le corps vulnérant, etc. Mais, ces contacts anormaux peuvent être dus simplement à la présence d'éléments normaux par eux-mêmes, mais qui ont perdu leurs rapports. Par exemple, le sang épanché dans la gaîne d'un tendon rompu, se trouve en contact avec les deux extrémités de ce tendon, contact tout à fait anormal. Il y a donc lieu, dit M. Verneuil, d'étendre beaucoup le terme de *corps étrangers*, et de l'appliquer à tout élément normal par lui-même, mais en état d'ectopie. Il en résulte : 1° que les éléments d'un foyer traumatique se trouvent toujours en contact avec des corps étrangers : 2° que ce contact doit être utilisé dans la thérapeutique du trauma, puisque le chirurgien peut, suivant les cas, soumettre la plaie à des contacts irritants. calmants, etc.

5. M. HOUZÉ DE L'AULNOIT présente d'abord à la section une pince destinée à produire l'ischémie de la langue ; c'est une pince à pression continue, dont les branches courbes peuvent s'appliquer sur l'étendue de la langue nécessaire pour ischémier la partie dont on veut faire l'ablation. M. Houzé de l'Aulnoit critique ensuite la manière peu méthodique dont on use de l'appareil d'Esmarch pour produire l'ischémie chirurgicale. On serre souvent beaucoup trop, ce qui produit une contusion des tissus, une paralysie vaso-motrice, etc.

De plus, vu la congestion qui en résulte dans le moignon, les lambeaux se trouvent toujours trop courts, et il faut renoncer à obtenir des réunions par première intention, qu'en eût obtenues avec la compression digitale pendant l'opération.

M. Houzé propose de réglementer la compression élastique. il conseille l'emploi d'une bande de caoutchouc qui sera tendue à un degré indiqué par une table qu'il a fabriquée expérimentalement en cherchant quel degré de compression arrête le pouls; quel degré empêche une injection de pénétrer dans les vaisseaux d'un membre, etc. Comme résultats, M. Houzé a trouvé que pour la cuisse, il suffisait que sa bande-type fût serrée de manière à subir l'allongement qui résulte de la suspension d'un poids de 2 kilog. 200 à l'une des extrémités de cette bande ; pour le bras, il suffirait d'une tension de 1,500 gr. Cette bande-type, l'usage nécessaire de ce tableau, ne sont peut-être pas très-pratiques, mais je crois que ces recherches de M. Houzé pourront servir de base aux recherches cliniques proprement dites, et que les chirurgiens arriveront, par l'habitude, à donner à la bande élastique une tension suffisante, mais non trop forte.

Sixième séance, 25 août (soir). — PRÉSIDENCE DE M. LEUDET.

1. M. BÉCHAMP a la parole pour exposer la *théorie générale des microzymas*, telle qu'elle résulte des travaux qu'il a faits avec M. Estor. Lorsqu'on ouvre un abcès ou un kyste et qu'on y voit des bactéries à tous les degrés de développement, ainsi que M. Estor l'a vu et annoncé le premier, on se pose la question de savoir comment se sont développées ces bactéries. Divers savants ont admis que ces bactéries ont toujours pour origine les germes de l'air. C'est là une erreur profonde, que M. Béchamp se propose de réfuter.

Il suffit pour recueillir les germes de l'atmosphère d'exposer au contact de l'air une lame enduite de glycérine ; les germes viennent s'y fixer. Or, le poumon représente une immense surface absorbante, qui devrait donner passage à tous ces germes, et si ces germes étaient les coupables, nous serions détruits en moins de rien. Et qu'on ne vienne pas dire que ces germes ne pourraient pas pénétrer nos membranes car des poussières végétales ou minérales y pénètrent bien facilement, comme le prouve l'anthracose des charbonniers.

Les agents véritables de la fermentation existent dans nos tissus, ce sont les microzymas ou granulations moléculaires, si petites qu'un millimètre cube peut en tenir huit milliards. Ces microzymas sont les causes de toutes les fermentations dont on ne connait pas les spores.

Que l'on mette de la gélatine en contact avec les microzymas on la verra se dissoudre couche par couche. Cette dissolution s'arrêtera si l'on ajoute de l'acide phénique ou de la créosote à dose non coagulante.

MM. Estor et Béchamp ont pu isoler les microzymas du foie et du pancréas. Claude Bernard a montré que si l'on hydrotomise le foie et qu'on fasse ensuite l'analyse de son tissu, on n'y trouve plus de glycose. Si l'on abandonne ce foie hydrotomisé, au bout d'un certain temps la glycose y reparaît. Il y est donc resté des ferments. En broyant ce foie, et en isolant par des filtrations successives les éléments les plus petits qu'on puisse y rencontrer, on obtient un liquide rempli de granulations douées d'un mouvement très-vif, insolubles dans l'acide acétique, la potasse au dixième, l'éther. Mettez ce liquide dans l'empois de fécule, et cet empois est transformé en fécule soluble et en dextrine. La pulpe du foie, mise en contact avec la fécule ordinaire, se transforme en fécule soluble. dextrine et glycose.

On peut faire la même expérience sur le pancréas. On en isole les microzymas et on constate qu'ils fluidifient l'empois instantanément. Les microzymas du foie et ceux du pancréas ayant exactement les mêmes caractères morphologiques ont des fonctions différentes, et ce n'est que par là qu'on peut les distinguer. Si l'on expose à l'air les microzymas pancréatiques, ils ne se putréfient pas, mais ils perdent peu à peu leur pouvoir de ferment.

Excepté le sang et la matière nerveuse de l'adulte, tous nos tissus sont susceptibles d'évoluer en bactéries; ces bactéries procèdent des microzymas qui existent normalement dans notre organisme. Voilà pourquoi on peut rencontrer des bactéries dans le liquide d'un kyste qui n'a jamais subi le contact de l'air.

M. GIRALDÈS demande qu'on détermine au point de vue de l'histoire naturelle ce que c'est qu'une bactérie.

M. BÉCHAMP répond que les bactéries sont de la même nature que les microzymas qui les ont engendrées. Il y a des bactéries animales, des bactéries végétales, suivant qu'elles proviennent de microzymas développés dans les végétaux ou dans les animaux. De plus, M. Béchamp pense que selon les circonstances toutes les bactéries peuvent jouer le rôle de ferment butyrique, ferment lactique. etc. En tout cas on ne peut les reconnaître que par la fonction.

M. CHAUVEAU insiste sur la difficulté de la question et sur son obscurité. Il faut se garder, dit-il, d'être trop affirmatif sur ces questions : « *Nourri dans le sérail, j'en connais les détours.* » Il reproche à M. Béchamp d'avoir trop maltraité les hommes éminents qui croient encore que tous les germes viennent de l'air. Pour lui, il n'est pas fixé sur cette question. Il cite une expérience de lui, pratiquée sur le testicule du bélier, à la suite de laquelle on trouve cet organe plein de bactéries, sans qu'il ait subi le contact de l'air.

M. BÉCHAMP répète que même en prenant toutes les précautions pour éviter le contact de l'air, on trouve toujours que certains tissus donnent des bactéries, tandis que d'autres n'en donnent pas.

2. M. OLLIER a la parole pour une communication sur la *greffe autoplastique*. Après un court historique de la greffe animale, M. Ollier dit que ses premiers essais datent de l'époque où il fit ses greffes périostiques. Il put alors se convaincre que les tissus greffés étaient susceptibles de monter d'un degré d'organisation à un degré supérieur, par exemple de passer de l'état fibreux à l'état osseux.

Préparé par ses études antérieures, M. Ollier expérimenta la greffe épidermique dès qu'elle fut inventée par Reverdin en 1870. Peu satisfait des résultats. il imagina de prendre des lambeaux comprenant toute l'épaisseur du derme et larges de cinq à six centimètres. Ces lambeaux ne peuvent être appliqués fructueusement que sur une surface suffisamment granuleuse. Ils adhèrent immédiatement et deviennent vasculaires dès le second jour, sinon dès le premier. Lorsque la surface à recouvrir est anfractueuse et irrégulière, il ne faut pas mettre de trop larges lambeaux. Tantôt le lambeau trans

porté reste à l'état de tissu définitif, tantôt il se résorbe et agit seulement en hâtant la cicatrisation.

L'influence nosocomiale est très-défavorable à la réussite de cette greffe. M. Ollier croit qu'on a eu tort de modifier son procédé en se servant de petits lambeaux n'ayant que 7, 8, 10 millimètres carrés. Ces lambeaux disparaissent trop vite et ne donnent pas de bons résultats.

On peut se procurer des lambeaux sur les membres amputés et sur les cadavres de sujets frappés de mort violente, comme les suppliciés. M. Ollier a pu greffer des morceaux de peau pris huit heures après la mort. Le froid est une circonstance favorable à la conservation du lambeau.

Lorsqu'une plaie traitée par la greffe dermique est cicatrisée la greffe a pris les caractères de la peau environnante et l'on ne trouve pas de traces de la greffe. Lorsqu'on veut appliquer la greffe à l'autoplastie ou à la guérison d'une cicatrice rétractile, il faut que la greffe persiste pour que le résultat cherché soit obtenu. M. Ollier a obtenu dans un cas la permanence du lambeau qui a continué de vivre et a même conservé les poils qu'il portait. Depuis quatre ans le bon résultat ne s'est pas démenti.

Quand on applique la greffe à la cure d'une plaie pouvant donner une cicatrice rétractile, il faut que la greffe soit faite de bonne heure, dès que les granulations le permettent. Sans cette précaution, si le tissu inodulaire existe déjà quand on greffe le lambeau, la rétraction survient, le lambeau se fronce et le résultat n'est pas satisfaisant. M. Ollier conclut en disant que la greffe dermique, très-minutieuse et très-délicate, doit être considérée comme une opération exceptionnelle et être réservée pour les cas où l'on ne peut pas agir différemment.

3. M. Marey présente un *instrument* qui permet d'enregistrer à la fois la *pression* et la *vitesse du sang*. Il était nécessaire d'avoir un instrument pouvant donner ces indications, car si l'on ne connaît pas la vitesse du sang en même temps que sa pression, on ne peut pas savoir si un changement de pression est dû à une modification dans l'impulsion cardiaque ou à une facilité plus ou moins grande de l'écoulement du sang dans les capillaires.

Il en résulte que toutes les expériences sur les nerfs du cœur sont difficiles à interpréter puisqu'on peut toujours objecter que les changements de pression, observés dans les expériences, sont dus à une modification de la circulation capillaire. M. Chauveau a construit un *hémodromomètre* qui est un très-bon instrument, mais il n'est pas assez sensible pour les expériences sur les petits animaux ; c'est ce qui a conduit M. Marey à imaginer l'appareil qu'il présente. Cet appareil basé sur les lois de l'hydrostatique donne à la fois l'indication de la pression et de la vitesse du sang.

M. Marey démontre que toutes les fois que la vitesse et la pression varient dans le même sens, c'est du côté de la source, d'afflux, c'est-à-dire du cœur qu'il faut chercher la cause de la variation. Quand la vitesse et la pression varient en sens inverse, c'est du côté de l'écoulement, c'est-à-dire des capillaires qu'une modification s'est produite.

M. Chauveau donne des louanges à l'instrument de Marey ; il craint seulement que les tubes en caoutchouc qui entrent dans la fabrication de cet instrument ne modifient un peu les résultats.

— La section passe à l'élection de son président pour le prochain Congrès : M. Chauveau est nommé. — La journée du mardi 24 est prise par une excursion aux usines de Canéon, Basse-Indre et Indret.

Septième séance : 25 *août* (matin).

1. M. le président Leudet donne communication de trois travaux qu'il a reçus : le premier est une communication de M. Masfranc sur la rage ; cet auteur pense que les chiens enragent faute de pouvoir satisfaire leurs besoins sexuels. Il voudrait que tous les propriétaires de chiens fussent forcés d'entretenir en même temps une chienne. Le second est la description avec une photographie de l'appareil pneumatique de M. Lantier ; — Le troisième plus important est une étude de M. Létiévant sur l'esthésiographie. M. Létiévant a divisé la surface du corps humain en 42 à 44 districts qui sont innervés par des nerfs distincts. M. Létiévant fournit des planches destinées à indiquer la disposition de ces divers départements.

2. M. Courty soigne depuis longtemps les *plaies et les ulcères de jambe par l'enveloppement imperméable élastique*. Il met sur la plaie, un topique variable suivant les indications, puis par dessus une bande de toile, puis une bande en caoutchouc, enfin une seconde bande de toile. Depuis qu'il emploie ce procédé, il a vu guérir facilement en 4 à 5 semaines des ulcères très-rebelles.

Il fait remarquer que ce traitement agit en prévenant la dessication trop rapide des cellules épithéliales de nouvelle formation. Il oppose ce procédé à celui de certains chirurgiens qui, comme M. Buisson, ont proposé de dessécher les ulcères. M. Courty pense que ce dessèchement peut réussir dans des ulcères peu étendus, mais est incapable de donner de bons résultats dans les larges ulcères.

M. Courty passe ensuite à l'étude du caoutchouc comme moyen de diérèse. Il a opéré la ligature élastique des polypes du corps et du col utérin, des hypertrophies du col, des épithéliomes, etc. Dans tous ces cas, il a eu de bons résultats. En passant deux fils le premier jour, en serrant d'abord l'un modérément et en ne donnant que le second jour un second fil le degré de constriction qu'il doit avoir, on arrive à ne faire subir au malade qu'une douleur supportable.

M. Gayet appuie les paroles de M. Courty ; il ajoute que, dans trois cas d'opération de kyste ovarique, il a eu de bons effets de la ligature élastique. Dans le premier, il a relevé le péritoine en forme de manchette autour du pédicule et il a appliqué la ligature élastique. — Dans le second cas, forcé d'interrompre l'opération parce que le kyste était trop adhérent, il lia l'orifice pratiqué au kyste avec un fil élastique : la malade guérit Dans le 3e cas, croyant opérer un kyste de l'ovaire il tomba sur une tumeur de la rate. Il put appliquer sur le pédicule de cette tumeur une ligature élastique ; la malade guérit.

M. Letenneur a obtenu de très-bons résultats de la ligature élastique dans deux cas de cancroïde de la langue. Il a suivi aussi un enfant opéré, d'après son conseil, par le Dr Montfort. Cet enfant de 2 mois, atteint d'une énorme tumeur kystique de la partie inférieure du tronc fut traité par la ligature élastique. La moitié de sa tumeur est actuellement détachée ; on espère pouvoir le débarrasser de la portion qui reste ; avec le bistouri ou l'écraseur, et enfant eût certainement succombé.

3. M. Malherbe (père) a la parole pour une communication sur l'*empoisonnement saturnin*. Faut-il admettre que les paralysies saturnines sont toujours de cause centrale, ou bien peuvent-elles être occasionnés par l'absorption directe du poison ? M. Malherbe pense que les deux cas peuvent s'observer.

Il cite le fait d'un cuisinier de navire qui se tenant pieds nus dans une cuisine dallée en plomb devint paraplégique ; mais il insiste surtout sur le fait suivant : Un forgeron travaille trois semaines à marteler des lames de plomb. Il tenait ces lames de plomb dans la main gauche et frappait de la main droite. Il fut tout-à-coup pris de paralysie de l'avant-bras gauche, paralysie portant surtout sur les extenseurs. On ne trouva aucun symptôme d'intoxication générale. Il y avait un peu d'atrophie musculaire de l'avant-bras paralysé et la main était le siége d'un engourdissement assez marqué, prononcé surtout dans les deux derniers doigts. La sensibilité de la peau était un peu diminuée. Il guérit en trois semaines par l'électricité et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Ainsi, dit M. Malherbe, voici un fait très-probant de paralysie directe par absorption cutanée du plomb. Il termine en s'associant au vœu émis par M. Manouvrier (*Gazette hebdomadaire*) que les ouvriers qui travaillent le plomb soient munis de gants montant assez haut pour les protéger contre l'intoxication plombique.

M. Lecadre pense que les coliques ne sont pas toujours causées, comme on le croit, par l'absorption du plomb. Les capitaines de navire en sont souvent atteints ainsi que les cuisiniers. M. Lecadre attribue cela aux changements brusques de température auxquels ils sont exposés.

M. Leudet répond qu'il faut être très-circonspect dans l'ap-

préciation de ces faits ; le plomb est tellement employé qu'il existe là même où on n'est pas porté à le chercher. Pour les navires qui vont au Sénégal, pays des prétendues *coliques sèches*, M. Leudet fait observer qu'on peint les navires en gris une fois arrivés à destination, et que c'est l'équipage qui se charge de ce soin, d'où possibilité d'empoisonnement plombique. Certaines fraudes peuvent donner lieu aux mêmes accidents ; certains négociants, pour augmenter le poids des cotonnades destinées à l'exportation les trempent dans des sels plombiques, et M. Leudet a vu des empoisonnements chez les gens qui maniaient ces cotonnades.

M. Malherbe a rencontré des faits analogues produits par de la soie imprégnée d'acétate de plomb.

Enfin M. Viaud-Grandmarais explique pourquoi à bord des navires le capitaine et le cuisinier sont les seuls frappés de coliques de plomb. C'est qu'ils sont les seuls à manger certaines conserves contenues dans des boites en fer blanc ; si ces conserves contiennent des acides, le plomb des soudures est attaqué, et le contenu de la boite devient dangereux.

4. M. Dally croit avoir découvert que la scoliose est due à un déplacement de l'axe vertical des ischions causé par une sorte de rotation du sacrum sur son axe. Cette rotation résulte probablement d'un relâchement des symphyses sacro-iliaques. Il est à remarquer que les jeunes filles atteintes de scoliose ne s'asseyent que sur une fesse. Le changement survenu dans la situation du sacrum détermine par compensation les courbures que l'on observe sur les autres parties de la colonne vertébrale.

5. M. Gayet a employé l'aspiration *soutenue* dans le traitement de certaines suppurations cavitaires, abcès profonds, pleurésies purulentes, etc. Les expériences sur les plaies l'ont conduit à admettre que la pression d'un mètre d'eau est suffisante pour obtenir dans un aspirateur analogue à ceux des cabinets de chimie une aspiration suffisante ; les aspirateurs trop forts déterminent l'hémorrhagie, un mauvais état de la plaie. M. Gayet, en appliquant cette aspiration soutenue pendant deux ou trois heures, a obtenu des succès dans un cas d'abcès de l'abdomen s'ouvrant à l'ombilic, dans un cas de fusée purulente considérable d'un moignon, et enfin dans un cas d'empyème. Pourtant sur cinq empyèmes traités de cette manière, ce seul malade a guéri.

6. M. Toussaint fait une communication assez difficile à suivre sur la rumination et le vomissement. En substance, il dit que la glotte se ferme aussi bien avant la rumination et l'éructation, d'une part, qu'avant le vomissement de l'autre ; mais tandis qu'au moment de la rumination et de l'éructation, la pression dans les fosses nasales et dans la trachée est sensiblement la même, dans le vomissement, la pression de l'air dans la trachée est considérablement augmentée.

7. M. Franck, préparateur de M. Marey, fait une communication intéressante sur les changements que la circulation apporte au volume des membres.

Si l'on plonge la main dans un vase complétement rempli d'eau et qu'on ait la précaution d'en chasser tout l'air, le niveau de l'eau s'élève à chaque augmentation de volume de la partie plongée. Si l'on adapte à ce vase un tube vertical, les changements de niveau y seront plus appréciables et pourront être pris sous forme de tracé. Il est possible en même temps qu'on étudie les changements de volume d'un bras par exemple de prendre sur la même personne le tracé du pouls à l'autre main, le tracé de la respiration et le tracé des battements du cœur.

Or, on voit que le tracé de l'augmentation de volume et le tracé du pouls donnent une courbe parallèle ; seulement, le tracé de l'augmentation de volume est modifié par la respiration. La courbe de la respiration ne correspond pas exactement aux déviations que la respiration fait subir à la courbe des changements de volume. Il n'y a pas synchronisme parfait, aussi ces deux lignes s'entrecroisent. Sous l'influence de l'effort, l'ensemble du tracé de l'augmentation de volume s'élève rapidement, puis reste stationnaire pendant que l'amplitude des pulsations diminue.

Si, par une ligature modérément serrée, on s'oppose au retour du sang veineux, le tracé prend exactement la forme d'un escalier dont les marches diminueraient progressivement de hauteur. Il devient une ligne horizontale lorsque la pression dans les veines devient égale à l'impulsion cardiaque.

Si l'on comprime les deux artères fémorales, le tracé s'élève en deux temps. Le premier temps, mouvement d'ascension brusque, correspond à la suppression brusque d'un grand département vasculaire. Le second temps, mouvement ascensionnel progressif, correspond au retour du sang veineux des membres inférieurs, période pendant laquelle les membres inférieurs se vident de sang veineux et n'en reçoivent plus. Si l'on soulève le bras opposé à celui qui est en expérience, le tracé s'élève, le sang contenu dans le membre soulevé retombant par sa pesanteur et venant augmenter la pression dans le reste du système circulatoire.

Lorsqu'on comprime l'artère humérale du bras en expérience, le tracé s'abaisse, pour remonter ensuite dès qu'on cesse la compression, et dépasser le niveau primitif.

Le volume de la main peut être influencé par l'action vasomotrice : si l'on refroidit la main, on a une diminution de volume. Il en est de même, chose remarquable ! — si l'on refroidit la main opposée à celle qui est en expérience. L'explication de ce fait n'est pas encore bien établie. On suppose qu'il y a là une action réflexe.

8. M. Viaud-Grandmarais fait une communication sur le morsures de la vipère dans les départements de la Loire-Inférieure et de la Vendée. On a nié dernièrement que la morsure de la vipère pût amener la mort chez l'homme.

Or, M. Viaud-Grandmarais possède 362 cas authentiques de morsure de vipère chez l'homme, et sur ces 362 cas, il y a *soixante-trois* cas de mort. Toutes les vipères ne sont pas aussi dangereuses ; ainsi la *vipera berus* qui habite l'arrondissement de Chateaubriand, au nord du département de la Loire-Inférieure, n'a fourni aucun cas authentique de décès.

M. Viaud estime qu'il meurt par an de morsures de vipères une à deux personnes en Vendée et une dans la Loire-Inférieure. Heureusement, le chiffre des cas de morsures semble diminuer d'année en année, ce qui tient à l'augmentation des défrichements et cultures et à la diminution du nombre des halliers. Parmi les sujets qui ont succombé, il y en avait des deux sexes et de divers âges ; un bon nombre étaient des hommes adultes. Par contre, M. Viaud a vu guérir d'une morsure de vipère un enfant de dix mois. Dix fois, M. Viaud a vu la mort survenir dans les 24 heures, mais jamais moins d'une heure après l'accident. D'autres sont morts au bout d'un septénaire, d'autres au bout de trois semaines, d'autres enfin au bout de plusieurs mois, sous l'influence d'une sorte de cachexie. Chez les sujets qui ont succombé, jamais la succion ni la cautérisation immédiate n'avaient été pratiquées. Par contre, l'ammoniaque avait presque toujours été employée.

Quand la mort survient rapidement, elle peut être due à la syncope, au défaut de réaction, à l'œdème généralisé (œdème de la glotte) ou à des accidents pulmonaires (sorte de pneumonie). La mort, dans le cours du premier septénaire, est survenue par suite de réaction insuffisante ou d'une sorte d'état typhoïde. Enfin, la mort tardive est survenue avec une sorte de cachexie

Jamais M. Viaud-Grandmarais n'a vu la mort survenir par hémorrhagie extérieure. Au contraire, en entraînant le venin, l'hémorrhagie sauve le malade. Les hémorrhagies par les organes sécréteurs, hémorrhagies rénales (chien), hémorrhagies par le lait (vaches), par l'intestin (chien). Chose remarquable, si l'on étale sur une plaque de verre le mésentère d'un animal et qu'on y mette une goutte de venin, on voit tout de suite une petite hémorrhagie, et si après avoir essuyé doucement on examine au microscope, on ne peut constater aux vaisseaux la moindre effraction. Outre les hémorrhagies, les excrétions abondantes, urines, vomissements, sont favorables.

L'action intime du venin n'est pas connue ; on observe souvent les accidents locaux primitifs très-loin du point mordu : Dans un cas de morsure près de la malléole externe, M. Viaud a vu les accidents débuter du côté du pharynx et du larynx. Harford a prétendu expliquer les accidents de l'empoisonnement vipérin par le développement de corpuscules spéciaux analogues aux globules blancs.

M. Weir Witchell, un des hommes les plus compétents en ces matières, ni M. Viaud lui-même n'ont rien pu trouver de semblable, ni constater cette leucocytose particulière.

M. Landowski demande si M. Viaud a compté les globules à l'aide de l'instrument de M. Malassez.

M. Viaud n'a pas fait cette numération. Il termine sa communication par ce fait d'importance majeure que *pas un des sujets chez qui la succion immédiate a été pratiquée n'a succombé.* Quelques-uns n'ont pas eu le plus léger accident. Du reste, la succion est parfaitement innocente pour celui qui la fait. M. Viaud l'a pratiquée ayant les gencives saignantes et n'a eu aucun accident. Il n'a pu constater, quoi qu'on ait dit, la moindre saveur brûlante ou autre au venin exprimé de la plaie.

M. Bouteiller se demande si le jaborandi ne rendrait pas des services dans les morsures de vipère.

8e séance : 25 août (soir).

1. M. Cartaz lit une note de M. Laroyenne (de Lyon), sur les effets de la cautérisation lorsqu'on la pratique sur les tissus anémiés selon la méthode d'Esmarch. Le trait saillant de cette communication, c'est que les effets des cautérisations sont bien plus marqués (il s'agit du cautère actuel) sur les tissus anémiés que sur les tissus où la circulation est normale. Il est bien plus facile de détruire les fongosités et d'aller modifier profondément les tissus. Ce n'est que quand la bande est enlevée qu'on peut bien juger du résultat de la cautérisation.

2. M. Cartaz lit encore une note de M. Poncet (de Lyon), indiquant la manière, étant donné un squelette, de reconnaître si le sujet était de son vivant gaucher ou droitier. Il suffit de peser les os du bras et de l'avant-bras des deux côtés comparativement; suivant que le sujet était droitier ou gaucher, les os du côté droit ou du côté gauche auront un poids notablement supérieur. Dans un cas, il y avait 17 grammes de différence à l'avantage des os du côté droit. Chez un homme notoirement gaucher de son vivant, les os du côté gauche pesaient 13 grammes de plus que ceux du côté droit. On comprend que ces données puissent être utilisées pour rechercher l'identité des individus. De fait, elles l'ont été par MM. Poncet et Ollier dans un cas remarquable de médecine légale.

3. M. Tripier fait une communication sur la pathogénie du genou en dedans. Il laisse de côté la déformation qui peut survenir par suite d'inflammation, de rétraction musculaire, etc. Il s'occupe seulement du genou valgus idiopathique, caractérisé par ce fait qu'il n'y a pas de douleur et que tous les mouvements sont possibles. C'est à tort qu'on attribue cette déformation au rachitisme. Dans la plupart des cas, dans les 8 ou 9 dixièmes des cas, le rachitisme n'existe pas.

M. Tripier a fait la remarque que le genou valgus était souvent unilatéral, il y avait toujours un côté plus malade que l'autre. La croissance présente des moments d'arrêt et d'autres moments où le développement est très-rapide. Aux périodes de développement rapide, on trouve que le cartilage de conjugaison a une plus grande hauteur qu'aux autres moments.

Ces périodes s'observent surtout vers l'âge de 3 à 4 ans, puis vers l'âge de 14 à 15, enfin vers l'âge de 17 ans, surtout chez les filles, vers le moment de la soudure des épiphyses. C'est principalement à ces époques-là que le genou se déforme. Ce n'est pas là du rachitisme localisé, car on ne peut affirmer qu'il y ait rachitisme lorsqu'on ne trouve ni déformation thoracique, ni déformation des os du crâne, ni gonflement des épiphyses des membres.

M. Tripier a remarqué que l'habitude de la position *hanchée*, nécessitée par certaines professions qui fait que l'on se tient presque constamment sur l'une des jambes, est favorable à la production du genou en dedans. Dans cette situation, en effet, la pression se transmet surtout par le condyle externe du fémur. Le condyle interne supportant une moindre pression s'accroît plus facilement et il en résulte la production du genou valgus.

M. Tripier a essayé sur des lapins de produire la déviation en plantant des épingles au niveau du condyle interne l'une dans l'épiphyse, l'autre dans la diaphyse. Il a obtenu des résultats partiels seulement, parce que les épingles n'ont pas tenu en place assez longtemps.

Comme moyen de prophylaxie, M. Tripier, conseille de veiller à l'attitude des enfants, et de leur éviter les travaux pouvant nécessiter une attitude vicieuse. Comme moyen thérapeutique, M. Tripier conseille les moyens de contention douce et proscrit la méthode de Delore qui redresse brusquement l'articulation.

4. M. Papillaud donne lecture de quelques faits dans lesquels le bromure de potassium et le chloral à haute dose lui ont donné de bons résultats ou lui ont permis d'atténuer la douleur des derniers moments de ses malades.

M. Leudet fait quelques réserves sur les doses de chloral (6 à 8 gr. employées par M. Papillaud.

A ce propos, M. Verneuil insiste sur la nécessité de donner le chloral longtemps et à très-haute dose dans le tétanos. Mais c'est là, évidemment, un cas tout spécial.

5. M. Galippe résume devant la section de médecine ses expériences sur les sels de cuivre. Ces sels sont beaucoup moins toxiques qu'on ne l'a dit; M. Galippe rappelle un procès célèbre où les conclusions de l'expert ont été affirmatives. Il faudra être beaucoup plus réservé à l'avenir. Déjà M. Bourneville (cas relaté dans le *Progrès médical*), faisant analyser le foie d'une femme de la Salpêtrière, traitée par le sulfate de cuivre ammoniacal, y a trouvé 21 centig. de cuivre métallique. Dans le foie d'un petit chien qui a pris, en 124 jours, 72 gr. d'acétate de cuivre et qui est mort d'affection pulmonaire, M. Galippe a trouvé 31 centigr. de cuivre métallique. Or, ce foie ne pesait que 260 gr. M. Galippe a expérimenté le sulfate de cuivre, le malate de cuivre; il a fait de l'oléate de cuivre; il a expérimenté également soit à doses fractionnées, soit à doses massives le protochlorure et le bichlorure de cuivre. Il a constaté que, parmi ces sels, les uns agissent comme caustiques, notamment le sulfate et le protochlorure de cuivre; les autres peuvent être pris presque impunément. Du reste, ils ont tellement mauvais goût, qu'il serait à peu près impossible d'empoisonner avec ces agents une personne jouissant de l'usage de ses sens et de sa raison.

6. M. Abadie, vétérinaire, est parvenu à déterminer la cause d'une des nombreuses boiteries des chevaux. Lorsque un cheval boite et qu'on ne trouve pas de lésion au sabot, on en conclut généralement qu'il s'agit d'un *écart*, c'est-à-dire d'un mouvement violent d'écartement des membres qui a laissé de la douleur et qui fait boiter l'animal. M. Abadie a réussi à déterminer la présence d'un certain nombre de points douloureux analogues à ceux des névralgies chez l'homme. Il a essayé de guérir ces points douloureux par divers moyens, notamment par les injections hypodermiques d'atropine et de morphine, mais c'est la cautérisation profonde qui lui a donné les meilleurs résultats.

7. M. Lapeyre relate brièvement une épidémie de fièvre typhoïde qu'il a observée chez les militaires en garnison à Nantes, pendant les mois d'avril, mai et juin. Les faits saillants de cette communication sont les suivants : L'épidémie a surtout porté sur les jeunes soldats arrivés au corps depuis le mois de janvier 1875. Ces jeunes soldats étaient au nombre de 410 dans le 64e de ligne. Or, l'épidémie ayant compris 51 malades sur lesquels 18 sont morts, 14 de ces malades ont été fournis par le 64e de ligne. Presque tous les soldats qui sont tombés malades habitaient la caserne de la Visitation, dont l'insalubrité est depuis longtemps reconnue. M. Lapeyre insiste sur la nécessité de donner de bons casernements aux jeunes soldats qui ne sont pas encore accoutumés à la vie militaire ni acclimatés dans une grande ville.

Neuvième et dernière séance : 26 août.

1. M. Masse. *De la réunion immédiate après l'opération de la hernie étranglée.* M. Masse a eu l'occasion d'opérer deux hernies crurales étranglées, après avoir tenté infructueusement le taxis simple, et le taxis avec chloroforme.

Dans les deux cas, il a eu une réunion immédiate et seulement un petit abcès dans un des lambeaux (il avait fait l'incision cruciale). Il pense que dans les petites hernies qui se sont étranglées aussitôt après leur formation, hernies dans lesquelles le péritoine n'a pas perdu ses tendances adhésives, il y a lieu de tenter la réunion immédiate. Cette réunion met

la plaie à l'abri du contact de l'air; on peut ensuite, au moyen d'une légère compression, favoriser l'adhésion des lambeaux et au moyen de la glace modérer les phénomènes inflammatoires.

A propos de cette communication, M. Verneuil dit que l'on doit considérer comme contre-indication à la réunion immédiate: 1° La présence de l'épiploon; 2° De nombreux taxis antérieurs à l'opération; 3° La présence d'une certaine quantité de sérosité dans le sac, parce que cette sérosité a des qualités essentiellement phlogogènes.

2. M. Masse montre un dessin représentant un monstre acéphalien avec spina-bifida, présentant de plus une langue divisée en trois parties; la partie moyenne est appliquée à la voûte palatine sur l'os intermaxillaire; de chaque côté de la partie moyenne, il y a un bec de lièvre double portant sur la voûte palatine. Les deux portions latérales de la langue sont appliquées sur le plancher buccal. On peut retrouver sur les parties latérales les trois ordres de papilles qui s'observent sur la langue normale.

Ce fait pourrait servir de point de départ à de nouvelles recherches sur le développement de la langue qui peut-être se développe par trois points distincts dont un médian et deux latéraux, et non par deux points latéraux seulement, comme on l'a cru jusqu'à ce jour. Ce monstre a été recueilli par M. Septour, de Carcassonne.

3. M. Bertin fait une communication sur l'otorrhée d'origine cérébrale, affection admise par Itard, Abercrombie, Villemin, etc. et rejetée par Lallemand, Lebert, Krammer, Ménière, Toynbee, Gull, Duplay et Sentex qui croient que l'otorrhée dépend toujours d'une lésion primitive de l'oreille.

M. Bertin présente, avec pièces pathologiques à l'appui, le fait suivant: Un jeune homme de 23 ans entre à l'Hôtel-Dieu avec une douleur très-vive de la région pariétale droite, cris continus, vomissements incoercibles, léger écoulement par l'oreille droite, qui disparut bientôt, constipation opiniâtre. M. Bertin admit une méningite consécutive à l'otite interne et à la carie du rocher.

L'autopsie fit voir un kyste purulent avec membrane épaisse, ayant le volume d'un œuf d'oie et reposant sur la partie supérieure et antérieure du rocher où il adhérait très-légèrement. Les méninges présentaient en ce point une tache laiteuse et il y avait une légère carie du rocher. Au dessus de la base du rocher, légère ouverture circulaire du temporal avec des traces d'ostéite.

Cette ouverture admettait l'extrémité du petit doigt. Une partie du lobe sphénoïdal du cerveau est détruite. Sauf une perforation du tympan et une altération légère de quelques cellules mastoïdiennes, il n'y a pas de lésion de l'oreille moyenne ni de l'oreille interne.

Comme pathogénie, M. Bertin admet qu'un coup aura été l'origine d'un petit kyste sanguin, lequel sera devenu purulent et aura usé le temporal: que la lésion du temporal est consécutive à la méningite locale, occasionnée par le développement du kyste; que si le diagnostic exact avait pu être porté le trépan aurait peut-être pu guérir le malade; qu'enfin l'existence de l'otorrhée cérébrale d'Itard doit être acceptée.

4. M. Leudet fait une communication sur les épanchements pleurétiques abondants qui s'observent chez les tuberculeux. Les recherches de M. Leudet datent de 20 ans et s'appuient sur 896 autopsies. Il a trouvé de l'épanchement dans nombre de cas; il a vu 22 cas d'épanchements considérables dont 18 d'épanchement avec pseudo-membranes; deux épanchements hémorrhagiques et deux purulents. Sur les 18 cas d'épanchement pseudo-membraneux, il a vu 6 cas de mort résultant de la pleurésie et 12 cas de guérison de cette complication.

Il a constaté que ces pleurésies se développaient à une période assez avancée de la phthisie, mais surtout chez des malades ayant une tuberculisation non générale, irrégulière et à marche peu rapide. Souvent la pleurésie était du côté le moins malade. Du reste, il a observé sur ses vingt-deux cas, onze cas à droite et onze à gauche; le côté malade ne peut donc pas servir, comme on l'a cru, à déterminer si une pleurésie est ou non tuberculeuse. La pleurésie chez les tuberculeux peut guérir aussi rapidement et même plus vite que chez les gens indemnes de tubercules.

Il en est de même de la pleurésie purulente qui n'est pas fatalement mortelle chez eux, comme M. Leudet le prouve par deux exemples remarquables: l'un des malades guérit quelques mois après l'opération de l'empyème; un autre vidait sa plèvre par des vomiques successives et put vivre plusieurs années; il mourut de gangrène pulmonaire, mais cette gangrène occupait le côté opposé à la pleurésie purulente. Quant aux pleurésies simples, M. Leudet a pu suivre plusieurs des tuberculeux qui en étaient atteints et a vu succomber les uns rapidement les autres longtemps après (8 ans dans un cas).

5. M. Viennois fait une communication sur le raccourcissement réel du membre dans la *coxalgie*. Il admet que la coxalgie, qui dépend quelquefois d'une arthrite coxo-fémorale, est plus souvent due à une ostéite primitive, soit de l'épiphyse fémorale, soit de la cavité cotyloïde. Il dit que le membre est arrêté dans son accroissement, soit par une soudure trop précoce de l'épiphyse, soit par un arrêt de développement résultant de l'immobilisation ou des appareils.

M. Letenneur partage les idées de M. Viennois sur la nature de la coxalgie; de plus, il pense que la douleur du genou, si souvent observée, tient à ce qu'une inflammation de l'épiphyse inférieure du fémur se développe en même temps que l'ostéite épiphysaire de la partie supérieure de cet os.

6. M. Verneuil, au nom de M. Nepveu, donne communication d'un cas de *dénudation de la carotide primitive* sur une étendue de 3 centimètres environ. Le malade, campagnard vigoureux, présentant un très-bon état général, avait un énorme lymphadénome du cou.

L'ablation, pratiquée par le galvano-cautère et l'écraseur, donna très-peu de sang, mais la carotide primitive se trouva dénudée juste au-dessous de sa bifurcation. Pendant 13 jours tout alla bien, sauf un peu de fièvre, mais le 14e jour, le matin, le malade ressentit une douleur vive dans la plaie, puis il sortit un jet de sang vite arrêté par la compression digitale.

M. Verneuil fit la *forci-pressure*. Le malade mourut 32 heures après. Dès le moment de la compression digitale, il s'était manifesté une hémiplégie subite du côté, et le malade restait plongé dans un état d'hébétude profonde. On trouva le cerveau verdâtre et anémié, la communicante de Willis très-petite et un petit noyau de lymphadénome dans le cerveau.

Il n'y avait pas de caillot dans la carotide primitive au-dessous de la pince inférieure. Il y avait un petit caillot au-dessus de cette pince, enfin, un caillot se trouvait dans la carotide interne au niveau du trajet de ce vaisseau dans le rocher. M. Verneuil pense que ce caillot a été détaché de la plaie artérielle par la compression digitale, et est allé former une embolie de la carotide interne.

En concluant, M. Verneuil pense que dans le cas de dénudation étendue de la carotide primitive, il vaudrait mieux lier cette artère immédiatement. Si la dénudation était peu étendue et si l'on ne craignait pas la fièvre traumatique qui empêche les artères de se cicatriser, on pourrait abandonner les choses aux forces de la nature.

M. Chauveau a vu des chevaux guérir après de larges dénudations artérielles; tantôt l'artère s'oblitérait, tantôt elle restait perméable. Il serait porté à croire que la dénudation de la carotide n'est pas aussi fatalement grave que le croit M. Verneuil.

7. M. Cartaz lit au nom de M. Dron une note sur l'*influence de la syphilis sur la réparation des fractures*. Il résulte de cette note qu'on ne saurait trop rechercher si la syphilis existe vraiment chez les gens qui ont des fractures et dont la consolidation se fait mal. Dans ce cas, l'emploi de l'iodure de potassium donne d'excellents résultats.

8. M. Landowski fait une communication sur la valeur du *koumys* dans les maladies consomptives. Le koumys, outre des matières albuminoïdes, contient des sels identiques à ceux du sérum du sang, de l'alcool et de l'acide lactique. M. Landowski cite un certain nombre de cas de maladies consomptives dans lesquelles le koumys a été employé avec le plus grand succès. M. Edward a fait pour M. Landowski un extrait de koumys dont voici la préparation:

Du bon koumys, riche en ferment, privé de caséine, est concentré dans le vide et à basse température. Après l'évaporation du liquide, il reste le ferment lactique et alcoolique auquel on ajoute ensuite l'alcool obtenu par la distillation du vieux koumys. En y mettant un peu de lactate, on obtient ce que nous appelons l'extrait de koumys, liquide sirupeux, de couleur indécise, blanche verdâtre et opaque. 40 à 45 grammes ajoutés dans un litre de lait suffisent pour le changer en excellent koumys au bout de 48 heures.

9. M. Pérez, médecin à Ténériffe, lit une note sur un traitement préparatoire à faire subir aux gens qui s'en vont dans les pays à fièvre jaune pour les rendre moins susceptibles de succomber à cette maladie. M. Pérez produit artificiellement par l'usage de l'alcool, du café, de l'arsenic et du mercure, ainsi qu'en plaçant le malade dans l'air confiné, une sorte d'anémie analogue à celle des gens qui habitent les pays chands et y sont acclimatés. — Il cite quelques faits tendant à prouver que chez les sujets ainsi préparés, la fièvre jaune est bien moins grave que chez les autres.

10. M. Lancereaux a découvert une nouvelle source d'intoxication saturnine dans cette espèce de cordon briquet jaune qui sert à allumer les cigares. La couleur jaune est produite par du chromate de plomb. Dans un atelier où l'on fabriquait ces cordons briquets, M. Lancereaux a trouvé que toutes les ouvrières avaient un liseré plombique. L'une d'elles, qui dévidait le fil et absorbait plus de poussières jaunes, avait des coliques de plomb.

11. M. Parmentier donne un moyen d'assainir des cales de navire en y faisant pénétrer successivement les vapeurs de sulfure de carbone et de l'ammoniaque.

— La session se termine par une séance générale, et l'association part le jeudi soir pour l'excursion du Morbihan.

Dr A. Malherbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 août. — Présidence de M. Gosselin.

M. J. Guérin occupe presque à lui seul toute la séance de l'Académie. Il commence par faire hommage d'une brochure intitulée: *Mémoire sur la cholérine considérée comme période d'incubation du choléra-morbus.* Puis, il lit une note en réponse à certains passages du discours prononcé tout récemment par M. Briquet à l'occasion de la discussion sur le choléra. En troisième lieu, il demande la parole sur la communication récente de M. Giraud-Teulon, relative aux troubles de la vision considérés au point de vue du service militaire, et soutient, avec M. Giraud-Teulon, une courte discussion sur la myopie qu'il distingue en mécanique et optique, la première due à une lésion des muscles moteurs, la seconde à un trouble de certaines parties constituantes de l'œil. Il considère la myopie mécanique, malgré le dire de son collègue, comme étant souvent congénitale. Et enfin, à propos de quelques observations présentées par M Gosselin sur les *appareils ouatés* dont la paternité est réclamée par M. Burggraeve contre M. A. Guérin, M. J. Guérin s'efforce de démontrer que le pansement ouaté n'est qu'un genre particulier de *pansement par occlusion.*

M. Alp. Guérin répond que le pansement ouaté n'est point un pansement par occlusion. Il répondra d'une façon plus complète dans la prochaine séance aux objections qui lui ont été faites.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 avril. — Présidence de M. Charcot.

17. Hypertrophie des deux mamelles chez une fille de 15 ans; par A. Le Double, interne des hôpitaux.

E. B..., âgée de 15 ans, célibataire, exerçant la profession de domestique, demeurant à Paris, entre le 22 février 1875, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, lit no 19, pour s'y faire traiter d'une hypertrophie considérable des deux seins.

Cette jeune fille était sortie depuis 6 jours de l'hôpital Saint-Louis, quand elle fut admise dans le service de M. le professeur Richet. Nous aurons peu de choses à ajouter aux renseignements suivants qu'a bien voulu nous communiquer mon collègue et ami, M. Labarraque, interne de M. le professeur Hardy.

« Elle n'est réglée que depuis un an; l'établissement de la menstruation s'est fait facilement, et cette fonction s'est accomplie normalement pendant six mois: mais le septième mois, c'est-à-dire environ six mois avant son entrée à l'hôpital, sans cause connue, ses règles se sont supprimées, et c'est à partir de ce moment que ses seins ont commencé à prendre de l'accroissement.

Le mois suivant, les règles ont reparu en plus grande abondance, et se sont continuées depuis avec régularité: elles durent de 3 à 12 jours.

Je dois noter ici que cette fille n'est plus vierge.

Malgré la réapparition des menstrues, les seins ont continué à s'accroître, et pendant le mois qui a précédé l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Louis, cette augmentation de volume a semblé beaucoup plus rapide; depuis quelques jours, au contraire, elle a paru se ralentir.

Etat général satisfaisant; pas de maladies antérieures; pas d'antécédents de famille. Bonnes conditions hygiéniques; a habité les dix premières années de sa vie à la campagne, dans un pays sain, loin des marécages: habite Paris depuis 5 ans, dans de bonnes conditions.

Le sein droit a été le premier à prendre du volume; ce n'est que quelque temps après que le sein gauche commence à s'hypertrophier.

Actuellement, ils ont atteint de fortes dimensions: mais le droit est resté un peu plus volumineux. Mesuré au niveau de sa base et à sa partie moyenne, la mamelle droite offre en ces deux points une circonférence de 59 centimètres, et la distance du mamelon à la fourchette sternale, la malade étant couchée sur le dos, est de 30 centimètres.

Prises de la même façon, les dimensions du sein gauche sont les suivantes: Circonférence à la base, 52 centimètres. Distance du mamelon à la fourchette sternale 27 centimètres.

Le sein droit affecte plutôt une apparence un peu allongée et pyriforme: quant au gauche, il est encore parfaitement globuleux.

La consistance est assez ferme, un peu dure, et par la palpation on perçoit facilement des lobules glandulaires augmentés de volume, séparés les uns des autres par une assez grande quantité de tissu cellulaire: on ne perçoit aucune espèce de sensation de fluctuation.

Le mamelon est aplati, sa saillie a presque disparu; mais il s'est élargi et l'aréole est plus étendue: la peau qui recouvre cette dernière est épaissie et plissée. Le tégument cutané qui recouvre les mamelles est tendu, ce qui augmente la consistance de la tumeur; il est sillonné de grosses veines bleuâtres. Sur le sein droit, la peau offre une couleur rouge uniforme, surtout à la partie antérieure: cette coloration disparait avec la pression, mais reparait aussitôt qu'on retire le doigt: elle tient évidemment à la déclivité de l'organe et à la gène de la circulation en retour. La peau n'est pas excoriée, et n'a pas de tendance à le devenir.

Les mamelles ne sont pas douloureuses spontanément; elles gênent seulement par leur grand poids. Il y a, de temps à autre, de vifs élancements, qui, au dire de la malade, ont été plus violents au début. Ces élancements et la douleur que l'on provoque en pressant sur la glande s'irradient parfois le long des bras, surtout à droite. Le bras droit se fatigue aussi plus facilement que le bras gauche.

Le poids des mamelles n'est pas sans entraîner avec lu quelques troubles fonctionnels: aussi la malade se plaint d'un peu de gêne pour respirer, surtout quand elle est debout; elle ne saurait se livrer à une marche un peu prolongée ou à un exercice quelque peu violent sans être vite fatiguée.

On pose le diagnostic: hypertrophie simple des deux glandes mammaires.

Le traitement institué consiste dans l'administration à l'intérieur de 20 gouttes de teinture d'iode dans une potion pendant les 24 heures: le sein est soutenu au moyen d'un bandage médiocrement serré, dans le but de soulager un peu la malade.

Le 24 octobre les seins sont mesurés de nouveau, et l'on ne trouve aucune diminution ; mais il y a un changement dans la consistance, qui est moins considérable.

30 octobre. On porte la dose journalière de teinture d'iode de 20 à 30 gouttes : un bain sulfureux trois fois par semaine.

Le 6 novembre 1874, on trouve les mesures que voici : sein droit : circonférence 55 centimètres, longueur 31 centimètres.

Sein gauche : circonférence 51 centimètres, longueur 26 centimètres.

Comme on le voit, les mamelles ont sensiblement diminué ; elles sont bien plus molles, celle de droite principalement, et les lobes deviennent très-distincts, quand on vient à saisir la glande entre deux doigts. Par suite de cette diminution de consistance la mamelle droite est pendante et tend à se pédiculiser : la peau est tendue à la base de la tumeur. Apparition d'une éruption d'acné iodique au devant de la poitrine.

La mamelle droite tendant à tomber de plus en plus, sa longueur augmente.

1er décembre. La diminution s'accentue surtout à gauche, tandis que le sein droit se rattache à la région thoracique par un large pédicule ; cessation de la teinture d'iode.

Pendant les mois de janvier et février 1875, des essais suivis de compression méthodique par le pansement ouaté ont été tentés par M. Ory, l'interne du service; mais la malade amaigrie, fatiguée, soupirant après un traitement chirurgical, quitte l'hôpital Saint-Louis, sans se trouver en meilleur état.

Nous signalerons de plus aujourd'hui quelques troubles de la sensibilité, qui, intacte pour le sein gauche, est troublée pour le sein droit. — Pour celui-ci, les sensations de chaleur et de froid sont conservées, mais la douleur provoquée par la piqûre n'est que faiblement perçue.

Les seins sont moins ronds et tendent à se pédiculiser, les chiffres suivants comparés à ceux fixés à l'hôpital Saint-Louis le démontrent d'une manière frappante : *Sein droit.* — Pédicule situé à 0, 15 centimètres au-dessous de la partie moyenne de la clavicule. Circonférence de ce pédicule 0,40 centimètres; circonférence maximum du sein à sa partie moyenne, 0,46 centimètres. Longueur du sommet du mamelon à la fourchette sternale, 0, 36 centimètres. Largeur de l'aréole, 0, 03 centimètres. *Sein gauche.* — Celui-ci bien qu'allongé ne présente pas un aspect pyriforme comme le sein droit. La base située à 0, 10 centimètres de la partie moyenne de la clavicule est de 0, 43 centimètres. La partie moyenne du sein, 0, 36 centimètres. Longueur du sommet du mamelon à la fourchette sternale, 0, 32 centimètres, largeur de l'aréole, 0, 0 centimètres.

Toutes ces mesures sont prises les seins pendants.

L'amputation du sein droit fut commencée au moyen du galvano-cautère et achevée par le bistouri. Poids du sein 1985 grammes.

Caractères macroscopiques. La peau qui recouvre le sein hypertrophié est saine et glisse facilement sur les parties sous-jacentes. Au niveau du mamelon, les conduits galactophores sont un peu dilatés.

La surface de section est formée de lobes, du volume d'une noix en moyenne et dont l'aspect varie selon les points où on les examine. Les uns, en effet, surtout au centre, sont blancs, mais parsemés de petites granulations jaunâtres plus molles que l'on peut prendre pour des culs-de-sacs glandulaires hypertrophiés; d'autres, surtout à la périphérie ont une consistance fibreuse et un aspect nacré. Ils ressemblent un peu à un petit squirrhe et peuvent être pris, à la simple apparence, pour des blocs sarcomateux ou pour des ganglions lymphatiques.

Enfin entre ces lobules on trouve par places de véritables cavités séreuses, renfermant un liquide séreux, un peu louche et légèrement hématique; le tissu adipeux se rencontre surtout sous la peau beaucoup plus rare entre les lobules ; sa quantité absolue est peu considérable.

Examen microscopique. A. Liquide contenu dans les cavités kystiques: il contient des leucocytes, des hématies et des granulations graisseuses. Ces divers éléments sont assez peu abondants pour pouvoir être comptés dans le champ du microscope a un grossissement de 300 *d*.

B. Coupes dans les masses lobulaires faites après durcissement dans l'alcool, colorées par le picro-carminate neutre d'ammoniaque, et observées dans la glycérine :

Sur la plupart des points, la masse fondamentale de la tumeur et la majeure partie de la surface des coupes est constituée par du tissu fibreux complètement développé et sans fibres élastiques. En certains points, prolifération active des éléments cellulaires.

Ce tissu fibreux contient un nombre assez considérable de vaisseaux qui ne présentent rien de particulier.

Au sein de ces masses fibreuses on voit des éléments glandulaires, beaucoup plus nombreux en certains points qu'en d'autres et qui se présentent sous forme de culs-de-sac et de canaux.

1° On voit en effet des culs-de-sac acineux uniques ou multiples remplis d'épithélium prismatique.

2° On voit encore des coupes transversales de canaux excréteurs limités par un double contour, tapissé d'une rangée de cellules épithéliales prismatiques. Ces canaux sont de calibre très variable et certains d'entre eux sont assez larges pour être vus à l'œil nu sur les préparations lorsqu'on les examine par transparence.

D'après cet examen on voit qu'il s'agit là d'un fibro-adénome avec prédominence considérable du tissu fibreux.

Le 2 avril, la plaie est en bonne voie de cicatrisation, mais, fait curieux, ainsi que cela a été signalé dans d'autres observations, le sein gauche est moins dur et a diminué notablement de volume.

M. Guéniot. J'ai observé un fait analogue chez une jeune fille de 14 à 15 ans ; le sein gauche avait triplé de volume ; la malade y ressentait de temps en temps des élancements douloureux. On sentait, à la palpation, les lobules glandulaires plus développés et plus durs que sur l'autre sein qui était resté normal. On se décida à en faire l'ablation, après avoir employé inutilement le traitement par l'iodure de potassium et la compression.

M. Labarraque. A quelle cause M. Guéniot rattache-t-il cette hypertrophie ? Son apparition a-t-elle coïncidé avec un trouble dans la menstruation ?

M. Guéniot. Cette jeune fille était bien réglée et bien développée.

M. Ory a vu employer par M. Lefort la compression élastique dans un cas semblable. — Ce traitement est très-douloureux ; il n'a pas donné de résultat.

18. Tumeur de la protubérance annulaire. Hémiplégie et hémianesthésie ; par M. Marot, interne.

L. Madeleine, âgée de 40 ans, entrée le 1er janvier 1875 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Cusco), est tombée depuis quelque temps dans un état de collapsus qui la rend incapable aujourd'hui de répondre nettement aux questions qui lui sont posées. Le début des accidents daterait de trois mois.

A défaut de renseignements précis sur ses antécédents, l'état actuel de la malade présente un ensemble de troubles caractéristiques d'une affection générale.

Bien des points attirent l'attention : déviation de la colonne vertébrale avec saillie des dernières apophyses épineuses dorsales dénotant un mal de Pott ancien et guéri, collection liquide presque aussi volumineuse que le poing en arrière du muscle grand pectoral, au niveau de l'extrémité antérieure des deux premières côtes à gauche ; une ponction exploratrice y démontre la présence de pus sans caractère particulier.

La malade, déjà très-affaiblie et incapable de tout travail au moment de son entrée à l'hôpital (décembre 1874), ne se plaignait cependant alors que de l'apparition de cette tumeur qui était restée indolente et datait probablement de plus loin.

Elle ne tarda pas à accuser de plus des troubles mal caractérisés au début du côté des yeux et des oreilles, diplopie et surdité passagères, et par dessus tout une céphalalgie frontale et temporale qui, peu prononcée d'abord, ne devait pas tarder à augmenter d'intensité.

On insista pour savoir si elle avait eu précédemment un écoulement par les oreilles pour expliquer les troubles de

l'ouïe: l'attention était d'autant plus fixée sur ce point que la malade accusait encore des vertiges subits, des nausées et quelques vomissements; mais on rejeta vite l'idée d'une lésion osseuse de l'oreille interne et d'ailleurs ces différents troubles ne persistèrent pas. Ils avaient été plus marqués à droite, et du même côté on vit bientôt se prononcer une déviation de l'œil en dedans expliquant la diplopie: ce symptôme, ajouté aux douleurs de tête qui paraissaient être plus fortes la nuit firent penser à la syphilis, mais rien autre ne venait confirmer cette idée.

L'examen des poumons ne révèle rien de net au point de vue de la tuberculose et cependant la malade s'affaiblit de jour en jour sans cause appréciable : l'appétit est d'ailleurs conservé.

Au milieu des troubles céphaliques déjà suffisants pour faire soupçonner un travail rapide évoluant vers la base du crâne ou l'encéphale, il se prononça peu à peu vers la fin de décembre un nouveau symptôme plus caractéristique encore. La moitié gauche de la face tout d'abord, puis le membre supérieur et enfin l'inférieur du même côté, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie du moteur oculaire externe, devinrent dans l'espace de quelques jours plus flasques et plus faibles que les parties similaires du côté droit. La malade s'en aperçut rapidement et se plaignit surtout de perdre sa main gauche dans ses couvertures, de ne plus sentir sa joue gauche avec la main correspondante.

Au 1er janvier la parésie était déjà très-accentuée aux membres, la face ne présentait que peu de déviation, bien qu'il fût possible d'affirmer un léger degré d'hémiplégie faciale. C'est à ce moment que fut abandonnée l'idée d'une carie du rocher; mais, en raison des lésions osseuses constatables à la colonne et aux côtes, on crut pouvoir localiser la carie plus bas, sur l'occipital, au voisinage de la protubérance. (15 janvier).

En raison de cette localisation probable, on explora avec soin la sensibilité dans ses divers modes: la malade qui, un mois auparavant, perdait déjà sa main gauche, et ne pouvait dégager ses doigts sans le secours de la main droite, ne sentait plus à ce moment les pincements ou les piqûres faites à l'avant-bras ou à la main qu'avec un retard sensible ou une erreur de localisation; elle rapportait la douleur à la racine du membre.

En revanche, elle se plaignait avec insistance d'élancements douloureux qui, partis de la racine des membres à gauche, s'irradiaient vers la main et le pied. Le bras et la cuisse avaient toutefois moins perdu sous le rapport de la sensibilité que l'avant-bras et la jambe.

A la fin de janvier, le symptôme le plus pénible était toujours la céphalalgie frontale et temporale, cause d'une insomnie rebelle, contre laquelle furent successivement prescrits l'extrait thébaïque, le chloral, et enfin le bromure de potassium. Le reste du traitement s'adressait à la faiblesse générale et à la diathèse scrofuleuse probable, la syphilis ayant paru moins bien établie. On avait appliqué, d'ailleurs sans résultats, des vésicatoires, puis des cautères à la nuque et sur la région mastoïdienne droite.

Depuis ce moment la paralysie de la sixième paire droite s'est toujours accentuée en même temps que l'hémiplégie et l'hémianesthésie du côté gauche : la partie latérale correspondante du tronc elle-même est devenue moins sensible. La malade en même temps est prise d'une gène croissante dans les mouvements de la mâchoire inférieure qui ne s'abaisse plus que de deux centimètres; l'obstacle est musculaire, les masséters font saillie, mais il n'y a aucune douleur ni à leur niveau ni vers les articulations condyliennes.

Au milieu de février l'anesthésie est si complètement établie que la malade a pu se faire au pied gauche à la face dorsale une brûlure au 3e degré avec la boule qu'on lui a mise aux pieds ; elle ne s'en est pas aperçue elle-même; d'ailleurs une palette à saignée appliquée sur sa cuisse ou son bras gauche, ne lui cause pas la moindre sensation de froid.

Vers le 25 février, l'état général et local est absolument le même ; la sensibilité, de nouveau explorée, reste dans les mêmes conditions; la malade n'a pas la notion de la position de ses membres: même les yeux ouverts et bien que la vue soit intacte elle ne peut sans de nombreux tâtonnements porter sa main gauche vers sa joue : encore est-ce plutôt la tête qui se porte à la rencontre de la main.

L'hémiplégie faciale reste moins prononcée que celle des membres qui elle-même n'est pas absolue ; la langue n'est nullement déviée.

L'état de la sensibilité spéciale a été exploré soigneusement: la malade entend une montre placée à quelques centimètres de ses oreilles, d'un côté autant que de l'autre ; en revanche elle n'entend rien quand cette montre est placée sur l'une ou l'autre de ses apophyses mastoïdes, sur le front ou entre les dents.

L'acuité visuelle des deux côtés est normale, la distinction des couleurs et des objets est satisfaisante : les seuls troubles de ce côté résultent de la diplopie qui survient à certains moments: l'œil, conjonctive et cornée, est sensible aux attouchements.

Le goût et l'odorat s'exercent bien des deux côtés; la narine et la langue sont à gauche sensibles aux attouchements. L'examen à l'ophthalmoscope a permis de reconnaître que le fond de l'œil est exactement semblable à droite et à gauche. L'œil droit se maintient sur la ligne médiane, c'est-à-dire regardant directement en avant ; le plus léger mouvement d'abduction de la pupille ne peut se faire.

A la fin de février, la céphalalgie change un peu de siége; la malade se plaint surtout de souffrir de la nuque et de la région occipitale, les mouvements de latéralité et de rotation du cou sont impossibles spontanément, douloureux quand on les communique ; elle a toujours des élancements douloureux dans les membres; elle a moins que jamais la sensation de contact et de température, mais un pincement énergique semble cependant éveiller de la douleur mieux localisée qu'il y a un mois.

La température du corps est normale ou à peu près matin et soir, mais le pouls se maintient à 112 ou 120 ; la malade ne ressent pas de palpitations, les nausées et les vomissements ont cessé, les vertiges persistent seuls.

Les pupilles ont bien obéi à l'atropine, mais quinze jours après l'examen, elles sont à peine revenues d'une façon appréciable et, de ce fait, la malade se plaint d'un peu de vague dans sa vision.

Le 5 mars, le collapsus augmente sans cause sensible, la malade divague un peu le soir, mais elle ne tousse pas et a conservé son appétit. Presque du jour au lendemain, il se prononce une chute très-marquée de la paupière supérieure droite, mais le globe oculaire conserve toujours sa position directe en avant.

Le 10 mars la malade meurt assez rapidement sans présenter de phénomènes nouveaux ; il y a eu probablement une syncope.

L'AUTOPSIE a été faite le 11 mars. On ne trouve rien de particulier dans les poumons, simplement congestionnés, ni dans le cœur qui contient quelques caillots produits dans les derniers moments de la vie.

L'examen de la colonne vertébrale et de la moelle ne montre aucune lésion; le mal de Pott dorsal était complétement guéri depuis longtemps. La tumeur de la région thoracique antérieure est située sous l'aponévrose du grand pectoral, en rapport en arrière avec les deux premières côtes et les muscles intercostaux : l'enveloppe est une sorte de membrane assez épaisse, partout continue elle-même, anfractueuse mais sans ouverture nulle part : autour d'elle tout est sain.

L'examen minutieux des côtes, des cartilages et de la clavicule n'y fait découvrir aucune altération. Le contenu a l'aspect d'un pus très-consistant, granuleux, à peine liquide. Ce n'est manifestement pas un abcès ossifluent.

La base du crâne, dépouillée de la dure-mère, est partout très-nette et très-saine. La coupe longitudinale de l'occipital, des rochers, montre partout le tissu osseux intact.

L'encéphale et la partie supérieure de la moelle sont recueillis et soumis à des coupes transversales ; l'examen en est pratiqué par M. Hanot. interne de l'Hôtel-Dieu.

On constate la présence de deux tumeurs régulières, com-

prises dans la substance nerveuse elle-même, de volume et de siége très-différents. L'une peu-volumineuse est située assez superficiellement sous la face convexe de l'hémisphère droit ; elle n'a certainement donné lieu à aucun des troubles observés; l'autre d'un volume plus considérable dans l'épaisseur de la moitié droite de la protubérance, faisant saillie dans le 4e ventricule. Quand on fait une section transversale par le sillon qui limite en avant la protubérance et qu'on regarde l'organe par sa face postéro-supérieure, on remarque d'abord une asymétrie très-prononcée. Tandis que la moitié gauche présente la forme et le volume normaux (15 millimètres transversalement) la moitié droite a son volume augmenté (20 millimètres) et déjette latéralement la moitié gauche. Le plancher du 4e ventricule est déjeté complètement à gauche, le sillon médian et les corps restiformes ayant conservé leur configuration ordinaire. A droite, la surface se continue sans ligne de démarcation bien précise avec une surface convexe qui a 22 millimètres de large environ et qui s'étend entre le corps restiforme droit et le pédoncule cérébelleux moyen du même côté. Cette surface convexe dépasse à peine de 2 millimètres environ le plancher du 4e ventricule. Il y a donc là une masse développée sous la partie latérale droite de la protubérance. On peut la suivre en arrière jusqu'au pédoncule cérébelleux inférieur droit qui est repoussé en dehors : de cette façon la masse s'étend entre, d'une part, le pédoncule cérébelleux inférieur et le corps restiforme droit déjeté en dedans et à gauche et comprimé jusqu'à en perdre le tiers environ de son volume, et d'autre part le pédoncule cérébelleux moyen repoussé en dehors. — Si on pratique une coupe oblique sur cette partie latérale tuméfiée de la protubérance, on voit qu'elle est occupée presque tout entière par une tumeur régulièrement sphérique ayant 2 centimètres de diamètre, parfaitement distincte de la substance nerveuse qui est refoulée à sa périphérie. Cette tumeur occupe un espace commençant en arrière immédiatement au devant du pédoncule cérébelleux inférieur qui est intact et s'arrêtant antérieurement juste au niveau du sillon antérieur de la protubérance : en effet, la coupe pratiquée tout d'abord pour isoler la protubérance du cerveau avait mis à nu une petite portion de la circonférence de la tumeur. De même au niveau du plancher, cette circonférence affleure presque à la surface. Le pédoncule inférieur gauche a son volume normal tandis que le droit est comprimé par la tumeur qui empiète sur lui jusqu'a en perdre le tiers environ de son volume. Une coupe transversale divisant la tumeur et le tissu qui l'environne montre en dehors d'elle le pédoncule moyen droit respecté, tandis qu'en dedans comme il a été dit, le corps restiforme est comprimé, toutefois sans être envahi.

Ces limites sont très-faciles à apprécier, car la tumeur est isolée de la substance au milieu de laquelle elle s'est développée par un sillon rempli d'une matière rosée et ramollie, existant surtout à la partie supérieure. Le pédoncule cérébral droit est presque entièrement ramolli et rosé depuis la protubérance jusqu'au voisinage de la couche optique qui est parfaitement saine.

La tumeur, assez consistante, est constituée dans les 8/9 de son étendue par une substance jaune-verdâtre, d'aspect caséeux, homogène, tandis que le centre est légèrement ramolli : à la périphérie elle est rosée, plus consistante.

La substance grise de Sœmmering et le commencement de l'expansion pédonculaire étaient donc intéressés, car on retrouve également cet aspect mollasse et rosé à la périphérie de l'expansion du pédoncule droit jusqu'à la couche optique, non atteinte.

Dans l'épaisseur de la couche corticale, à la partie inférieure de la circonvolution qui borde en arrière la scissure de Rolando et dans son épaisseur même se trouve la seconde tumeur du volume d'un gros pois, aussi bien limitée et présentant le même aspect à la coupe. Ces deux tumeurs sont manifestement de *nature tuberculeuse*.

M. Charcot. Ce cas vient à l'appui de la distinction qui a été faite théoriquement entre l'hémianesthésie de cause cérébrale et l'hémianesthésie de cause bulbaire ou pédonculaire ; la première intéresse toute une moitié du corps et s'accompagne d'amaurose et d'anosmie ; dans la seconde les sens supérieurs sont respectés par suite même du siége de la lésion.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

VII. Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques, par le Dr A. H. Marchand, prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

On pourrait croire que la science chirurgicale est maintenant complétement édifiée sur la pathologie des luxations et des fractures. Les travaux des chirurgiens de la dernière période, de Malgaigne en particulier, semblent avoir rempli le cadre de cette partie de la chirurgie. Telle n'a pas été l'opinion du jury d'agrégation de cette année, car, un des sujets de thèse, choisis par lui, était ainsi conçu : *Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques*.

C'est à M. Marchand, prosecteur des hôpitaux, qu'est échu ce travail ; et, nous pouvons le dire dès à présent, malgré la brièveté du temps accordé par les règles du concours, il aura rendu un véritable service à la pratique chirurgicale, en exposant d'une manière aussi claire et aussi complète que possible la série de ces accidents, en insistant sur les principaux, et en indiquant avec soin les moyens de les prévenir.

Cette monographie n'existait pas. En effet, à part quelques notes de J.-L. Petit, d'Astley Cooper, et quatre observations très-intéressantes de Flaubert (de Rouen), il faut arriver jusqu'au *Traité de Malgaigne* (1855), pour trouver une étude détaillée et assez riche de faits sur ce sujet. Depuis, on découvre seulement un mémoire de M. W. Callender (*Saint-Bartholemew's Hospital Reports*) où les ruptures des vaisseaux de l'aisselle sont étudiés avec soin.

Parmi les accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques, tous n'ont pas la même importance. Aussi l'auteur a-t-il insisté plus particulièrement sur ceux qui avaient été décrits insuffisamment par ses devanciers, ou qui offraient un intérêt clinique plus considérable : c'est ainsi que les lésions des vaisseaux, des nerfs et des os, ont été étudiées avec une prédilection plus grande et d'ailleurs bien justifiée.

Malgré ce choix, l'œuvre n'est cependant incomplète dans aucun de ses points. L'auteur décrit successivement : 1° *les accidents locaux primitifs* : les ruptures de la peau ; les lésions du tissu cellulaire (emphysème et épanchement sanguin) ; les ruptures des muscles, des vaisseaux et des nerfs ; les fractures des os, et enfin l'arrachement complet des membres ; 2° *les accidents consécutifs* : les phlegmons, les abcès superficiels, la suppuration du foyer de la luxation, l'œdème persistant, la gangrène ; enfin, 3° il s'occupe, dans un dernier chapitre des accidents de l'anesthésie chirurgicale. Une seconde partie de cette thèse remarquable est consacrée à l'exposition rapide des accidents qui se rattachent plus spécialement à chaque articulation. Si, aux prises avec les difficultés de la pratique, le chirurgien désire savoir, à propos d'un fait spécial, les dangers qu'il y a à redouter, la seconde partie, au moyen d'exemples aussi nombreux que possible, l'instruira à cet égard.

La fréquence des lésions artérielles pendant la réduction des luxations, les conséquences extrêmement graves auxquelles donne lieu cet accident, expliquent toute l'importance que l'auteur a attribuée à leur étude. Il a pu trouver d'utiles renseignements dans le savant article (*vaisseaux axillaires*), du Dictionnaire encyclopédique, où M. Lefort relate tous les faits connus depuis sa publication, dans le mémoire de W. Callender déjà cité, dans l'article *aisselle* de M. Dolbeau et dans le mémoire sur les blessures de l'axillaire de Leroy, inséré dans les *Annales de la société de médecine de Caen*. Il a ainsi rassemblé seize cas bien authentiques de blessure de l'artère. Le plus grand nombre appartiennent à des luxations anciennes ; cependant, il ne faudrait pas croire que les luxations récentes ne puissent donner lieu à ces accidents (6 fois sur 16).

Les lésions des vaisseaux se produisent suivant deux modes : c'est tantôt une pression énergique exercée directement à leur niveau qui a intéressé leur paroi en la contusionnant, tandis que, d'autres fois, les tractions ont été poussées jusqu'à produire une élongation excessive et l'arrachement plus ou moins complet du vaisseau. Aussi, peut-on avec raison incri-

miner certains procédés : procédé du talon, traction avec des aides trop nombreux ; ou bien dans d'autres cas, dans le but d'assurer la coaptation des pressions plus ou moins fortes ont été exercées sur la tête humérale et conséquemment sur l'artère axillaire qui repose sur elle ou dont elle est en tout cas fort voisine. Les lésions observées à l'autopsie sont en rapport avec ces deux modes différents du traumatisme du vaisseau : tantôt c'est une perforation peu considérable, ovalaire ou arrondie, qui siége sur l'un des côtés de l'artère : d'autrefois ce sont des ruptures complètes, analogues à celles qu'on observe dans les plaies par arrachement de ces vaisseaux. Parmi les autres causes qui favorisent l'apparition de ces accidents, l'auteur signale les dégénérescences artérielles, les adhérences qui, dans les luxations anciennes, unissent l'artère aux parties qui l'entourent, le travail ostéoplastique qui se passe au niveau des os déplacés : il rapporte plusieurs exemples de perforations de la paroi artérielle par le déplacement d'esquilles, de fragments d'os, etc.

Les signes qui feront reconnaître au chirurgien que cette lésion importante s'est produite sont exposés avec soin. Dans toute une série de cas, les accidents sont immédiats : les lacs sont à peine retirés qu'on voit survenir un gonflement énorme du creux axillaire sous le grand pectoral. D'autrefois, c'est seulement après un temps plus ou moins long depuis les manœuvres, que l'épanchement se produit (15 jours après dans le cas de Panas), à la suite d'un effort, d'un accès de toux, etc...

Une ecchymose tardive de la peau, survenant en même temps que le gonflement augmente, dénoterait souvent qu'un anévrysme faux diffus s'est formé. Dans un certain nombre de lésions artérielles, les pulsations, les mouvements d'expansion caractéristiques n'existent pas ; et, dans une observation, l'on voit Dupuytren, qui, en raison de la fluctuation facile qu'il constate, de l'absence complète de battements, croit à un abcès et fait avec un bistouri à lame étroite et à pointe acérée une ponction qui donne lieu à un fort jet de sang artériel. Les ruptures vasculaires sont extrêmement graves ; presque tous les malades pour lesquels on n'est point intervenu ont succombé rapidement, et un bon nombre de ceux auxquels on a pratiqué la ligature du vaisseau ont péri. M. Marchand indique en détail les moyens de prévenir et d'éviter ces redoutables complications. H. Duret.

VARIA

Congrès périodique international des sciences médicales (*4e session.*)

Nous rappelons à nos lecteurs que le congrès doit s'ouvrir à *Bruxelles*, le 19 septembre prochain. — Le Comité d'organisation vient de publier le programme et le règlement du Congrès, à la librairie H. Manceaux, rue des Trois-Têtes, n° 8, à Bruxelles.

Université catholique de Lille.

Nous recevons de notre correspondant de Lille quelques détails intéressants au sujet des entreprises.... cléricales. «On a acquis, en vue d'une université, l'ancienne préfecture, immeuble magnifique. On parle de la création d'une faculté de droit, des lettres, des sciences. Il est probable que la médecine est visée pour l'avenir ; mais, jusqu'à présent, je puis déclarer que la question n'est pas encore entrée dans la période pratique et qu'aucune proposition n'a été faite aux médecins de Lille, qu'aucune intention n'a été pressentie... »

Origine du Choléra de 1873.

Le docteur Stanski a adressé à l'Académie de médecine une lettre que voici :

Monsieur le Président,

Le temps qu'il me fallait pour recevoir les informations qui suivent e retardé cette communication que je désirais faire à l'Académie.

M. Woillez, suivant les renseignements qu'il a pu avoir, a affirmé devant la docte assemblée que ce sont les peaux vertes envoyées de l'Allemagne au Hâvre, à Caen et à Bretteville qui ont été la cause de l'importation du choléra dans le Calvados. En effet, nous savons très-bien que les peaux des animaux morts de la pustule maligne ont communiqué cette dernière maladie aux tanneurs qui les travaillaient. Il y a des vétérinaires qui prétendent que les peaux des animaux morts de la peste bovine ou de la clavelée peuvent répandre l'une ou l'autre de ces épizooties parmi les bestiaux.

En présence de cet état de choses et désirant éclairer le problème de l'importation du dernier choléra en France, je me suis informé auprès des personnes compétentes et j'ai reçu l'assurance : 1° Que ce n'étaient pas les tanneurs des villes en question qui ont été décimés par le dernière épidémie asiatique ; 2° que les peaux expédiées en 1873 de Hambourg au Hâvre, à Caen et à Bretteville n'étaient pas des peaux vertes des cholériques, comme on pourrait le croire d'après l'explication de M. Woillez et d'après ce que nous venons de dire des épizooties, mais tout simplement des peaux d'animaux qui n'ont jamais eu et qui sont incapables d'avoir le choléra-morbus.

Par conséquent, l'explication du savant rapporteur, relative à l'importation du choléra dans le Calvados, perd toute sa valeur probante. S'il m'était permis d'ajouter encore une réflexion, je dirais que l'apologue des sauterelles qui a terminé la discussion de l'Académie était illogique et par conséquent inapplicable dans l'espèce ; parce que les sauterelles venant de l'Afrique et ravageant les produits de la terre ont une existence matérielle et réelle, tandis que les sauterelles, autrement dit, les germes contagieux ou non venant de l'Inde et produisant le cholére en Europe, n'existent que dans l'imagination de M. Barth.

Il en résulte pour tout médecin sérieux le devoir, au lieu de faire des apologues inopportuns, de montrer les germes du choléra ou bien de conserver, comme l'a fait l'éminent professeur et membre de l'Académie, « *une neutralité prudente et philosophique.* »

Il résulte encore de ce qui précède que les partisans de la contagion, de quelle manière qu'ils se prennent, se mettront toujours dans une position attaquable, parce qu'ils soutiennent une doctrine imaginaire et par conséquent impossible à démontrer.

Veuillez agréer, etc. Stanski.

Ecoles de médecine et de pharmacie de plein exercice.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, Vu la loi du 19 ventôse an XI ; Vu les ordonnances des 13 octobre 1840 et 12 mars 1841 ; Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique,

Décrète : Art. 1er. — Il pourra être institué des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice dans les villes qui s'engageront à subvenir aux frais d'entretien du personnel et du matériel de ces établissements.

Art. 2. — Le personnel enseignant dans les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice comprend des professeurs titulaires, des professeurs suppléants, des fonctionnaires et des employés auxiliaires.

Art. 3. — Les professeurs titulaires seront au nombre de dix-sept, répartis dans les chaires suivantes : Anatomie, une chaire ; Physiologie, une chaire ; Pathologie interne et pathologie générale, une chaire ; Anatomie pathologique, une chaire ; Hygiène et médecine légale, une cheire ; Clinique médicale, deux chaires, sous le réserve que les administrations hospitalières contracteront vis-à-vis des villes l obligation :

1° D'assurer pleinement le service des cliniques ; 2° D'annexer à ces chaires une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants ; Pathologie externe et médecine opératoire, une chaire ;

Clinique chirurgicale, deux chaires, sous la même réserve que pour les chaires de clinique médicale, en ce qui concerne l'engagement des administrations hospitalières vis-à-vis des villes ;

Clinique obstétricale et gynécologique, une chaire ; même réserve que pour les autres chaires de clinique ; Thérapeutique, une chaire ; Matière médicale, une chaire ; Botanique et zoologie élémentaire, une chaire ;

Chimie médicale, une chaire ; Physique médicale, une chaire ; Pharmacie, une chaire.

Art. 4. — Le traitement fixe et éventuel des professeurs est fixé à 4.000 fr. par an. Le directeur reçoit, en outre, un préciput de 1.000 fr.

Art. 5. — Les suppléants seront au nombre de huit, répartis ainsi qu'il suit : Deux pour les chaires de sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie, pharmacie) ; Deux pour les chaires de médecine ; Deux pour les chaires de chirurgie ; Un pour la chaire d'accouchements et de gynécologie ; Un pour les cours d'anatomie et physiologie.

Art. 6. — Les suppléants prendront une part active à l'enseignement et feront des cours accessoires, savoir : les deux suppléants attachés aux chaires physico-chimiques feront : l'un un cours de chimie physiologique, l'autre un cours de toxicologie. Les suppléants des chaires de médecine pourront faire des cours complémentaires, déterminés par l'école, sur diverses branches de la pathologie interne et de pethologie générale, sur la médecine légale, etc.

Les suppléants des chaires de chirurgie pourront être chargés : l'un d'un cours de médecine opératoire, l'autre d'un cours clinique complémentaire d'ophthalmologie, pour lequel un service spécial sera institué à l'hôpital où se donne l'enseignement clinique de l'école

Le suppléant de la chaire d'accouchements et de gynécologie pourra être chargé de l'enseignement gynécologique, le suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie fera un cours complémentaire d'anatomie générale et d'histologie.

Art. 7. — Les suppléants professeront pendant un semestre ; ils feront

trois leçons par semaine. Quant ils seront appelés à remplacer temporairement un professeur titulaire, ils remettront au semestre suivant l'enseignement spécial dont ils sont chargés.

Art. 8. — Les suppléants prendront part aux examens de fin d'année; le jury, pour ces examens, sera composé de deux professeurs titulaires et d'un professeur suppléant.

Art. 9. — Les suppléants seront nommés au concours et pour dix années. Ils recevront un traitement fixe et éventuel de 2.000 fr.

Après l'expiration du temps légal d'exercice, le Ministre pourra maintenir un suppléant dans ses fonctions ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 10. — Les grades à exiger des professeurs titulaires et des suppléants sont : 1° Pour les professeurs de médecine : le doctorat en médecine ; 2° Pour les professeurs de pharmacie et de matière médicale : le titre de pharmacien de 1re classe ; 3° Pour les professeurs de physique et de chimie : la licence ès-science physiques et le doctorat en médecine, ou le titre de pharmacien de 1re classe ; 4° Pour les professeurs d'histoire naturelle médicale et matière médicale : la licence ès-sciences naturelles et doctorat en médecine, ou le titre de pharmacien de 1re classe.

Art. 11. — Le personnel des fonctionnaires et employés auxiliaires de l'enseignement comprend : Un chef des travaux astronomiques, au traitement de 2.000 fr.; Un prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire, au traitement de 1.500 fr.; Deux aides d'anatomie et de physiologie, chacun au traitement de 1.000 fr.; Cinq chefs de clinique, au traitement de 1.000 fr.; Un chef des travaux chimiques, au traitement de 2.000 fr.; Un préparateur de cours de pharmacie, au traitement de 1.000 fr.; Un préparateur des cours d'histoire naturelle, au traitement de 1.000 fr.; Un préparateur des cours de physique, au traitement de 1 080 fr.; Un préparateur du cours de chimie, 1.000 fr.; Un bibliothécaire, 1.500 fr.

Art. 12. — Le personnel administratif se compose de : Un secrétaire agent comptable, au traitement de 2.400 fr.; Un employé du secrétariat, 1.200 fr.

Agents inférieurs. — Un garçon de pavillon, aux appointements de 1.000 fr.; Deux garçons de laboratoire pour la chimie et la physique, chacun 1.000 fr.; Un garçon de laboratoire de pharmacie, 1.000 fr.; Un garçon de bibliothèque, 1.000 fr.; Un garçon de bureau, 1.000 fr.; Un jardinier, 1.200 fr.; Un concierge appariteur, 1.000 fr.

Art. 13. — Les villes siéges d'écoles de plein exercice s'engageront à prendre entièrement à leur charge les traitements des professeurs, fonctionnaires et agents inférieurs ; elles devront, en outre, couvrir les dépenses occasionnées par : Le chauffage et l'éclairage ; L'entretien du bâtiment et du mobilier ; Les frais de bureau ; Les frais de cours, de laboratoire et de manipulation se rapportant à la physique, la chimie, la pharmacie, l'histoire naturelle, la matière médicale et la physiologie ; Les travaux pratiques d'anatomie ; L'entretien du jardin botanique ; L'entretien du matériel des cliniques, la bibliothèque, achats de livres, abonnements et reliures.

Elles devront également fournir : Deux amphithéâtres pour les cours ; Un cabinet pour le directeur ; Un local pour le secrétariat ; Des salles de conférences et d'examen ; Une bibliothèque et une salle de lecture; Des salles de collections, d'histoire naturelle médicale, d'anatomie et d'arsenal de chirurgie ; Trois laboratoires de chimie : un pour la préparation des cours, un pour les travaux pratiques, un pour le professeur ; Un cabinet et deux laboratoires de physique : un pour le professeur et un pour les travaux pratiques ; Un laboratoire de pharmacie; Un laboratoire de physiologie ; Des salles de dissection pour les élèves ; Des cabinets pour les professeurs d'anatomie, le chef des travaux anatomiques et le prosecteur ; Un laboratoire anatomique ; Une salle de nécropsie ; Une salle pour les exercices de médecine opératoire ; Un laboratoire d'histologie.

Les services cliniques auront à leur disposition deux amphithéâtres de cours ; l'un pour l'enseignement médical, l'autre pour la clinique chirurgicale ; de plus, chaque professeur de clinique aura, dans les dépendances de son service, un cabinet de travail où seront réunis les moyens d'analyse et d'études pratiques les plus usuellement employés en clinique.

Les frais des divers services énumérés dans le présent article sont estimés à un minimum de 18.000 fr. par an, et cette somme devra être augmentée de 6.000 fr. pour chaque accroissement de 100 élèves au-dessus du chiffre de 300.

Art. 14. — Un règlement d'administration publique déterminera la durée de la scolarité que les élèves en médecine et les élèves en pharmacie pourront accomplir dans les écoles de plein exercice en vue de l'obtention des grades, et le montant des droits à percevoir.

Art. 15. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 14 juillet 1875.

50. Gouttes antidiarrhétiques (*H. Green*).

Teinture de camphre............	18 gr.
Teinture de poivre d'Espagne......	6 —
Esprit de lavande composé.......	12 —
Teinture d'opium camphrée.......	12 —

Mêlez. — Vingt à quarante gouttes, dans les formes légères de diarrhée, et dans la diarrhée prémonitoire du choléra. Dès que les premiers symptômes de la diarrhée cholérique se manifestent, on en administre de trente à soixante gouttes tous les heures, et même plus souvent si les circonstances l'exigent. — Ces gouttes sont également efficaces pour arrêter l'irritation intestinale à laquelle les enfants et les adultes sont sujets pendant les chaleurs, lorsqu'ils changent de régime, ou qu'ils boivent une eau moins bonne que celle dont ils font ordinairement usage.

51. Tablettes d'acide tannique (*P. L. H.*)

Acide tannique................	1 gr.
Teinture de Tolu.......... ...	1 — 50
Sucre pulvérisé..............	60 grammes.
Gomme arabique.............	2 gr. 50
Mucilage de gomme..........	5 grammes.
Eau distillée	2 —

E. s. a. une pâte homogène, que vous diviserez en 60 tablettes, et que vous ferez sécher. Chaque tablette renfermera 25 milligrammes d'acide tannique. De une à six contre la diarrhée, la dysentérie, etc.

Mortalité a Paris.— Population 1,851,792 hab. Pendant la semaine finissant le 27 août 1875, on a constaté 835 décès, savoir : variole, 5; — rougeole, 19; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 19;— pneumonie, 27; — dyssenterie, 4; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 67; — *choléra nostras*, 5: — angine couenneuse, 8; — croup, 9; — affections puerpérales, 9; — autres affections aiguës, 286, — affections chroniques, 310, dont 145 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 22; — causes accidentelles, 37.

Londres. — Population : 3.445.160 hab. Décès du 15 au 21 août, 1,543, savoir : variole, 1; — rougeole, 27; — scarlatine, 59; — fièvre typhoïde, 9; — érysipèle, 5; — bronchite, 92; — pneumonie, 37; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 181; — *choléra nostras*, 5; — diphthérie, 9; — croup, 11; — coqueluche, 68.

Concours.— *Internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le samedi, 9 octobre, *à midi précis.* MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie, de 2e et de 3e année, sont prévenus qu'en exécution du réglement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes excepté, de une heure à trois heures, depuis le mardi, 7 septembre, jusqu'au 24 septembre inclusivement. Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration, pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de vingt-huit ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externes, au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption motivée : 2° Des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite. La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie sont l'objet d'un seul et même concours.

Médecins militaires. — Par décret en date du 18 août sont nommés : 1° Au grade de médecin major de 1re classe (choix), M. Badour, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Corhis, retraité ; (ancienneté), M. Mabillat, médecin major de 2e classe en remplacement de M. Fourgeaud, retraité ; — 2° Au grade de pharmacien major de 1re classe (choix) M. Babeau, pharmacien major de 2e classe à la réserve des médicaments de Marseille, en remplacement de M. Fegueux, décédé.

—Les nominations des aides-majors de réserve, dit le *Temps*, n'ont pu être faites assez à temps pour que ceux d'entre eux qui font partie de la classe 1867 puissent assister aux manœuvres avec leur grade. Il en résulte qu'une foule de docteurs en médecine sont incorporés comme simples soldats dans les régiments. Il est facile d'apprécier combien est regrettable la situation qui leur est faite par les lenteurs des Commissions d'examen. Quand le recrutement du corps de santé s'opère difficilement et peut à peine suffire au service de paix, il est fâcheux qu'on délaisse de jeunes docteurs, qui ne demandent qu'à être employés pratiquement.

Universités allemandes. — En comparant la statistique des universités allemandes, pour le semestre d'été de l'année 1874 et celui de l'année 1875, on constate, dit la *Gazette générale*, une diminution dans le nombre des étudiants en médecine. De 6,190, le nombre est tombé à 6,039. Une des causes de cette diminution c'est, au dire du journal en question, qu'actuellement les étudiants juifs se consacrent en grand nombre à la jurisprudence, tandis qu'autrefois, la carrière du droit leur étant à peu près fermée, un grand nombre d'entre eux se vouaient à la carrière médicale.

Ecole de médecine navale. — Un concours général sera ouvert le 9 sep-

tembre prochain, à Brest, et il se continuera successivement à Rochefort et à Toulon, à l'effet de pourvoir aux vacances qui existent dans le corps de la marine.

Dispensaire de salubrité. — Par arrêté de M. le préfet de police, M. le Dr Paul Dubois, médecin adjoint au dispensaire de salubrité, a été nommé médecin titulaire en remplacement de M. le Dr Favernier, décédé. — M. le Dr Diéder a été nommé médecin-adjoint au même dispensaire, en remplacement de M. le Dr Paul Dubois.

NÉCROLOGIE. — Les journaux américains annoncent la mort du docteur Winslow-Lewis. Il est mort à Boston à l'âge de 76 ans. Il était réputé l'un des chirurgiens les plus habiles des Etats-Unis. Il avait étudié sous Dupuytren à Paris et sous Abernetty à Londres, et a exercé la chirurgie avec beaucoup de succès à Boston. Il a fait partie à plusieurs reprises de la législature du Massachusetts. (*Union médic.*)

— On annonce la mort de M. le Dr VACHERESSE, ancien député de l'Ardèche à l'Assemblée législative, où il fit constamment partie de la minorité républicaine. — Après le coup d'Etat du 2 décembre, il s'était retiré à la campagne, à Bouveron, où il s'occupait d'agriculture tout en donnant des soins médicaux gratuits à ses voisins : c'est là qu'il est mort, le 25 août dernier, à l'âge de 88 ans. M. Vacheresses laisse un héritier de ses convictions républicaines : son gendre, M. Seignobos, député de l'Ardèche, qui a toujours voté avec la gauche de l'Assemblée du 8 février.

— M. le Dr EISSEN, médecin cantonal à Strasbourg, est mort subitement d'un coup d'apoplexie, dans la nuit de dimanche à lundi, 23 courant, à l'âge de 70 ans. M. Eissen était un des plus anciens médecins cantonaux de cette ville; en 1838 il était entré comme médecin au corps des sapeurs-pompiers. Il fut pendant quelque temps préfet provisoire en 1848. Nommé chirurgien-major aux pompiers, par décret du 1er janvier 1854, il obtint la même année une médaille d'or de première classe pour le courage, le zèle et le dévouement dont il avait fait preuve pendant que le choléra décimait la population. M. le Dr Eissen avait été autrefois président de la société pour la conservation des monuments historiques d'Alsace. Il est l'auteur d'un certain nombre de brochures et notices historiques qui sont fort estimées. (*Union méd.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr VEYNE, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de Raspail et de Sainte-Beuve. Veyne était un libre penseur, aussi a-t-il voulu que son enterrement fût dépourvu de toute manifestatiou religieuse.

— Le Dr L. BEAUGRAND, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de la rédaction du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, vient de mourir. Il a publié un grand uombre de travaux ou de notices, particulièrement sur l'hygiène.

LA CRITIQUE PHILOSOPHIQUE, politique, scientifique et littéraire, publiée sous la direction de M. RENOUVIER. Un an : Paris, 17 fr.; départements, 18 fr. Paraît tous les jeudis. Bureaux : rue de Seine, 54.

VACANCES MÉDICALES. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures.*

Librairie Ern. LEROUX, rue Bonaparte, 28.

LE BIOGRAPHE, publication nouvelle, illustrée en photographie. Chaque numéro de 32 pages in-4° contient 18 biographies. Un an : 15 fr. Le numéro 12 vient de paraître.

CARLOTTI (R.) — Assainissement des régions chaudes insalubres, in-8° de 88 p.

BEAUVAIS (de — De la balanite, de la balano-posthite parasitaire, in-8° de 11 p.

PELLARIN (Ch.) — Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Lille, in-8° de 12 p. Typographie Chamerot.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES — IMPRIMERIE CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59

3e ANNÉE. — N° 37 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 SEPTEMBRE 1875

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur TRÉLAT.

TROISIÈME LEÇON. — **Iridectomie optique. Cataracte consécutive** (1).

Leçons recueillies par A. CARTAZ, interne des hôpitaux.

Messieurs,

La jeune fille sur qui vous m'avez vu pratiquer à deux reprises l'opération de la pupille artificielle, a été atteinte ces jours-ci d'une complication grave, qui mérite toute notre attention, au double point de vue pathogénique et thérapeutique.

Cette malade, fort intelligente et très-docile, était entrée au commencement de cette année dans le service de M. Empis, pour une affection médicale ; elle vint nous consulter sur l'état de ses yeux, et c'est sur le conseil que nous lui donnâmes de se faire opérer qu'elle a passé dans nos salles. Quand nous la vîmes pour la première fois, elle présentait un albugo des deux cornées, déterminant une coloration blanc-grisâtre, ponctué, non uniforme, mais assez prononcé pour gêner d'une façon très-marquée l'exercice de la vision ordinaire et pour empêcher complétement tout travail un peu appliqué. L'éclairage latéral nous faisait constater facilement cette infiltration opaque, nacrée, n'intéressant que la cornée, surtout le centre ; la vision s'exerce encore à la phériphérie, comme le prouve l'éclairage à l'ophthalmoscope, mais elle est absolument impossible au centre de l'œil.

Cet état, qui remonte déjà à plusieurs années, lui donnait cependant une satisfaction relative, eu égard à ce qu'il était il y a deux ans ; M. Cartaz, qui a pu suivre pendant plusieurs mois la malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cusco, dont il était alors l'interne, nous a donné, à cet égard, des renseignements qui prouvent bien que l'affection est singulièrement améliorée. A cette époque-là, c'est-à-dire en 1873, la malade présentait une opacité à peu près absolue des cornées, opacité porcelainée, de coloration blanc-nacré, analogue à la sclérotique, et forçant cette jeune fille à réclamer l'aide d'un guide quand elle s'éloignait de son lit.

En tenant compte de cet état et de l'état actuel, il y a certainement progrès ; néanmoins, on peut faire mieux encore en profitant de la transparence de la périphérie, et en créant sur ce point une voie artificielle aux rayons lumineux. Pour obvier à ce trouble visuel, que je qualifierai de mécanique, nous avons le choix entre quatre méthodes :

1° L'arrachement de l'iris ;
2° Le déplacement de la pupille ;
3° L'iridotomie ;
4° L'iridectomie.

Je n'insisterai pas sur la première méthode, préconisée par Desmares, sous le nom d'*iridorrhexis*, et qui ne diffère de l'iridectomie que par ce temps d'arrachement au lieu d'excision ; non plus sur l'iridotomie, méthode ancienne, qui n'est applicable qu'à certains cas bien déterminés, comme celui de notre malade du n° 1 de la salle Saint-Jean.

Le déplacement pupillaire (*iridésis*), méthode préconisée par Critchett, et qui se réduit à un enclavement de l'iris dans l'incision cornéenne, offre des inconvénients sérieux et expose à des dangers de la plus haute gravité ; par le fait de cet enclavement, il y a une forte traction exercée sur les parties constitutives de l'iris, traction qui retentit sur toute la zone ciliaire, et qui peut déterminer des irido-choroïdites, des glaucomes, et parfois la perte de l'œil.

C'est donc à l'iridectomie que nous donnerons la préférence. Cette méthode de pupille artificielle a deux grandes indications principales : elle est *curative, antiphlogistique*, c'est-à-dire qu'elle diminue pendant un temps plus ou moins long la tension oculaire, sans qu'on sache au juste comment cette action s'exerce ; elle trouvera son application dans les cas de staphylome prononcé, d'irido-choroïdite, de glaucome. Mais elle est aussi une méthode *optique* ; c'est même pendant un certain temps le seul but que l'on ait cherché à atteindre en la pratiquant.

Le choix de la méthode n'est pas tout, messieurs ; une autre question se pose aussitôt : où doit-on faire l'excision? D'une manière générale, cela dépend du siége des opacités, mais, en tenant compte du siége relatif, il vaut mieux la faire *en dedans*, ou *en bas* et *en dedans* ; c'est, en effet, dans cette direction que la vision s'exerce le plus habituellement. La position *en dehors* rentre dans la catégorie de celles que l'on prend par nécessité, où l'on peut.

La limite des opacités fixe, dans le cas actuel, notre position en dedans et en haut ; c'est ainsi que je l'ai pratiquée à huit jours de distance sur chaque œil. La première opération, sur l'œil droit, ne fut suivie d'aucun symptôme particulier; tout se passa bien, et me permit d'opérer l'œil gauche une semaine après. Mais, dès le second jour, nous vîmes se produire un accident singulier, disons tout de suite qu'il n'est pas imputable à une fausse manœuvre opératoire; je m'expliquerai tout à l'heure à ce sujet.

Le soir qui suivit l'opération, la malade se plaignit de douleurs assez vives qu'elle n'avait pas éprouvées la première fois ; la conjonctive était injectée, l'œil larmoyant. En examinant les choses de près, le lendemain, nous constatâmes une raie opaque sur le cristallin ; puis, peu à peu, nous vîmes le noyau se boursoufler, faire hernie entre les bords de la cristalloïde, et, finalement, s'opacifier lentement dans sa totalité. Il s'est produit là une cataracte.

Vous ne trouverez pas, messieurs, dans vos traités classiques, la description d'un semblable accident ; c'est tout au plus si quelques auteurs signalent des réactions inflammatoires vives, ayant pu déterminer dans un cas la suppuration et la perte de l'œil (Mooren). C'est pourtant la seconde fois qu'il m'est donné de voir survenir cet accident.

Le premier malade sur lequel je l'observai, il y a un an et demi, était un homme jeune, auquel je pratiquai une double iridectomie pour l'établissement d'une pupille optique. Le premier œil opéré avait donné un bon résultat; sur l'autre œil, l'iridectomie ne détermina pas d'accidents immédiats, mais, petit à petit, il se forma une opacité cristallinienne. Chez cet homme, le boursouflement du cristallin amena de l'iritis, je dus faire l'extraction du cristallin. Cette opération, devenue nécessaire, constituait une complication grave, elle rendait impuissante la congruence des rétines, par la présence d'un foyer fixe d'un côté, d'un foyer mobile de l'autre, d'où il suit que les conditions de vision binoculaire sont impossibles.

Chez cette jeune fille, nous avons assisté à l'évolution du même accident. Le mécanisme matériel en est facile à saisir : la cristalloïde est, comme vous le savez, extrêmement délicate, elle se déchire avec la plus grande facilité et une fois déchirée, permet aux tumeurs de l'œil de baigner le cristallin et de l'opacifier. Quand on pratique l'iridotomie, il est extrêmement difficile de passer les ciseaux sans léser cette enveloppe ; du reste, quel que soit l'instrument introduit dans l'œil, si l'on touche la cristalloïde, on s'expose à cet accident. Avec l'iridectomie, le danger est plus facile à éviter, mais il est encore possible.

(1) Voir les nos 30, 31 et 34.

Est-ce là ce qui nous est arrivé? je puis affirmer d'une façon absolue qu'il n'y a rien eu de semblable et le témoignage de mes aides me confirme dans la pensée que la lésion n'a pas pour cause une blessure de la cristalloïde pendant l'opération. En effet, nous avions ici beaucoup de place et l'iris était normal ; l'introduction du couteau lancéolaire coudé a été faite comme d'habitude et sans qu'il se soit écoulé d'humeur aqueuse à l'entrée du couteau. Je puis absolument assurer qu'il n'y a pas eu piqûre de l'iris; or je n'ai pas introduit d'autre instrument, j'ai laissé l'iris faire hernie spontanément et je l'ai excisé ensuite. Il n'y a donc pas eu, vous le voyez, de fausse manœuvre opératoire.

Comment pouvons-nous alors expliquer cette lésion ? Une hypothèse très-rationnelle se présente immédiatement : je suppose qu'on pratique une pupille artificielle chez un individu atteint d'iritis ancienne, ayant des déformations de l'iris et surtout des synéchies postérieures qui se trouvent en rapport avec la zonule de Zinn et qui ont adhéré légèrement au ligament du cristallin. Il est facile de comprendre qu'en excisant l'iris chez ce sujet, vous exercerez des tractions qui déchireront la cristalloïde. Mais chez ces individus, on n'a pas de hernie spontanée de l'iris : cette hypothèse ne peut donc pas s'appliquer à notre malade.

On ne peut pas davantage admettre ici l'hypothèse d'une irido-choroïdite antérieure qui suffirait parfaitement pour déterminer la cataracte; notre malade n'avait ni douleurs, ni troubles fonctionnels, rien qui puisse faire penser à cette complication.

Reste une troisième hypothèse, à laquelle je me rattache volontiers, en attendant une explication meilleure. Au moment où l'on pratique l'iridectomie, on pratique par cela même une déplétion de l'œil qui est suffisante pour que, dans un certain nombre de cas (15 fois sur cent) on ait observé des hémorrhagies du fond de l'œil. Ce chiffre, si l'on ne prend que les iridectomies optiques, est certainement très-exagéré; mais si l'on y fait entrer les iridectomies antiphlogistiques pour glaucomes ou autres lésions, il donne assez bien la moyenne des accidents.

L'équilibre matériel est donc rompu; il y a alors de la part du cristallin une tendance à changer de place ; l'absence ou tout au moins la diminution de quantité d'humeur aqueuse, l'excision de l'iris tendant à modifier les conditions normales et à permettre des mouvements intempestifs de la lentille et par suite des variations de pression qui occasionnent la déchirure de son enveloppe. Etant admise la facilité avec laquelle la cristalloïde peut se rompre, je ne vois pas pourquoi l'on se refuserait à admettre la cause que je viens d'indiquer. Il est bon de se rappeler aussi que les douleurs ont été plus vives que d'habitude et qu'il y a eu par conséquent un certain degré d'inflammation qui a pu favoriser la lésion.

Un précepte qu'il est bon de ne négliger dans aucun cas d'iridectomie est le suivant; il a du reste été formulé par tous ceux qui s'occupent d'ophthalmologie : quand vous ferez une pupille artificielle antiphlogistique, faites une incision large, pratiquez une grande pupille ; plus vous enleverez, plus vous atteindrez le but de votre opération, c'est-à-dire d'amener une diminution de la tension oculaire; si, au contraire, vous faites une pupille optique, faites-là très-petite ; vous troublerez ainsi beaucoup moins les conditions statiques de l'œil.

En présence de cet accident, que devons-nous faire? L'opacité s'est étendue graduellement, le cristallin s'est déplacé et aujourd'hui l'opacité occupe la moitié du champ pupillaire nouveau. Si nous avions des accidents d'iritis, de cyclyte, l'indication serait d'agir immédiatement. Mais la malade ne présente aucun danger actuel semblable ; nous pouvons dès lors espérer, vu son âge, voir se résorber, sous l'influence de l'humeur aqueuse, les parties boursoufflées et opacifiées du cristallin. Il se fait dans ce cas une production incessante d'un état pathologique dont la disposition s'établit d'une façon graduelle et constante. Nous aurons là le même phénomène que l'on cherche à obtenir, en pratiquant la discision pour les cataractes infantiles.

— Je pensais, Messieurs, n'avoir pas à intervenir dans ce cas et je comptais sur le jeune âge de la malade pour voir s'effectuer la résorption spontanée du cristallin; il n'en a rien été. Un mois après l'apparition des premiers accidents, le cristallin formait encore dans la chambre antérieure et dans le nouveau champ pupillaire des masses blanchâtres étendues en couches plus ou moins irrégulières, ne provoquant aucune douleur, aucun signe d'iritis. L'éclairage oblique permettait de constater également, en arrière de ces masses des opacités plus fines produites par les débris de la cristalloïde. Comme cet état menaçait de devenir permanent, je résolus d'enlever le cristalin et c'est ce que j'ai fait l'autre jour, en usant de la méthode d'extraction linéaire, dont le second temps m'était évité par l'iridectomie antérieure. Au moyen du kystitome, je déchirai les lambeaux de la capsule et de douces pressions avec la curette facilitèrent l'issue du cristallin fragmenté. A ce moment, je m'aperçus que je m'étais peut-être un peu hâté d'intervenir, je dis peut-être, car le travail de la résorption pourrait bien être en réalité complétement arrêté; vous vous rappelez en effet que des examens répétés ne nous faisaient pas constater les moindres changements dans l'état de l'œil. Néanmoins, il y avait eu une partie du cristallin résorbée ; la masse que nous avions extraite ne représentait certainement pas la totalité de l'organe normal.

Les suites furent bonnes, sauf un inconvénient léger contre lequel nous luttons encore ; il reste dans le champ pupillaire quelques débris de la capsule, débris qui n'ont pu être enlevés à cause de leur adhérence. Ils forment là une espèce de barre transversale qui gêne notablement la vision ; à l'aide de l'aiguille à cataracte nous tenterons de déchirer ces lambeaux et de permettre ainsi la vision aussi complète qu'elle peut exister dans un œil privé de son cristallin.

CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. **HAYEM**, agrégé, suppléant M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PARIS, externe du service.

TROISIÈME LEÇON. — 5 décembre 1874.

Messieurs,

Après des hésitations bien légitimes, M. Gosselin est décidé à tenter aujourd'hui l'amputation de la cuisse chez la malade qui était couchée dans notre service au n° 17 de la salle Sainte-Madeleine et qui est atteinte d'une gangrène de la jambe.

Cette jeune fille âgée de 23 ans, habituellement bien portante, est infirmière. Elevée à la campagne, après être restée deux ans dans les hôpitaux d'Amiens, elle vint à Paris il y a quelques années et fut employée dans divers hôpitaux. Le 15 février dernier elle a quitté l'hôpital Saint-Antoine, où elle avait donné à elle seule les soins nécessaires à trois malades atteints de la fièvre typhoïde, et elle est entrée à la Charité.

Dès son arrivée dans notre service en qualité d'infirmière, elle fut prise de maux de tête continus qui étaient surtout violents vers le soir. Bientôt l'insomnie, l'anorexie, de légers frissons et des sueurs nocturnes vinrent s'ajouter à son état de malaise.

Le 24 février, ces symptômes s'aggravant, elle dut prendre le lit. Elle avait ressenti la veille des frissons plus forts que les jours précédents, la langue était large et saburrale, l'appétit nul, la soif vive ; les garde-robes peu abondantes étaient diarrhéiques. La peau était chaude, le pouls ample et fréquent (100 pulsations) et le soir la température s'éleva à 40°,2. A partir de ce moment la malade présenta tous les signes d'une fièvre typhoïde. Vous avez pu suivre pas à pas avec nous l'évolution de cette maladie. Permet-

(1) Voir les n°s 29, 30, 32, 33, 35 et 39.

tez-moi donc de ne vous en rappeler ici que les traits principaux.

La marche de la température, si importante à considérer, en pareil cas, a été tout à fait caractéristique. C'est pendant le premier septénaire qu'elle a atteint son maximum, soit 40°,6 et rarement elle a dépassé le soir 40°. Il n'y a donc pas eu à proprement parler d'hyperthermie.

Du côté du tube digestif vous avez pu observer tous les symptômes habituels.

La langue, d'abord saburrale, est devenue plus tard un peu sèche et brunâtre. L'appetit est resté nul pendant longtemps, le ventre était légèrement ballonné et un peu sensible ; le 6e jour il y avait un gargouillement manifeste dans la fosse iliaque droite et la diarrhée est restée abondante jusque vers la fin de la maladie.

Vers le 3 mars, soit le 11e jour, nous constatâmes une éruption de taches roses lenticulaires, survenant à son époque habituelle ; ces taches ont été peu nombreuses, mais très-nettes. La congestion pulmonaire, qui ne fait d'ailleurs défaut que dans les cas extrêmement légers, s'est accusée par quelques râles d'abord sibilants et plus tard muqueux ; mais elle a été peu intense. Au contraire les phénomènes nerveux ont été assez marqués. Outre la céphalalgie intense du début nous avons noté des vertiges, des bourdonnements d'oreille, un peu de surdité, et de l'insomnie avec agitation la nuit.

La malade présenta en outre pendant plusieurs jours un peu de subdélirium et quelques soubresauts des tendons. Malgré ces derniers symptômes, la maladie n'a jamais offert les caractères de la forme grave dite ataxo-adynamique. En somme, il y avait une prédominance marquée des phénomènes abdominaux et il s'agissait certainement d'une fièvre typhoïde à forme abdominale, d'intensité moyenne.

Selon notre habitude, nous avons fait avec soin l'examen du cœur pendant tout le cours de la maladie. Je vous montrerai bientôt que les renseignements que nous en avons tirés ont encore ici une importance particulière.

Jusqu'au 3 mars, nous n'avons rien trouvé d'anomal. Ce jour-là, à la visite du matin, nous trouvâmes pour la première fois un très-léger murmure à la pointe et au premier temps. Le 7 mars, le souffle s'entendait jusqu'à la base, en conservant un timbre doux, et il existait en même temps un souffle intermittent dans les vaisseaux du cou.

Le 14 mars est survenu un affaiblissement notable du premier bruit, et la succession des bruits du cœur a pris assez nettement les caractères du rhythme fœtal.

C'est le 5 mars que les complications du côté des membres inférieurs ont débuté. A cette époque, c'est-à-dire le 13e jour de la fièvre typhoïde, la malade accusa de vives douleurs dans la jambe et le pied gauches en même temps qu'une sensation de froid au niveau du pied et, au toucher, on trouvait déjà une différence sensible entre les deux côtés. Le lendemain, les douleurs étaient extrêmement vives et la plus légère pression était intolérable ; la peau de la jambe et du pied était d'une sensibilité tout-à-fait exagérée. En même temps le refroidissement du pied était devenu encore plus sensible et on trouvait vers la partie inférieure du mollet une sorte d'induration profonde et diffuse, au niveau de laquelle les douleurs étaient encore plus vives que dans les autres points. Les jours suivants cet état de souffrance persista, les douleurs spontanées étaient fortement augmentées par les mouvements passifs, l'hyperesthésie cutanée était toujours vive et la motilité paraissait d'autant plus diminuée que la malade n'osait pas même remuer le bout du pied de peur de provoquer des douleurs. La température du pied gauche diminuait de jour en jour ; au niveau des orteils la peau était pâle, tandis qu'elle prenait une teinte ecchymotique au niveau du coude-pied et de la partie inférieure de la jambe.

En même temps les battements de l'artère pédieuse étaient devenus insensibles ainsi que ceux de la poplitée. La tuméfaction du mollet constatée dès le début de ces accidents devint considérable ; mais il était difficile de la délimiter exactement, tant la sensibilité était grande en ce point.

Tel était l'état de la malade le 11 mars. Depuis cette époque les douleurs ont persisté, mais avec une intensité variable et tous les phénomènes qui caractérisent la gangrène sèche se sont succédé sous nos yeux. Après les taches ecchymotiques et le refroidissement du membre vous avez vu se former des plaques anesthésiques sur lesquelles ont apparu des phlyctènes.

Le pied et la jambe, d'abord très-gonflés, ont été marbrés de lignes bleuâtres, violacées, circonscrivant le bord des orteils et suivant le trajet des veines.

Au-dessous des phlyctènes et autour d'elles, la peau a pris une couleur d'un violet intense et s'est momifiée en plusieurs points ; déjà le 19 mars les orteils avaient sensiblement diminué de volume et leur peau était ridée et comme raccornie.

D'ailleurs peu de temps après la disparition des battements de la pédieuse et de la poplitée, on a constaté la disparition des battements de la crurale. Ainsi, le 14 mars, une exploration faite avec soin n'a pas permis de retrouver nettement un seul battement artériel, depuis le pli de l'aine jusqu'au pied.

Le stéthoscope appliqué sur le trajet de l'artère crurale ne laissait percevoir aucun bruit, cependant l'instrument était encore légèrement soulevé. Du 20 au 25 la gangrène s'accentua nettement en revêtant la forme sèche ; les douleurs se calmèrent un peu et on vit apparaitre un cercle d'élimination qui passait en avant par le tiers supérieur de la jambe et remontait en arrière à la partie inférieure du creux poplité.

Jusqu'alors tout s'était passé du côté gauche, et l'on n'avait encore rien observé de particulier dans le membre droit. Mais, à ce moment, on s'aperçut que l'artère pédieuse de ce côté n'était plus sensible et que les battements avaient également disparu dans la poplitée et la crurale. De temps en temps la malade éprouvait des élancements douloureux, les mouvements étaient pénibles et la sensibilité cutanée fort exaltée.

Tout le membre avait d'ailleurs une teinte anémique et il était plus froid au toucher que le reste du corps. Cet état est resté le même dans ces derniers jours, et il ne s'est formé, de ce côté, qu'une très-petite eschare au niveau du talon dans le point qui repose sur le lit.

Malgré des phénomènes locaux aussi graves, la maladie a d'abord suivi une marche régulière, et il s'est produit une défervescence manifeste. Vers le 24e jour, la température tomba à 37°,4, puis oscilla entre 36°,8 et 37°,8. L'appétit revint un peu ; la langue reprit un aspect normal ; cependant la diarrhée persista.

Le 27e jour de la maladie, la température remonta le soir à 39°, puis, deux jours après, elle arriva à 39°,8 (21 mars), et cette exacerbation fébrile coïncida avec la poussée d'anémie locale constatée du côté droit. A ce moment l'extension de la gangrène à droite paraissait imminente ; l'état général fléchissait. Cependant, du côté gauche, la limite supérieure de la gangrène se circonscrivait nettement par un cercle inflammatoire ; et depuis, l'état de notre malade s'est peu modifié.

Du 36e jour de la maladie au 37e, (29 mars), la température tomba de 39°,8 à 37°,8, et à partir de ce moment, l'état général s'améliora. La partie gangrénée, du côté gauche, laissa écouler un liquide fétide et le cercle de délimitation s'accentua de plus en plus.

C'est là, Messieurs, un exemple de gangrène survenue pendant le second septénaire d'une fièvre typhoïde. Ce fait est rare et intéressant, mais non sans précédents.

En effet, Virchow et Stich en ont noté des exemples dans l'épidémie de la Silésie supérieure en 1849. D'autres ont été rapportés par Magnus Huss et par von Franque. En 1857, M. Bourgeois, [1] en a observé deux cas.

Chez la jeune fille de 1[illegible] ans qui fut le sujet de sa première observation, survint, vers le 12e jour d'une fièvre ty-

1. Ar[illegible] générales de mé[illegible].

phoïde légère, une vive douleur dans la jambe droite, qui ne présentait, d'ailleurs, ni rougeur, ni gonflement, mais qui devint plus froide que la gauche, en même temps que la motilité et la sensibilité diminuaient.

Bientôt, le membre devint tout à fait froid : après avoir pris une teinte gris terne, la peau devint rouge cuivré, puis violette. La sensibilité disparut complétement, et il se forma une zone circulaire qui embrassait la jambe en s'étendant de la tubérosité du tibia au tiers supérieur du mollet, et délimitait nettement la partie gangrénée.

Après ce travail d'élimination, l'état général s'améliora, le pouls perdit de sa fréquence, l'appétit et le sommeil revinrent. Cependant, les orteils et le pied s'étaient desséchés, et les parties molles commençant à laisser les os à nu, on donna un trait de scie à deux centimètres de la surface de la plaie, et au bout de six mois la malade sortit guérie de l'hôpital.

Dans la seconde observation de M. Bourgeois, l'issue de la maladie fut moins heureuse. Il s'agissait d'un jeune garçon de 12 ans qui était atteint de fièvre typhoïde lorsque l'un des pieds présenta tous les symptômes de la gangrène. La maladie s'étendit ensuite au côté opposé. On temporisa comme dans le cas précédent; mais après 9 mois de vives souffrances, l'enfant succomba. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

La plus importante de toutes les observations de ce genre me paraît être celle de M. Bourguet (d'Aix) (*Gaz. hebdomadaire*, 1861). Elle offre avec la nôtre une analogie bien frappante.

Le malade de M. Bourguet était un jeune militaire de 23 ans. Il fut pris de tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave vers le 3 décembre 1859. Jusqu'au 24 décembre, la maladie fut caractérisée par les signes les plus nets : au début, malaise général, fatigue, brisement des membres, selles liquides, céphalalgie ; plus tard : météorisme, prostration générale, toux, fièvre continue, hébétude, aridité de la langue, douleur et gargouillement de la fosse iliaque droite ; enfin, stupeur, délire, surdité, taches rosées lenticulaires, langue noire, fuliginosités des lèvres et des gencives, coma, carphologie.

La maladie était en voie de défervescence, lorsque le 5 janvier, sans cause appréciable, le malade fut pris tout à coup d'une douleur à la jambe droite, en même temps que d'engourdissement et de sensation de froid dans les orteils et dans le pied.

Les jours suivants la tuméfaction de la jambe augmenta, et, bien que l'état général restât bon, les orteils prirent une teinte violette et se refroidirent. Bientôt la gangrène envahit tous les orteils et il se forma une tumeur fluctuante de la jambe, dans le point où la première douleur apparut.

M. Bourguet pratiqua, à ce niveau, une incision qui donna issue à un pus phlegmoneux mêlé de sang et fut suivie d'une hémorrhagie. Malgré cette opération, la gangrène fit des progrès incessants en présentant la forme sèche, l'état général s'aggrava et le malade succomba dans l'adynamie le 31 janvier.

Pendant le cours de ces accidents, on avait noté la disparition des battements dans l'artère tibiale postérieure et leur affaiblissement dans la pédieuse et la poplitée. Les battements de l'artère crurale sont restés distincts jusqu'au dernier moment.

A l'autopsie on trouva les lésions intestinales de la fièvre typhoïde en voie de réparation ; la dissection des artères de la jambe gangrénée fit découvrir une oblitération très-étendue, et paraissant déjà ancienne, de l'artère tibiale postérieure et de la partie inférieure de la poplitée. Les artères tibiale antérieure et péronière étaient également oblitérées à leur origine par des caillots plus récents.

Ces vaisseaux n'offraient, d'ailleurs, aucune lésion appréciable à l'œil nu, le cœur et le reste du système vasculaire furent également regardés comme sains ; mais l'auteur avoue lui-même que cette partie de l'examen nécroscopique a été fait un peu superficiellement.

Vous trouverez encore un petit nombre d'observations du même genre.

Trousseau (*Clinique médicale*) en rapporte une qui lui a été communiquée par son chef de clinique, M. Blondeau. Elle concerne un jeune garçon de 10 ans qui fut atteint de gangrène du pied pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave. Amputé par Guersant, l'enfant quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Enfin, dans un travail intéressant sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, publié en 1863 (*Arch. gén. de méd.*), par M. le docteur Patry (de Sainte-Maure), on trouve une observation de gangrène des membres inférieurs, remarquable par la coïncidence des deux formes de gangrène sur le même membre.

La gangrène sèche occupait le pied et la jambe, la gangrène humide avait envahi la cuisse qui était tuméfiée, violacée et dont l'épiderme se détachait sur plusieurs points.

A l'autopsie, on trouva l'artère crurale plus volumineuse qu'à l'état normal et complétement oblitérée à sa partie supérieure par des caillots non friables et non adhérents ; dans le creux poplité les caillots étaient plus durs, plusieurs adhéraient à la membrane interne. La paroi de ces artères, rouge et épaissie, avait perdu son élasticité. On trouva, de plus, la veine crurale également oblitérée.

Le même auteur rapporte encore l'histoire d'un jeune malade chez lequel, vers le vingtième jour d'une fièvre typhoïde, survint une gangrène de l'oreille et des régions parotidienne et temporale.

Le sphacèle s'étendit ensuite au front, aux deux paupières et à la joue. A l'autopsie on trouva encore une oblitération artérielle, qui siégeait dans l'artère carotide externe. — Les veines jugulaires étaient intactes. (*A suivre*)

Rage humaine. Traitement par le jaborandi. Mort. Lésions de la protubérance, du bulbe et du cerveau ;

Par **F. BALZER**, interne des hôpitaux.

La nommée D..., âgée de 38 ans, blanchisseuse, demeurant à Boulogne (Seine), entre le 8 avril 1875, au n° 13 de la salle Sainte-Paule, dans le service de M. Duguet, suppléant M. le professeur Axenfeld. Elle raconte qu'elle avait fréquemment la pituite le matin ; son sommeil était troublé par des cauchemars ; elle tremblait beaucoup. Elle ne s'enivrait jamais, mais elle avait l'habitude de boire du vin blanc, à jeun, avant d'aller à son travail, et elle prenait souvent de l'eau-de-vie après ses repas.

Le 21 février, elle fut mordue au nez par un petit chien noir qui était chez sa voisine, et que celle-ci était chargée de soigner. Le chien qu'on avait confié à cette femme, à cause de ses allures suspectes, s'élança au visage de la malade au moment où elle se baissait pour le regarder. Une demi-heure après, la plaie fut cautérisée par un médecin, à l'aide d'un liquide dont la malade ne peut indiquer la nature d'une façon certaine (ammoniaque?) Des croûtes se produisirent rapidement ; au bout de quinze jours, la cicatrice était complète. La malade se sentait, du reste très-bien, elle éprouvait seulement de temps en temps des douleurs au niveau de la morsure. Elle était inquiète, triste, et exprimait souvent ses craintes, malgré les plaisanteries de ses compagnes. Le chien qui l'avait mordue fut abattu quelques jours après l'accident.

Le 5 avril, la malade est plus agitée que de coutume, elle éprouve des douleurs assez vives au niveau de la morsure ; elle parvient cependant à travailler pendant toute la journée, comme d'ordinaire, au bord de la Seine. Le 6, elle fait encore son ouvrage, mais avec beaucoup plus de peine. Les douleurs sont devenues plus intenses. Vomissements bilieux et alimentaires. Le 7, son état était considérablement aggravé : elle a été très-agitée pendant toute la nuit. Elle se rend encore le matin à son travail ; à la suite de nouveaux vomissements, elle se rend chez un médecin, qui lui prescrit une infusion qu'elle prit avant de se coucher, ainsi qu'un peu de soupe. Le médecin vient la voir avec le commissaire de police, et lui présente un verre d'eau sucrée qu'elle par-

vient à boire, mais non sans de grands efforts et de vives souffrances. Le médecin faisait en même temps l'application de cataplasmes sur les points douloureux. Après cette visite. l'oppression devient très-intense : elle reste au lit toute la journée. Impossibilité de prendre la potion prescrite. Nuit très-tourmentée ; la malade se lève à chaque instant, va et vient dans sa chambre.

Le 8, son transport à l'hôpital est décidé. En passant devant la cascade du bois de Boulogne, elle est prise tout à coup d'une violente agitation : on est obligé de la maintenir dans la voiture. Elle arrive à onze heures à l'hôpital Beaujon. A ce moment, la malade est calme, et répond avec netteté aux questions qu'on lui adresse. La morsure a porté sur le côté gauche du nez, partant de la ligne médiane, et passant au-dessus de la narine gauche pour aller atteindre le sillon naso-génien. On voit très-bien la trace des crocs des mâchoires supérieure et inférieure de l'animal. La cicatrice a la forme d'un double fer à cheval, dont les extrémités se rejoignent ; elle est légèrement pigmentée. Des élancements douloureux s'irradient vers le front du même côté et vers la gorge. Elle ressent même une douleur légère dans tout le côté gauche. La langue est humide, normale ; pas de lysses, pas de salivation ; la respiration est calme, le pouls lent, régulier, un peu vibrant. A l'auscultation du cœur, on entend un bruit de souffle doux, aspiratif, ayant son maximum à la base. Constipation habituelle. Les vomissements ont cessé ; elle n'a pas été à la selle depuis le 4 avril. Elle n'a pas ses règles depuis deux mois.

La malade est désagréablement impressionnée par les courants d'air. La vue des objets brillants ne lui produit aucun effet. Les yeux sont largement ouverts, le regard fixe, avec une expression farouche ; les pupilles sont normales. La vue et l'ouïe sont normales, ainsi que le goût. L'odorat est perverti : elle sent des odeurs qui l'incommodent. La peau est fraîche, légèrement en moiteur ; sa sensibilité est conservée. Elle raconte qu'elle a un peu souffert au niveau des ganglions sous-maxillaires à gauche. Elle éprouve actuellement un peu de difficulté pour avaler sa salive. Pas de rougeur au pharynx. Pas de raucité de la voix.

On prescrit une infusion de 4 grammes de jaborandi, une heure après son entrée. La malade ne peut la prendre dans un vase, elle la boit par cuillerées, en se précipitant brusquement sur la cuiller. Après avoir avalé, elle se rejette sur le côté, en évitant de regarder le liquide, et suppliant qu'on ne continue pas de la faire boire ; les tentatives déterminent plusieurs spasmes violents des muscles inspirateurs, qu'elle a déjà éprouvés, lorsqu'un médecin a voulu la faire boire. Elle éprouve des douleurs assez vives, de chaque côté, à la base de la poitrine. Quelques minutes après l'administration du médicament, elle sent une légère sueur froide. Pas de salivation. Le pouls est à 80, la température axillaire à 37°,4.

2 heures de l'après-midi. — Pas de salivation. Un peu de moiteur de la peau. Spasmes lorsqu'on ouvre la porte de la chambre, ou lorsqu'on lui parle de boire. Injection de 0,002 centigrammes de morphine. Sinapismes sur les côtés.

4 heures. — Lavement avec 4 grammes de jaborandi, que la malade garde pendant une heure. Le lavement est suivi d'une transpiration abondante et d'une salivation légère.

6 heures 1/2. — Fatigue, brisement des membres. Elle est calme, le regard a une expression moins farouche. Elle redoute toujours qu'on la fasse boire. L'impression de l'air semble moins l'affecter. Elle se plaint de petits frissons qui la parcourent. Elle a un ou deux spasmes ; température axillaire : 37°.

8 heures 1/2. — Même état. Les sueurs ont cessé. La lumière la gêne beaucoup. Injection sous-cutanée de 0,03 centigrammes de morphine.

9 *avril.* — Nuit très-agitée. Plusieurs fois elle s'est levée pour marcher dans sa chambre ; elle a été obligée de se recoucher, parce qu'elle se sentait trop faible. Elle a essayé de boire un peu, mais cette tentative a déterminé des spasmes violents, dont elle a été plus d'une demi-heure à se remettre. Pourtant, l'expression de la physionomie est assez calme, les douleurs ont cessé au niveau de la cicatrice. La vue des objets brillants ne l'effraie pas. Elle voudrait essayer de manger ; mais à la seule pensée qu'on puisse la faire boire, elle est prise de nouveau d'un spasme violent : du reste, ces spasmes sont plus fréquents qu'hier, à la suite de chacun d'eux, elle expectore un crachat épais. Pour la première fois, elle parle du chien qui l'a mordue, disant qu'elle espère qu'il n'était pas enragé. Elle se plaint toujours de ses douleurs dans les côtes. La langue est humide, légèrement blanche, la bouche pâteuse ; la parole est entrecoupée. Elle éprouve à la tête une sensation de froid. T. axillaire 38°,2. Pouls : 80.

11 heures. — La malade a supporté assez bien les nombreuses visites qu'on lui a faites ce matin : du reste, elle demande qu'on laisse entrer tout le monde, et qu'on ne la laisse jamais seule. On lui parle de nouveau de boire avec un tube, sans qu'elle puisse voir le liquide, elle s'y refuse avec terreur. Idées de persécutions : elle accuse son médecin, prétendant que c'est lui qui l'a rendue malade en mettant quelque chose dans le verre d'eau sucré qu'il lui a fait prendre. La peau est légèrement humide, la sensibilité est toujours normale. M. Duguet prescrit un lavement avec 4 grammes de jaborandi.

Midi. —Injection de 0,03 centigrammes de morphine ; on parvient avec assez de peine à lui faire prendre son lavement.

4 heures. — Une salivation abondante a commencé presque aussitôt après le lavement ; elle a mouillé plusieurs mouchoirs, et une alèze. Sueur peu abondante. L'injection de morphine semble l'avoir calmée. Pourtant elle continue à parler sans cesse ; elle accuse son médecin. Elle a des hallucinations de la vue ; quand plusieurs personnes viennent la voir, elle croit les reconnaître et se dresse pour les appeler. Elle croit qu'on rit d'elle, il lui semble que ses mains blanchissent, que ses crachats sont rouges. Les spasmes ont été très-rares depuis le lavement. Mais elle fait parfois des inspirations longues et profondes. On lui donne un second lavement avec 3 grammes de jaborandi, à la suite duquel la sueur apparaît rapidement.

6 heures 1/2. — La malade est entrée dans une grande colère contre deux personnes qui lui avaient proposé une orange : elle est encore vivement surexcitée. La salivation continue. L'oppression a disparu. Elle dit qu'elle ne souffre plus du tout, et qu'elle ne tardera pas à demander des aliments et des boissons. L'expression de la physionomie est un peu égarée.

7 heures 1/2. — L'agitation a augmenté. Son langage est un peu incohérent. Elle ressent de nouveau des douleurs dans les côtes, et réclame des sinapismes qu'elle pose elle-même sur les points douloureux : l'impression de l'eau froide ne détermine pas de spasme. La salivation continue. Injection de 0,03 centigrammes de morphine. A 10 heures 1/2, la salivation cesse.

Vers 11 heures, la malade est prise d'une agitation violente. Les spasmes deviennent nombreux et de plus en plus intenses ; c'est à peine si elle peut respirer. Elle se lève, veut s'en aller : plusieurs personnes parviennent avec les plus grandes difficultés, à lui poser la camisole, et encore arrive-t-elle dans ses efforts à se détacher en partie. Loquacité intarissable, délire toute la nuit. Elle meurt subitement dans un spasme, à 5 heures moins un quart.

Autopsie. — Les plèvres sont saines ; les bronches très-congestionnées sont remplies d'une écume abondante. Le poumon droit congestionné dans toute son étendue, présente à sa surface plusieurs plaques anémiées ; la coupe laisse écouler une quantité considérable de sérosité. Le poumon gauche a un aspect analogue, mais les lobules anémiés sont plus nombreux.

Cœur. — Les cavités sont remplies de caillots noirs, de formation récente. Le cœur gauche est un peu hypertrophié. La valvule mitrale est saine ; les valvules aortiques sont athéromateuses, leurs nodules sont considérablement épaissis et indurés. Elles laissent passer l'eau de l'aorte dans le ventricule gauche. L'aorte, non dilatée, présente de nombreuses plaques d'athérome.

Foie congestionné, de volume normal. Vésicule biliaire rem-

plie de bile. Les reins sont congestionnés; leur capsule s'enlève avec difficulté. Leur surface présente un aspect chagriné. Leur volume est normal. L'examen microscopique a démontré plus tard l'existence d'une néphrite interstitielle à son début. La rate est petite, sa coupe ne présente rien de particulier.

L'utérus est augmenté de volume dans tous ses diamètres, et principalement dans son diamètre vertical. Sa muqueuse est très-congestionnée; les trompes sont dilatées, remplies d'un liquide couleur chocolat.

L'estomac renferme une grande quantité de mucus; sa muqueuse est rouge. L'intestin grêle est rempli de bile.

Les méninges cérébrales sont saines, en apparence. Le cerveau ne présente, à l'œil nu, d'autre altération qu'un piqueté assez abondant de la substance blanche. Les autres parties de l'encéphale ont été examinées par M. Gombault, qui m'a remis à ce sujet la note suivante :

Les pièces qui m'ont été remises par M. Balzer sont le bulbe rachidien, la protubérance, le cervelet. Après quelques jours de macération dans le liquide de Muller, les petits fragments de substance, pris dans ces différents organes, ont été examinés par dilacération. Cet examen ne m'a permis, jusqu'à présent, de reconnaître d'altération manifeste que sur les vaisseaux sanguins. Cette altération consiste dans une accumulation considérable de leucocytes dans la gaîne lymphatique de ces vaisseaux.

Dans certains points, les leucocytes sont assez nombreux pour masquer complétement le vaisseau et distendre sa gaîne de place en place — d'où résulte l'aspect moniliforme du vaisseau, — ailleurs, au contraire, les globules blancs, moins nombreux, se disposent en deux rangées parallèles qui bordent de chaque côté le cylindre sanguin. De loin en loin, et surtout au niveau de la bifurcation des vaisseaux, ils forment de petits amas arrondis ou fusiformes.

L'accumulation de leucocytes dans les gaînes périvasculaires est loin d'être uniformément répandue dans les différentes parties des organes que j'ai examinés. Les vaisseaux du cervelet (pie-mère et substance nerveuse) m'ont paru absolument sains, et dans les régions antérieures du bulbe et de la protubérance, on ne la trouve que sur quelques préparations. C'est au niveau du plancher du quatrième ventricule et plus spécialement dans les parties inférieures, aux barbes du *calamus scriptorius*, qu'elle atteint tout son développement. (Voir page 522.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'association française pour l'avancement des sciences.

Nous avons donné dans les deux derniers numéros du *Progrès médical* un compte rendu aussi complet que possible des travaux présentés à la section de médecine, nous demanderons aujourd'hui à nos lecteurs de jeter avec nous un coup d'œil sur l'ensemble de la session, sur l'effet que ces réunions scientifiques sont appelées à produire en province, sur l'accueil fait aux savants par la population.

Nous ne dirons qu'un mot des sections étrangères à la médecine : c'est que toutes ont beaucoup travaillé et que la plupart ont eu des communications remarquables. Les séances de la section d'anthropologie ont été, m'a-t-on dit, des plus intéressantes; on a écouté avec un vif intérêt les développements de M. Broca et de M. Carl Vogt à l'occasion de la présentation d'un jeune idiot microcéphale. — La section de géographie s'est surtout occupée des voyages au pôle nord.

Parmi les travaux dus à des savants Nantais, nous citerons diverses études sur l'amélioration de la basse Loire, ainsi que des travaux d'agronomie et d'économie pratique.

La quatrième session de l'Association Française a été pour la ville de Nantes l'occasion d'une série de fêtes, concerts, illuminations, en général bien réussis et favorisés par le temps.

Le Muséum d'Histoire naturelle, installé dans des nouveaux bâtiments, place de la Monnaie, a été inauguré le jour même de l'ouverture de la session. De plus, on avait installé au foyer du théâtre de la Renaissance un musée archéologique où la plupart des archéologues de notre contrée avaient généreusement apporté leurs richesses. Nous citerons spécialement les magnifiques vitrines de M. le comte de Limur, dont la collection d'objets préhistoriques et de géologie est une des plus belles qu'il y ait au monde. Au milieu d'une foule de curiosités, on était frappé spécialement de l'analogie très-grande des armes de nos ancêtres préhistoriques avec les armes employées de nos jours par les sauvages de l'Océanie.

Toutes ces fêtes et expositions bien organisées ont été dues au moins en grande partie à la bienveillance de l'Administration et surtout de l'Administration municipale qui tenait à faire elle-même aux savants les honneurs de notre ville.

Sauf quelques exceptions tout ce qu'il y a de notable à Nantes a favorisé le Congrès, soit en s'inscrivant comme membre de l'Association soit en permettant la visite des usines, établissements industriels, etc. On a remarqué, que, malgré une invitation formelle, le clergé Nantais s'était tenu complétement à l'écart, ce qui d'ailleurs n'a nullement nui au succès de l'Association.

Quant au gros de la population Nantaise, il a accueilli les fêtes avec plaisir, il s'y est rendu en foule; mais a-t-il porté, un réel intérêt à notre réunion et à nos travaux? Je n'oserais dire que oui. Il faudra encore bien des années avant que le peuple ne comprenne, surtout en province, ce que la science peut faire et fera pour lui. En tout cas, l'Association n'a rencontré partout que de la bienveillance.

J'arrive maintenant au chapitre des excursions qui ont été des plus intéressantes. Quelques-unes ont été faites par les sections isolées, d'autres par l'ensemble du Congrès. Parmi les excursions de sections isolées, je citerai d'abord celle de Grandjouan par la section d'agronomie. Cette section avait été invitée à déjeuner par M. Rieffe, directeur de l'Ecole d'agriculture de Grandjouan. Outre l'Ecole d'agriculture, la section a pu voir avec intérêt une immense exploitation agricole appartenant à M. de la Hay-Jousselin, qui a fait visiter ses terres aux excursionnistes avec la plus grande amabilité.

Les anthropologistes ont fait séparément deux excursions, l'une au lac de Grandlieu, et dans cette excursion s'est renouvelée la ridicule histoire de savants arrêtés par un gendarme; l'autre au Bourg-de-Batz : cette dernière des plus intéressantes. La commune de Batz occupe une presqu'île située entre le Pouliguen et le Croisic; et, bien que ses traits spéciaux commencent déjà à disparaître, les habitants ont conservé un costume et des mœurs un peu particulières. Malheureusement pour le pittoresque, la blouse bleue commence à détrôner l'ancien costume des paludiers.

La commune de Batz est peuplée en majeure partie par quatre ou cinq familles. La population y est très-belle. Les femmes très-vigoureuses travaillent aux marais salants. Il y a une vingtaine d'années beaucoup de ces filles du Bourg-

de-Batz venaient à Nantes où on les désigne sous le nom peu recherché mais expressif de *culs-salés*. Elles se plaçaient chez des boulangers et portaient sur la tête d'énormes charges de pain.

Au point de vue biologique, il est à remarquer que les mariages consanguins n'ont point nui au développement de cette population, et cela confirme l'opinion que je crois la plus répandue parmi les médecins, c'est-à-dire que les mariages consanguins ne sont nuisibles que dans le cas de tare ou de maladie diathésique existant chez les deux conjoints.

L'une des excursions générales a été celle d'Indret, intéressante malgré la pénurie du déjeûner. L'usine d'Indret, qui appartient à la marine nationale et emploie un personnel considérable, a vivement intéressé les visiteurs. Dans la même excursion, on a visité l'usine de Couëron et la forge de Basse-Indre.

L'excursion finale, qui a duré trois jours, a été la seconde excursion générale. Elle a consisté dans la visite d'Auray, Carnac, Plouharnel, Lorient, Belle-Isle, Vannes, Locmariaquer et Gavr'Inis. Pour éviter l'encombrement, l'association s'était divisée en deux sections comptant environ cent membres chacune. Comme monument préhistorique, ce que nous avons vu de plus remarquable est certainement le tumulus de Gavr'Inis (en breton île des chèvres). Toutes les pierres qui composent les parois latérales du dolmen enfoui sous ce tumulus portent des figures singulières, sortes d'hiéroglyphes dont nous ne possédons pas la clef. Pendant le cours des excursions, nous avons entendu les savantes explications de M. Cartailhac (de Toulouse), de M. le Dr Prunières, etc.

Cette excursion considérable, faite en trois jours, n'a pas permis d'étudier longuement les divers monuments de l'âge préhistorique que nous avons visités; mais elle a permis de prendre une idée des lieux où ont été trouvés les trésors archéologiques que l'on peut admirer au Musée de Vannes.

En dehors du point de vue scientifique, je crois pouvoir dire que la plupart des excursionnistes ont été charmés par notre vieille Bretagne, si poétique, si sauvage, si souvent travestie par des gens qui ne la connaissent pas. Quand on vogue sur l'eau bleue du Morbihan, au milieu de ces petites îles qui portent les traces du passage de nos ancêtres, traces que plusieurs milliers d'années peut-être ont respectées, on se sent aller à la rêverie, on voudrait voir renaître ces races disparues, les voir agir, surprendre le secret de ces constructions faites de blocs gigantesques, on se sent entouré d'énigmes....., puis le bateau s'arrête. On arrive dans une petite ville à rues tortueuses, à constructions bizarres, et l'on y trouve la vieille hospitalité bretonne, qui n'est pas un vain mot. Ce vieux sol breton, si fidèle, qui garde si longtemps les traces de ses anciens possesseurs, n'est pas sans analogie avec le caractère des habitants actuels : sauvagerie, entêtement, mais fidélité. Ce dernier caractère est très-prononcé chez le paysan breton, qui résiste à l'envahissement des idées modernes; cependant on le voit céder peu à peu; peu à peu l'instruction pénètre, la vieille langue bretonne est une dernière muraille qui s'écroule, et dans un avenir prochain sans doute, nous verrons la fidélité et la ténacité bretonnes mises au service des idées qui doivent diriger les peuples de l'avenir.

— En se séparant, l'*Association française* a décidé qu'elle se réunirait l'année prochaine à Clermont-Ferrand, et au Havre en 1877. M. Dumas a été nommé président pour l'année 1876.

Dr A. MALHERBE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

De même que les séances précédentes, celle d'aujourd'hui subit l'influence des vacances. C'est à peine s'il y a une trentaine de personnes dans la salle, Académiciens et public. — Malgré cela, la discussion sur la myopie est reprise. M. J. GUÉRIN donne lecture à l'Académie d'une communication qu'il a faite à l'Institut sur la myopie, en 1841. Après quelques remarques de M. Giraldès, l'Académie passe à la discussion du *pansement ouaté*.

M. Alph. GUÉRIN fait sur ce mode de pansement une communication très-intéressante. Nous nous proposons d'en parler avec détails lorsque M. J. GUÉRIN aura, selon sa promesse, présenté un travail complet sur les blessés qu'il a soignés dans les ambulances pendant la guerre de 1870-1871. — MM. Gosselin et Bonnafont donnent quelques renseignements sur les résultats qu'ils ont observés dans leur pratique et la séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

26. Aphasie. Lésion de la troisième circonvolution frontale gauche; par P. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, interne.

La nommée J..., âgée de 54 ans, était depuis le commencement du mois de décembre dans le service de M. Jaccoud pour une insuffisance mitrale avec rétrécissement, quand elle tomba sans connaissance vers le 20 janvier 1875; elle est relevée aussitôt, et transportée dans son lit; elle reprend connaissance en gardant une légère hémiplégie droite qu'elle conserve quelques jours, mais qui ne tarde pas à disparaître complétement · huit jours après elle a des vertiges et elle est sur le point de perdre connaissance de nouveau. Cependant elle se maintient dans cette position. Le cœur est toujours à peu près dans le même état. Le 15 février la malade se réveille ayant complétement perdu la parole; elle ne présente aucune paralysie des membres; il lui est impossible d'articuler les mots; à ce moment elle paraît avoir un certain degré d'hébétude; mais les jours suivants l'intelligence revient à peu près complétement; elle se désole de ne pouvoir exprimer ce qu'elle veut dire; elle prononce quelques mots incohérents. Quand on la presse de dire son nom, elle ne peut y arriver, mais si on en dit la première partie, elle prononce la dernière quoiqu'avec beaucoup de peine. Elle est incapable d'écrire un mot.

Cet état reste stationnaire pendant dix jours environ; à ce moment il y a un léger progrès dans la prononciation; mais à partir du 7 mars l'état général de la malade s'aggrave; elle s'affaiblit rapidement; le pouls devient de plus en plus faible; elle meurt dans la journée du 9 mars.

Cette malade avait déjà eu quelque temps avant son entrée à l'hôpital une première attaque d'hémiplégie qui n'avait pas laissé de traces.

A l'AUTOPSIE on trouve dans le cerveau un ramollissement superficiel bien limité occupant la partie antérieure de la troisième circonvolution gauche, occupant aussi une petite partie du lobule de l'insula. Pas d'autres lésions dans le cerveau. On ne peut retrouver de point obturé dans les branches de l'artère sylvienne.

Infarctus nombreux dans ce poumon, la rate et les reins. Au cœur, les bords de la valvule mitrale présentent un grand nombre de petites végétations polypiformes.

27. Epithéliome cylindrique du rectum; par C. MAUNOIR.

Guedeney François, 65 ans, ébéniste, est apporté à l'hôpital Cochin, service de M. Bucquoy, le 15 mars 1875, au dernier degré de la cachexie cancéreuse.

L'affection a débuté il y a 15 ou 18 mois; c'est à peu près le seul renseignement que le malade puisse donner. Il présente une anasarque généralisée et par le toucher on constate à l'extrémité de l'indicateur porté aussi haut que possible dans le rectum, l'existence du rétrécissement annulaire dur bourgeonnant et saignant facilement. L'anus laisse suinter continuellement une sanie sanguinolente. Le malade meurt le 17 mars.

Autopsie. — *Rectum.* Rétrécissement commençant à environ 8 cent. au-dessus de l'anus, s'étendant sur une hauteur de 5 ou 6 cent. et admettant tout au plus le passage d'une plume d'oie. Surface fongueuse ulcérée, dure. La muqueuse paraît seule intéressée.

Mésorectum. Tissu cellulaire induré et renfermant des ganglions à coque résistante et à contenu formant une bouillie jaunâtre. — Dans une des principales *veines* du méso-rectum on voit un bourgeon rouge adhérent par sa base à la paroi vasculaire et libre par le reste de sa surface dans l'intérieur de la veine, en sorte qu'il devait être constamment battu par le courant sanguin. La paroi veineuse ne semble pas perforée à ce niveau, cependant sa surface externe est en contact en ce point avec un ganglion dégénéré. L'examen micrographique de ce bourgeon intravasculaire et des ganglions n'a pas pu être pratiqué. Dans le reste de l'abdomen, rien à signaler, ni dans les veines, ni dans les lymphatiques.

Le *foie* présente des altérations considérables. Sa surface est irrégulière, bosselée, et on voit un grand nombre de noyaux d'un blanc jaune sous la capsule de Glisson. On en découvre un plus grand nombre, à la coupe, de toutes formes et de toutes grandeurs. L'examen des *autres organes* n'a rien montré d'important. Il s'agit donc ici d'un *cancer du rectum* propagé d'abord aux ganglions du mésorectum, de là aux veines mésaraïques et enfin au foie.

La note suivante m'a été remise par mon collègue et ami, M. Dejerine, qui a fait, dans le laboratoire de M. Vulpian, l'*examen histologique* du rectum et du foie.

Rectum. La couche glanduleuse est détruite dans les points où l'altération est le plus avancée; dans les points qui sont moins malades, on peut reconnaître la nature de l'épithélium qui appartient à la variété cylindrique.

Au-dessous et dans l'intervalle des glandes en tube du rectum, on constate un grand nombre de cavités tubulées tantôt arrondies, tantôt de forme irrégulière; ces cavités formées par un stroma de tissu conjonctif jeune, sont revêtues par une couche d'épithélium cylindrique formant une rangée régulière à l'intérieur de la cavité et implantée perpendiculairement à la paroi. Dans le centre de la cavité on observe des cellules épithéliales en voie de dégénérescence graisseuse. En se rapprochant des parties ulcérées on voit ces cavités se rapprocher de la surface libre du rectum, et leur paroi s'ulcérer.

Foie. Les noyaux, au nombre d'une douzaine, contenus dans le parenchyme hépatique, varient du volume d'une grosse noisette à celui d'une pomme. Ils sont assez nettement, sur une coupe, séparés du tissu hépatique voisin qui les enferme comme une coque; les tumeurs sont blanchâtres, de consistance molle et contiennent un suc blanchâtre. A l'examen microscopique, après durcissement de la tumeur dans la gomme et l'alcool et coloration par le carmin, on observe un grand nombre d'alvéoles circonscrits par un stroma conjonctif. Le stroma de la tumeur est formé par du tissu conjonctif jeune contenant une assez grande quantité de corps fusiformes allongés, ce qui donne au stroma l'apparence sarcomateuse sur certains points.

Les cavités circonscrites par le stroma sont les unes arrondies, les autres de forme irrégulière; toutes présentent la même conformation; elles sont revêtues à leur périphérie par une rangée de cellules épithéliales cylindriques, disposées d'une façon très-régulière, donnant à chacun de ces alvéoles l'aspect d'un cul-de-sac glandulaire vu en coupe. Dans l'intérieur de ces cavités on observe dans quelques-unes des cellules épithéliales de forme irrégulière; dans d'autres, on n'observe au centre que des granulations de nature graisseuse.

Les caractères histologiques de ces tumeurs secondaires du foie, démontrent qu'elles appartiennent comme celle du rectum à l'épithéliome cylindrique.

A la périphérie de chacune de ces tumeurs le tissu hépatique est refoulé et les cellules aplaties les unes contre les autres.

28. Cancer des lobes frontaux. Sclérose primitive du cordon latéral gauche; par M. Baraduc, interne provisoire.

Mme G., âgée de 51 ans, entre dans le service de M. Voisin, à la Salpêtrière, le 14 mars 1873. Le diagnostic est celui de cachexie lypémaniaque.

Comme antécédents, on note depuis 5 ans des douleurs névralgiques occupant la tête et le tronc. La malade perd courage, tombe bientôt dans l'inertie morale et physique. A l'entrée, air hébété, tenue négligée; pupilles égales; la vue, l'ouïe et l'olfaction sont intactes. Les mouvements de la langue sont lents, sans tremblement. Vive hyperesthésie depuis la 5me vertèbre dorsale jusqu'à la 2me lombaire. La vue s'affaiblit surtout du côté gauche.

1873, 30 mai. Raideur des muscles de la partie postérieure gauche du cou persistant quelques jours; la démence existe toujours.

1874, janvier. Adynamie; pas de convulsions ni autres troubles.

15 avril. — Contracture des deux mastoïdiens; la tête est déjetée en arrière; cette contracture ne dure que peu de temps.

1875, janvier. — Contracture des jambes dans la flexion; l'extension est très-difficile à obtenir, même par la pression la plus énergique.

La malade pousse des cris déchirants tant elle souffre. Dès qu'on touche ses mollets il se produit un léger mouvement de flexion, mais qui arrive à un degré tel que les jambes sont parallèles aux cuisses lorsqu'on saisit à pleine main le gros du muscle et qu'on le comprime. La douleur est alors très-vive, la sensibilité au contact et à la douleur sont conservées.

9 mars 1875.— Eschares sacrées nombreuses très-profondes. Mort par infection putride.

Autopsie. — *Cerveau.* — Le cerveau présente dans les lobes frontaux deux tumeurs de nature cancéreuse, situées symétriquement dans chacun des lobes. Elles semblent siéger principalement dans la substance blanche; par leur base elles adhèrent fortement à la dure-mère qui recouvre la lame criblée; elles n'envoient point de prolongement dans les fosses nasales. Par leur sommet, elles arrivent jusqu'à la substance grise des circonvolutions frontales qui paraissent ramollies. Les bulbes olfactifs sont perdus dans les deux masses, les nerfs très-atrophiés. Des vaisseaux nombreux se rendent aux tumeurs et proviennent des cérébrales antérieures et de la communicante antérieure. — La tumeur est un fibro-sarcome vasculaire.

Moelle épinière. Dans la région lombaire, on voit sur une coupe fraîche une teinte grisâtre du cordon latéral gauche, et des cordons postérieurs; la substance grise paraît moins ferme.

Après le durcissement dans l'acide chromique et la coloration des préparations par le carmin, on constate, au microscope, l'intégrité des cordons antérieurs, ainsi que des cornes antérieures, l'état scléreux du cordon latéral gauche dans sa moitié postérieure et avoisinant directement la racine postérieure qui est elle-même atteinte. Le cordon latéral droit est intact.

29. Sarcome angiolithique du nerf optique gauche.— Ablation. — Méningite de la convexité. — Contracture. — Mort; par M. Dusaussay, interne.

V..., Louis, 50 ans, charretier, est entré le 18 février 1875 dans le service de M. le professeur Richet, Salle Sainte-Marthe, n° 33. Cet homme est vigoureusement constitué; il a toujours joui d'une santé excellente, et n'a jamais eu d'affection vénérienne.

Il y a 18 ans, il s'aperçut tout d'un coup qu'il ne voyait pas de l'œil gauche. C'est, raconte-t-il, à la suite de l'extirpation d'une molaire du même côté qu'il constata cette perte de la vision, qui a été absolue depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui. Du reste aucun autre symptôme; le malade ne souffrait pas; l'œil paraissait aussi sain que le droit.

Il n'existait qu'un léger larmoiement qui gênait le malade toutes les fois qu'il s'exposait à un air un peu vif. Cet état

persista, sans changement appréciable, pendant 12 ans. Puis, il y a 6 ans, à l'occasion d'un coup qu'il reçoit sur l'œil gauche, le malade s'aperçoit que cet œil fait une saillie plus grande que le droit. Depuis 6 ans, cette projection en avant a été graduellement en augmentant, lente d'abord, plus rapide depuis 6 mois.

Depuis quelques années le malade ressent dans le côté gauche de la tête des douleurs revenant surtout la nuit, du reste peu régulières et surtout peu vives, si bien qu'il s'en plaint beaucoup moins que de la gêne causée par le contact de l'air sur son œil que les paupières ne peuvent plus recouvrir complétement.— Voici quel est l'état au moment de l'entrée.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est une exophthalmie considérable. Les paupières sont repoussées en avant, écartées l'une de l'autre au point que le globe oculaire presque tout entier fait saillie entre elles. Lorsque le malade contracte son orbiculaire, les paupières se rapprochent un peu, mais laissent encore à découvert toute la cornée et 2 ou 3 millimètres de sclérotique en haut et en bas. L'examen de l'œil lui-même donne les résultats suivants. La sclérotique n'est pas visible; elle est masquée par la conjonctive considérablement épaissie, comme carnifiée, qui forme autour de la cornée un volumineux bourrelet d'un rouge foncé. La surface de cette conjonctive est recouverte d'exulcérations nombreuses. La cornée est transparente, non dépolie, non ulcérée. Les milieux de l'œil sont sains. L'examen opthlhalmoscopique, pratiqué par M. Galézowsky, fait reconnaître comme lésion unique, une atrophie simple et complète de la papille du nerf optique. Ajoutons que le globe oculaire est projeté presque directement en avant, peut-être un peu en bas et en dedans; qu'il est parfaitement mobile. Tous les muscles, les droits et les obliques ont conservé leur action. Le malade porte son œil en bas, en haut, en dedans, en dehors sans difficulté; seulement ces mouvements sont un peu moins étendus qu'à l'état normal.

L'examen direct de l'orbite par la palpation fournit les renseignements suivants: 1° Le globe de l'œil a son volume normal; 2° Le doigt introduit entre le rebord orbitaire supérieur et l'œil arrive profondément à la partie interne de l'orbite, sur une tumeur que l'on ne sent plus dès que l'on ramène le doigt en dehors. La même manœuvre, pratiquée en passant au-dessous de l'œil, donne des résultats presque nuls; cependant on croit retrouver également en dedans la tumeur sentie en haut; du reste cet examen est pénible pour le malade et donne des notions peu nettes. Tout ce qu'on peut dire c'est qu'il existe au fond de l'orbite dans la portion supèro-interne, une tumeur qui parait assez régulièrement arrondie et qui est dure. Dans tous les autres points, l'orbite est parfaitement libre. Il n'existe aucune paralysie du nerf frontal.

Il est difficile de savoir si la sécrétion lacrymale persiste. Il n'y a pas de larmoiement, la conjonctive est sèche, mais la cornée est humide. La narine gauche est libre; pas de sensation de sécheresse de ce côté.

Enfin, on ne note aucun trouble des fonctions cérébrales. A part les douleurs déjà notées, on n'a rien observé. A aucun moment, il n'y a eu de troubles de l'intelligence, du sentiment ou du mouvement.

Bien que rien n'autorise à admettre l'existence de la syphilis, on soumet le malade, comme pierre de touche, au traitement mixte (1 cuillerée sirop de Gibert et iodure de potassium 1 gramme.) Ce traitement, continué pendant 15 jours, ne donnant aucun résultat et le malade demandant à être débarrassé de sa tumeur, on pratique l'opération le 6 mars.

Après avoir séparé les paupières en dehors pour donner du jour et avoir coupé avec des ciseaux la conjonctive sur la paupière supérieure, on décolle les parties molles de l'orbite en rasant le périoste qu'on laisse en place. On arrive sur la tumeur que l'on décolle également sans difficulté; on sectionne le nerf optique et on achève la séparation de la masse entière. On enlève la glande lacrymale qui au premier abord parait n'être qu'un prolongement de la tumeur principale. On bourre l'orbite de charpie et on fait un pansement compressif pour arrêter l'écoulement du sang.

Le 6 et le 7, aucune réaction; état général excellent, seulement, à cause d'une certaine tendance au suintement sanguin, on ne change le pansement que le 8 au matin. La plaie orbitaire a très-bon aspect.

9 *mars*. Hier soir vers neuf heures, sans cause appréciable, le malade est pris de délire avec agitation extrême. Cet état persiste toute la nuit sans rien autre. Ce matin, la plaie a bon aspect; il n'existe aucune trace d'érysipèle, aucun engorgement ganglionnaire. Pas de vomissements depuis le début. Constipation. Déglutition difficile. Respiration inégale, suspirleuse, ralentie (8 à 12 par minutes). Pouls régulier. Rien au cœur ni dans les poumons. L'intelligence est très-obtuse, cependant le malade paraît comprendre encore les questions qu'on lui adresse.

Motilité. Paralysie du bras droit. Quand on soulève ce membre et qu'on l'abandonne, il retombe inerte. Pour le déplacer, le malade le saisit de la main gauche. Les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras et ceux des doigts sont notablement contracturés. L'avant-bras est demi-fléchi et est ramené avec difficulté dans l'extension; les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main.

Il existe une paralysie incomplète de la jambe droite, mais sans contracture. Les mouvements de ce membre sont presque nuls. Pas de paralysie faciale. La pupille droite, contractile, modérément dilatée. A gauche, ni paralysie ni contracture.

Sensibilité très-obtuse sur tout le corps. On peut piquer le malade, le pincer fortement aux bras, aux jambes sans provoquer la plus légère contraction de la face, sans que le malade essaie de se soustraire à la sensation douloureuse. Matin P. 120; T. 39°, 3.—Soir: P. 120; T. 40°, 3. — 15 sangsues; Emétique en lavage.

10. Le malade a eu des selles abondantes à la suite de l'émétique. Il a été moins agité cette nuit. Ce matin, le coma est un peu moins profond, mais le malade ne répond toujours à aucune question. Même état des deux membres droits: toutefois le malade soutient pendant quelques secondes son bras droit en l'air quand on le lui demande, mais il ne peut le lever lui-même. Rien autre du côté de la motilité. Pupilles régulières. Pouls régulier. Respiration inégale (12 à 16). Urine involontairement depuis le début. Le soir, agitation plus vive. M. P. 108; T. 40°,1. — Soir: P. 100; T. 39°, 7. Glace sur la tête.

11. Même somnolence, même paralysie avec contracture du bras droit, même paralysie flasque de la jambe droite. Rien à la face, rien du côté gauche. L'anesthésie est un peu moindre. Quand on pince le malade, son visage exprime la douleur. Si on pince la jambe droite ou la jambe gauche, le malade retire sa jambe gauche, mais la droite ne bouge pas. Pas de vomissements. — Constipation. — Incontinence d'urine. Respiration régulière (20). Matin P. 76; T. 38°, 5.—Soir: 96; T. 39°, 8; cinq sangsues.

12. Coma toujours presque absolu. Pas d'agitation. La contracture du bras droit occupe ce matin les fléchisseurs et les extenseurs. L'avant-bras est demi-fléchi; on ne peut ni l'étendre ni le fléchir davantage. Même état de la jambe droite. Toujours rien à gauche. Pendant l'inspiration, la joue droite est attirée entre les dents; elle est projetée au dehors pendant l'expiration. Rien du côté des paupières ni de l'œil à droite. Rien du côté gauche de la face. Toujours grande difficulté pour avaler. Respiration régulière (24). Pouls régulier. Pas de vomissement. — Constipation. Matin: P. 104; T. 39°, 1. Soir: P. 116; T. 40°. Huile de ricin, 20 gr.

13. Coma profond. Même état du côté droit. Le bras gauche est agité de petits mouvements convulsifs. La joue droite reste immobile pendant la respiration. Le nez est fortement tiré à gauche ainsi que la commissure labiale du même côté. Respiration inégale (56). Pouls petit, régulier.

La plaie ne présente et n'a jamais présenté rien de particulier. Matin: P. 104; T. 39°, 1. — Mort à 3 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE le 15 mars, 40 heures après la mort.

Cavité orbitaire. Elle est en partie remplie par du pus et des lambeaux noirâtres de tissu cellulo-adipeux. Il ne parait rester aucun débri de la tumeur.

Méninges. La dure-mère une fois enlevée, on trouve à la

surface convexe des deux hémisphères, à droite et à gauche, un exsudat purulent d'un jaune verdâtre qui forme une couche presque non interrompue. Cet exsudat est loin d'être aussi épais en tous les points. Presque nul sur la partie occipitale du cerveau, il est également peu marqué au niveau des lobes frontaux. Il est au contraire très-épais au niveau de cette partie de la convexité qui est en rapport avec les pariétaux. Et encore, dans cette région, il faut distinguer deux zones : à la partie tout-à-fait externe l'exsudat est moins épais qu'à la partie supérieure, vers la grande scissure inter-hémisphérique. Là en effet l'exsudat acquiert plusieurs millimètres d'épaisseur; il est plus dense que partout ailleurs. — Ajoutons que cet exsudat est à peu près égal à droite et à gauche. Des deux côtés, il pénètre dans la scissure inter-hémisphérique; seulement il descend un peu moins bas à gauche qu'à droite; de ce côté cependant il n'arrive pas jusqu'au corps calleux. Une fois cette couche purulente enlevée, on trouve les méninges dépolies, opaques, notablement épaissies, très-congestionnées; et cette congestion, quoique générale, est bien plus prononcée là où les fausses membranes sont le plus épaisses. A la base, les méninges ne présentent d'autre lésion qu'un certain degré de congestion.

Cerveau. Pas de ramollissement appréciable. Aucune lésion dans l'épaisseur de la masse cérébrale.

Nerf optique gauche. 1/3 plus mince que le nerf optique droit. De plus, à 5 ou 6 millimètres en avant du chiasma, ce nerf, jusqu'au moment où il pénètre dans le trou optique, est entouré par une petite tumeur située surtout à sa partie supérieure et reposant sur le bord postérieur du plancher de la fosse cérébrale antérieure. Elle a le volume et la forme d'un gros haricot. Elle présente une sorte de hile tourné en bas et embrassant le nerf, tandis que le bord opposé est tourné en haut et répond à la face inférieure de la corne frontale dans laquelle il se creuse une sorte de loge. Au fond de la dépression, on trouve l'olfactif gauche aplati et dissocié. La tumeur est d'un gris rosé avec quelques points ecchymotiques. A l'œil nu, elle paraît très-vasculaire. Sa surface est mamelonnée, sa consistance médiocre. — *Nerf optique droit*, sain.

Os de la base du crâne. Résorption du tissu compacte de plusieurs os de la base du crâne.

1° Frontal gauche. Il existe à peine de tissu osseux à la partie qui forme la voûte de l'orbite. Sur le frontal droit la couche osseuse est à peine plus épaisse.

2° La face supérieure des deux rochers est tellement mince qu'elle est transparente et qu'une pince pénètre avec la plus grande facilité dans l'oreille moyenne de laquelle on retire les osselets de l'ouïe.

Tumeur orbitaire. La tumeur de l'orbite enlevée le 6 mars a le volume d'un gros marron; elle a une forme assez irrégulière, mamelonnée. A la coupe, elle offre une consistance assez grande; elle est d'un blanc grisâtre, avec des points manifestement en régression graisseuse. Le nerf optique traverse la tumeur. En avant et en arrière, il est réduit à un cordon d'aspect fibreux, et il est impossible de le retrouver dans l'intérieur de la tumeur.

Examen microscopique. L'examen des différentes tumeurs a été fait par notre excellent ami Longuet qui a bien voulu nous en donner la description qu'on va lire. Les préparations ont été soumises à M. Ranvier qui a confirmé le diagnostic anatomique : sarcome angiolithique.

A l'état frais on obtient par le raclage une sorte de matière blanchâtre qui, examinée dans une goutte d'eau jaunie par l'acide picrique, présente la composition suivante : Noyaux de cellules en grand nombre, ovalaires, à deux ou trois nucléoles brillants.— Cellules fusiformes ou aplaties de sarcome mou. — Quelques faisceaux isolés de tissu conjonctif. — Et enfin, un grand nombre de petits corps arrondis, ayant une grande ressemblance avec les globes épidermiques, mais en différant par leur structure. Ils sont, en effet, composés d'un noyau homogène, de nature calcaire, entourée d'une ou de plusieurs couches de cellules plates, semblables à celles du sarcome proprement dit.

La tumeur étant durcie dans l'alcool, des coupes en sont faites qui sont traitées par le picro-carminate et montées dans la glycérine. Sur de telles préparations, il est facile de voir que le tissu est constitué par un sarcome, mais d'une variété particulière. En effet, on trouve au milieu des amas cellulaires un assez grand nombre de travées conjonctives mélangées de vaisseaux sanguins jeunes. De ces vaisseaux part un nombre relativement considérable de petits bourgeons terminés par des corps arrondis décrits plus haut. En différents points, les corps arrondis calcaires sont accolés à la paroi vasculaire ; par endroits, on trouve de gros amas calcaires libres semblables au sable cérébral des plexus choroïdes. Le diagnostic anatomique est: sarcome angiolithique ou psammome de Virchow. Ce genre de tumeur, se rencontrant exclusivement dans l'appareil nerveux cérébro-spinal, s'est probablement développé, dans le cas actuel, aux dépens du nerf optique qui, lui, avait subi toutes les transformations d'une sclérose nerveuse complète avec atrophie.

La portion de la tumeur trouvée à l'autopsie dans le crâne, présente la même structure anatomique que celle décrite précédemment. Cependant il est extrêmement remarquable de voir combien plus nombreux sont les grains calcaires dans cette partie. Leur volume est aussi plus considérable.

Un rapport évident du nombre des grains calcaires existe avec la quantité des vaisseaux de la tumeur. Ces derniers, qui naissent manifestement de l'enveloppe du nerf optique très-aminci à ce niveau, sont tous de nouvelle formation, et cependant les gros troncs sont entourés d'une gaîne lymphatique remplie de leucocytes. En général ces vaisseaux sont vides, ou plutôt on ne trouve pas de globules rouges dans leur cavité.

M. Longuet fait remarquer que la méningite est plus prononcée au niveau des circonvolutions pariétales gauches. Cette particularité rapprochée de la contracture du membre inférieur est importante à noter parce qu'elle vient confirmer les résultats des recherches actuelles sur les centres cérébraux moteurs. M. Périer fait observer que si l'on avait constaté de l'anosmie, on se serait probablement abstenu d'opérer.

30 Double luxation scapulo-humérale ; par M. Cossy, interne.

Albrecht, 58 ans, imprimeur, est entré, il y a 3 semaines, dans le service de M. Gosselin, pour un érysipèle phlegmoneux de la jambe.

Quinze jours après son entrée, on s'aperçoit par hasard que le malade est porteur de deux luxations, l'une de l'épaule gauche, récente, datant de trois semaines; l'autre, de l'épaule droite, beaucoup plus ancienne, datant de 5 ans. La première paraît appartenir à la variété sous-coracoïdienne incomplète ; la seconde, est une sous-coracoïdienne complète.

Le 14 mars, le malade meurt subitement avant qu'on ait eu le temps de lui réduire sa luxation récente.

Autopsie. — *Luxation de l'épaule gauche, récente.* Les parties avoisinant l'articulation sont saines. La capsule fibreuse présente à la partie supérieure une déchirure verticale pas assez étendue pour permettre le passage de la tête humérale. — La synoviale articulaire est rougeâtre, congestionnée en certains points, surtout à la périphérie de la tête de l'humérus, et au niveau du tendon de la longue portion du biceps. On n'observe pas d'autre lésion.

Luxation de l'épaule droite, ancienne. Pas de lésions péri-articulaires, pas de déchirure de la capsule, — mais lorsqu'on vient à ouvrir l'articulation, on peut voir que la cavité glénoïde et la tête de l'humérus ont subi des modifications remarquables.

La cavité glénoïde est notablement plus étroite que normalement; la surface est rugueuse et revêtue de petites granulations blanchâtres. Immédiatement au dedans d'elle, sur la face interne de l'omoplate, il existe une nouvelle cavité, plus large et plus longue que l'ancienne, et à surface très-légèrement rugueuse. Ces deux cavités sont séparées par une crête très-saillante.

La tête de l'humérus est très-déformée. A son côté interne, elle est convexe, rugueuse, et présente vers la périphérie de petits mamelons blanchâtres; cette partie de la tête correspond à la nouvelle cavité glénoïde. Dans sa partie postéro-externe elle présente une concavité très-marquée, en rapport avec l'ancienne cavité glénoïde.

Enfin de la partie inférieure de la surface interne de la capsule on voit se détacher plusieurs excroissances dures, blanchâtres, de consistance cartilagineuse, la plupart arrondies et très-petites; l'une d'entre elles, plus volumineuse et bosselée, est reliée à la capsule par un pédicule.— Ces excroissances seraient-elles l'indice d'une arthrite? M. Gosselin ne le pense pas.

31. Rage humaine. Traitement par le jaborandi. Mort. Lésions de la protubérance, du bulbe et du cervelet. F. Balzer.

M. Joffroy. La cautérisation qui a été faite immédiatement après la morsure n'a pas dû être très-énergique, puisqu'elle n'a pas empêché l'apparition de la rage.

J'ai eu occasion d'examiner les centres nerveux de deux individus qui étaient morts de la rage. L'un de ces faits a été publié dans la *Gazette des hôpitaux*, 1868, mais sans l'examen microscopique. Les lésions que j'ai trouvées présentaient la plus grande analogie avec les précédentes, mais elles n'étaient pas aussi localisées. La pie-mère était très-congestionnée, surtout à la surface convexe des hémisphères cérébraux; tous les capillaires étaient congestionnés, un grand nombre de globules rouges et de globules blancs étaient extravasés dans les gaînes périvasculaires et dans les mailles de la pie-mère, sans qu'il y ait eu d'hémorrhagie véritable. Le bulbe et la protubérance dans toute leur épaisseur et la substance grise des circonvolutions cérébrales étaient également très-congestionnés.

M. Charcot. J'ai vu les préparations de M. Gombault. Elles sont très-convaincantes. Je ferai observer qu'il n'a eu à sa disposition que le bulbe et la protubérance et que les méninges ne lui ont pas été remises, de sorte qu'il ne faudrait peut-être pas attacher une trop grande importance à la localisation des lésions dans ce cas.

Thèses d'agrégation en chirurgie.

VIII. Du rôle de l'action musculaire dans les luxations traumatiques, par Terrillon, prosecteur des hôpitaux.— O. Doin, éditeur.

Les questions de physiologie pathologique sont des plus difficiles à résoudre : elles exigent des connaissances nombreuses et variées en clinique, si l'on ne veut pas courir le risque de s'égarer en des théories nuageuses et inutiles, qui compliquent les descriptions sans les illuminer d'une clarté vive, simplifiant et rendant puissantes les déductions pratiques. Parmi les points de la physiologie les plus controversés, on pourrait citer à bon droit le rôle des muscles et des groupes de muscles qui entourent les articulations et meuvent les membres. Quelles différences, quelles contradictions, quelles obscurités n'existe-t-il pas dans la comparaison des opinions de nos auteurs classiques et les expériences de nos savants émérites, de Duchenne (de Boulogne), par exemple? On a fait jusqu'à présent de la physiologie musculaire avec des descriptions anatomiques: c'est à peine si l'expérimentation a été employée par quelques auteurs, et cependant, si l'anatomie conduit aux théories, l'expérience seule peut les rendre indiscutables.

Lorsqu'il s'agit de traumatismes qui n'ont souvent eu d'autres témoins qu'un malade inconscient et affecté de son accident, et, qui par leur rapidité même échappent à toute analyse, l'absence de notions physiologiques bien établies augmente encore ces difficultés et les rend parfois insurmontables. C'est cependant, une des questions de ce genre que M. Terrillon a été obligé de résoudre en douze jours, n'ayant pour guide que son bon sens et, pour appui, que quelques anecdotes cliniques plus ou moins intéressantes. Il s'est acquitté de cette tâche pénible avec beaucoup de talent, en physiologiste ingénieux et en clinicien expérimenté, qui cherche dans les conceptions théoriques des indications utiles à la pratique.

Pour montrer l'obscurité qui règne dans la science au point de vue du rôle de l'action musculaire dans la production des luxations, il nous suffira de résumer d'après le travail de M. Terrillon les opinions des auteurs sur les causes des luxations de l'épaule. Boyer prétend que la tête humérale est luxée par l'action musculaire sur l'omoplate préalablement immobilisée. P. Sue, au contraire, pense que l'omoplate se luxe par l'action musculaire du trapèze sur l'humérus immobilisé par les muscles et poussé en sens inverse par la cause traumatique. — Malgaigne nie formellement l'importance du rôle de l'action musculaire; il la regarde comme une hypothèse impossible à vérifier : pour lui, la plupart des muscles loin de favoriser la luxation créent un obstacle à la sortie de l'os. — Les auteurs du *Compendium* considèrent le rôle des muscles comme extrêmement restreint pour la production du déplacement primitif. — M. Rigaud est plus exclusif encore : « L'action musculaire, dit-il, loin de concourir à la production des luxations oppose, au contraire, un obstacle plus ou moins efficace au déplacement des os qui constituent les articulations diarthrodiales ».—M. Panas, dans son excellent article sur les luxations de l'épaule, ne rejette pas complétement la théorie de Boyer; mais il cherche à l'expliquer et à la compléter. — Holmes s'exprime ainsi : « Les écrivains théoriques ont beaucoup discuté sur la part que les muscles prennent dans les productions traumatiques les plus communes, telles que celles de la hanche et de l'épaule. Cette question a cependant un bien faible intérêt pratique, quelque intéressante qu'elle puisse être dans les applications à la mécanique animale. « Que d'obscurités, que de contradictions parmi tous ces auteurs!... Cependant, au milieu de ce dédale d'opinions, M. Terrillon nous semble avoir saisi avec bonheur le vrai fil d'Ariane : « Si nous voulons, dit-il, chercher de quel côté se trouve la vérité, il faut faire une distinction importante entre les luxations par cause directe et celles par cause indirecte. — Dans les luxations par *cause directe*, lorsque la violence agit immédiatement sur l'os pour lui faire quitter ses rapports normaux, on ne peut admettre l'action musculaire : l'os est chassé directement et les muscles agissent seulement par leur résistance.... Le mécanisme est différent lorsque la *cause est indirecte*. Dans ce cas, l'action musculaire est sans doute indispensable pour fixer l'un des deux os et permettre à celui qui est soumis à la violence de l'abandonner en cédant sous le choc. — L'action musculaire se borne donc, suivant nous, à immobiliser les os, à les faire basculer, de façon qu'ils se correspondent sous des angles défavorables : mais rien ne démontre que dans ce cas, elle intervienne pour briser les capsules.

Le plan général suivi par M. Terrillon dans son excellente thèse, est simple, facile à suivre, et lui a permis de grouper avec ordre tous les faits connus. *Dans la première partie*, il étudie le rôle de l'action musculaire dans la production des luxations. Il établit successivement que: 1° dans certains cas, les muscles sont un obstacle à la production des luxations : 2° dans d'autres cas, les muscles favorisent ou aident les luxations; 3° l'action musculaire seule suffit parfois pour produire la luxation; 4° enfin la contraction musculaire joue un rôle important dans les déplacements consécutifs. — *La deuxième partie* est consacrée à la recherche du rôle de l'action musculaire dans la réduction des luxations. — Enfin, dans un chapitre spécial, destiné à utiliser au point de vue pratique toutes ces théories, l'auteur expose avec détails les divers moyens employés pour combattre l'action musculaire, quand elle est un obstacle à la réduction. Nous signalerons en particulier les chapitres qui traitent des indications de la chloroformisation dans la réduction des luxations récentes ou anciennes, et de l'emploi de l'extension continu par le moyen des lacs élastiques. H. Duret.

— Nous terminons ici l'analyse des thèses d'agrégation. Il en resterait cependant quelques-unes à analyser ; mais MM. les Editeurs craignant sans doute, d'appeler l'attention sur elles ne nous les ont pas envoyées. (B.)

Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. — Par arrêté en date du 6 septembre 1875, un concours s'ouvrira à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, savoir : Le 15 mars 1876 pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; le 15 avril 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours. — Par arrêté en date du 6 septembre 1875, un concours s'ouvrira le 15 mars 1876, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

VARIA

Universités catholiques.

— Nous croyons savoir que dans une réunion récemment tenue par les évêques qui s'occupent de la fondation d'établissements d'enseignement supérieur, on a agité la question du titre à donner aux nouvelles universités. La majorité de la réunion paraissait décidée à les désigner sous le nom d'*universités catholiques*, quand M. Dupanloup a pris la parole et représenté qu'il serait plus prudent de se borner à les appeler : *universités libres*. Son avis aurait été adopté à l'unanimité moins une voix. (*Le Temps*).

— On lit dans l'*Univers* : Dans le conseil des évêques tenu à Paris pour la fondation de l'université catholique de Paris, il a été décidé qu'outre les Facultés de droit, des lettres et des sciences, l'université comprendrait les cours de première année de médecine.

De nombreuses adhésions d'étudiants, des offres de plusieurs savants et médecins distingués, assurent l'ouverture des cours pour le mois de novembre. Un jardin botanique a été mis à la disposition de Mgr l'archevêque de Paris pour l'enseignement de la première année.

La commission permanente, déléguée à l'étude de toutes les questions d'installation et d'organisation, s'occupe activement de les résoudre. Le choix du recteur de l'université n'est pas encore fixé. Plusieurs noms d'ecclésiastiques et de laïques ont été mis en avant. Nous croyons savoir qu'une nouvelle réunion d'évêques aura lieu le mois prochain, dans laquelle on prendra les résolutions définitives.

— On lit dans l'*Union* : Les évêques suffragants de l'archevêque de Toulouse ont immédiatement répondu à son appel et ont garanti pour la fondation de l'université libre une somme considérable (400,000 fr. ; le diocèse de Toulouse en fournit 200,000). Cette université s'ouvrira le 1er novembre et sera établie à l'hôtel Saint-Jean, vaste et magnifique bâtiment habité autrefois par les chevaliers hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem. Elle comprendra les facultés de droit et de médecine. Les élèves y seront internés. Il sera créé un hospice pour les études cliniques de son enseignement médical.

L'*Univers* assure que les organisateurs de l'Université catholique ont reçu des offres de plusieurs *savants* et de *médecins distingués*. Nous doutons fort que ces offres soient... nombreuses; cette assertion du dévot journal nous semble avoir principalement pour but d'attirer les naïfs.

— Le *Bien public* croit savoir que l'évêque d'Angers, ayant fait à des professeurs de l'État la proposition de les attacher, avec un chiffre supérieur d'appointements, à l'Université catholique, n'aurait rencontré que des refus.

52. Remède contre la transpiration des pieds.

Acide salicylique	5.50
Alun calciné	5
Poudre d'amidon	15
Talc de Venise	80

53. Gloriade.

Eau	100 litres.
Café torréfié	2 kilog.
Rhum	5 litres.

On fait le café selon les règles ordinaires et on le mêle à l'eau et au rhum. Quand on y ajoute un peu de sucre, on a la boisson la plus rafraîchissante et la plus cordiale qui puisse remplacer le vin. Cette boisson, agréable, digestive et fortifiante, convient admirablement aux hommes occupés à des travaux pénibles qui ne peuvent se procurer du vin, et que l'usage des boissons aqueuses affaiblirait promptement. (*La pharmacie de Lyon.*)

Enseignement *du docteur* Martin-Damourette. — Les cours de sciences physico-chimiques et naturelles et de thérapeutique commenceront le lundi 13 septembre. — Le cours préparatoire au quatrième examen du doctorat aura lieu à midi et le cours pour le troisième examen du doctorat et le premier de fin d'année, à deux heures.

Mortalité a Paris. — Population, 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 3 septembre 1875, on a constaté : 823 décès ; savoir : variole, 4 ; — rougeole, 18 ; — scarlatine ; — fièvre typhoïde, 8 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 13 ; — pneumonie, 26 ; — dysseuterie, 1 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 65 ; choléra nostras, 2 ; — angine couenneuse, 6 ; — croup, 12 ; — affections puerpérales, 3 ; — autres affections aiguës, 250 ; — affections chroniques, 357, dont 144 à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 33 ; — causes accidentelles, 21.

Londres. — Population, 3,445,160 habitants. Décès du 22 au 28 août 1875 ; 1,440. — variole, 1 ; — rougeole, 22 ; — scarlatine, 71 ; — fièvre typhoïde, 16 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite, 64 ; — pneumonie, 41 ; dyssenterie, 2 ; diarrhée, 215 ; — choléra nostras, 5 ; — diphthérie, 10 ; — croup, 8 ; — coqueluche, 53.

Concours. — Le jury pour le concours des prix de l'Internat qui s'ouvre le 3 novembre est ainsi composé : MM. Archambault, Besnier, Fernet, Lasègue (ou Cadet de Gassicourt), Broca, Panas et Verneuil.

Généalogie du duc de Mac-Mahon, Président de la République. — Dans une très-intéressante notice publiée dans le *Journal des Connaissances médicales*, notre si érudit confrère M. A. Chéreau vient de démontrer, par une étude généalogique de la famille Mac-Mahon, que Marie-EdmePatrice-Maurice de Mac-Mahon, Président de la République, est le petit-fils et le parent de médecins ; son grand-père, Jean-Baptiste Mac-Mahon, ayant été docteur de Reims ; son grand-oncle, Jean Mac-Mahon, docteur de Paris ; et son cousin, Patrice Mac-Mahon, également docteur de Paris, bibliothécaire de notre Faculté de médecine.

Phylloxera. — La présence du phylloxera a été constatée en Autriche dans les vignes de Klosternenbourg, Weidlengbach et Mussderf, près de Vienne, ainsi que dans les vignobles de la contrée de Temeswar.

M. le Professeur Botkine, (de Saint-Pétersbourg), est actuellement à Trouville.

Nécrologie. — M. le docteur Jouanneau (de Paris), est mort subitement, il y a quelques jours.

Vacances médicales. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10.000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**.
de midi à quatre heures

Abadie (Ch.). Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages, 50 centimes.

Dransart (H. N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et

3e ANNÉE. — N° 38 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 18 SEPTEMBRE 1875

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. G. HAYEM**, agrégé, suppléant M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par M. BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

QUATRIÈME LEÇON. — 6 avril 1875 (*Suite*).

Messieurs,

La gangrène qu'on observe dans la fièvre typhoïde n'a pas toujours la forme décrite dans les faits précédents. Dans quelques cas, notamment dans ceux de M. Gigon d'Angoulême (*Union médicale*, 1861), il s'est produit de la gangrène humide.

Mais notre malade étant atteinte de gangrène sèche, nous pouvons, pour ne pas compliquer notre étude, négliger ces derniers faits dont la pathogénie est différente. D'ailleurs, la gangrène sèche paraît être la forme la plus importante.

Vous remarquerez qu'au point de vue des symptômes, elle rappelle d'une manière très-exacte la forme commune de cette variété de gangrène des membres, soit la gangrène sénile. Elle s'annonce, comme cette dernière, par de vives douleurs et frappe de préférence les mêmes points d'élection, c'est-à-dire le pied et la partie inférieure de la jambe.

De même, sous le rapport de la marche des accidents, de la délimitation des parties gangrénées, de la tendance à l'envahissement du côté opposé, ces deux affections se ressemblent complétement ; elles ne diffèrent que par les conditions dans lesquelles elles se produisent.

Or, vous connaissez la cause de la gangrène sénile. Cette affection est la conséquence d'une oblitération artérielle. En est-il de même dans la gangrène de la fièvre typhoïde? Les faits précédents semblent l'établir.

Lorsqu'on a pratiqué l'examen anatomique, on a trouvé les artères, correspondant aux parties gangrénées, oblitérées dans une assez grande partie de leur étendue, et, pendant la vie, on a constaté dans plusieurs cas l'existence d'un cordon dur et sans battements sur le trajet de ces vaisseaux.

Aussi les auteurs de ces observations ont-ils considéré la gangrène comme la conséquence de l'oblitération des artères, et Trousseau a adopté cette opinion dans l'excellent article qu'il a consacré à cette rare complication de la fièvre typhoïde.

M. Bourgeois est le seul qui, en l'absence de renseignements anatomiques, ait cru devoir assigner au sphacèle une autre origine. Mais il est bon de faire remarquer que M. Béhier (*Union médicale*, 1857 et 1861), a contesté la valeur des observations de cet auteur. Il les considère, non comme des exemples de fièvre typhoïde avec gangrène; mais bien comme des cas d'artérite avec symptômes typhoïdes.

Ainsi M. Béhier ne doute pas de l'oblitération des artères. C'est pour lui la seule manière de comprendre la gangrène; il ne s'élève que contre l'insuffisance des signes propres à établir la réalité du diagnostic de fièvre typhoïde porté par M. Bourgeois. Dans les autres cas, ce diagnostic a été vérifié à l'autopsie ; il ne saurait être mis en doute.

Mais au point de vue de la pathogénie de la gangrène, il ne suffit pas de constater ou d'invoquer l'oblitération vasculaire. On doit encore se demander si le caillot obturateur s'est formé sur place pour constituer une thrombose, ou bien si, provenant d'un autre point, il forme ce qu'on désigne sous le nom d'embolie.

Dans la gangrène sèche, l'oblitération artérielle est presque invariablement due à une endartérite. L'âge, vous le savez, prédispose d'une manière toute particulière à cette inflammation des artères.

Or, les malades des observations que je vous ai citées, ont de 10 à 23 ans ; ils sont dans la période de la vie où l'endartérite est rare, exceptionnelle; aussi doit-on songer chez eux à la possibilité d'une embolie.

C'est ce que M. Bourguet (d'Aix) a admis dans sa remarquable observation.

Quelle peut être la source de l'embolie ? Je n'en vois pas d'autre qu'une lésion du cœur.

Il est impossible, en effet, de songer ici à des embolies d'origine artérielle, telles qu'on en observe chez certains vieillards athéromateux dont l'aorte présente des caillots pariétaux greffés sur une ulcération athéromateuse ou calcaire, caillots qui en se détachant déterminent l'oblitération des artères des membres abdominaux.

Si nous supposions ici l'existence d'une aortite avec caillots pariétaux, autant vaudrait invoquer tout de suite l'endartérite des artères des membres sphacélés.

Examinons donc l'hypothèse d'embolies d'origine cardiaque. C'est ici qu'il faut faire appel aux développements dans lesquels je suis entré récemment. Vous vous souvenez que j'ai cherché à vous démontrer la fréquence des lésions cardiaques dans la fièvre typhoïde. Mais ces lésions portent presque invariablement sur le myocarde. L'endocardite est aussi rare dans cette maladie que la myocardite y est fréquente, et les concrétions sanguines du cœur, de même que les végétations valvulaires qui peuvent devenir des corps migrateurs et oblitérants, sont des produits de l'inflammation de l'endocarde et non de la myocardite.

Notre malade a présenté, il est vrai, des signes physiques d'altération du cœur ; mais ces signes ont été peu accentués et nous en avons notés de bien plus évidents chez des malades qui n'avaient aucune lésion de l'endocarde.

Nous n'avons donc pas de raisons suffisantes pour accepter l'embolie. Reste l'hypothèse d'une thrombose, soit d'une artérite oblitérante.

L'objection concernant l'âge des malades, objection qui nous a conduit tout d'abord à discuter la possibilité de caillots migrateurs, ne peut avoir, vous le concevez bien, qu'une valeur relative et non absolue. Nous ne pouvons d'ailleurs admettre que l'une ou l'autre des hypothèses que je vous énonce, car ne vous attendez pas à me voir défendre contre M. Béhier (*Union médicale,* 1861) la singulière théorie de M. Bourgeois qui invoque la métastase typhoïde sur les nerfs des jambes. D'ailleurs l'endartérite n'est pas forcément une maladie de la vieillesse.

Vous savez comment les choses se passent dans ces cas d'oblitérations artérielles. La lésion inflammatoire siége dans la membrane interne du vaisseau ; elle est souvent caractérisée, même chez le vieillard, par un processus très-aigu. C'est, en conséquence, à la fois du rétrécissement du vaisseau et de l'inflammation de l'endartère que le sang se coagule et, le caillot une fois constitué, s'étend plus ou moins loin, oblitérant ou respectant les branches voisines.

Pourquoi cette inflammation aiguë des artères ne se produirait-elle pas sous l'influence de la fièvre typhoïde, quel que soit l'âge des malades? C'est là un sujet encore peu étudié, mais sur lequel nous ne sommes pas absolument dépourvu de tout renseignement.

Il n'est pas très-rare, en effet, de trouver chez les individus qui succombent à une fièvre typhoïde des infarctus viscéraux ; c'est-à-dire, des lésions consécutives aux oblitérations des artères correspondantes. J'en ai observé pour ma part dans la rate et dans les reins et il m'a semblé que les caillots étaient dans ces cas la conséquence d'une endartérite. De plus, dans mes recherches sur les myosites symp-

(1) Voir les nos 29, 30, 32, 33, 35 et 37.

tômatiques j'ai rencontré des infarctus hémorrhagiques des muscles qui m'ont paru s'expliquer également par une endartérite oblitérante des artères correspondantes. On m'a objecté que l'endartérite pouvait être consécutive à l'hémorrhagie musculaire. Cependant, dans un cas d'infarctus de la paroi du cœur, dont j'ai eu l'occasion de vous parler, j'ai constaté une artérite oblitérante dans une des branches de l'artère coronaire antérieure, et il était bien certainement impossible de ne pas reconnaître la véritable pathogénie de la lésion.

D'autre part la fièvre typhoïde ne serait pas la seule pyrexie capable de prédisposer à l'inflammation des artères. Récemment M. Brouardel (*Arch. gén. de méd.* 1874), dans un travail que j'ai déjà eu l'occasion de vous citer, a montré que dans la variole il existe quelquefois de l'artérite, particulièrement dans l'aorte. Dans l'état actuel de nos connaissances l'hypothèse d'une artérite oblitérante nous paraît donc être la plus vraisemblable.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, il ne suffit pas de rapporter la gangrène à une oblitération vasculaire, nous devons encore rechercher quel est le siége et l'étendue de cette lésion. Pour nous guider dans cette partie du diagnostic, nous pouvons utiliser les résultats anatomiques consignés dans les observations antérieures et particulièrement les recherches qui ont été faites sur la gangrène sénile, tout en tenant compte des symptômes qu'on observe chez notre malade.

Quand on examine quelles sont les conditions anatomiques de la gangrène par oblitération artérielle, on voit que le sphacèle est toujours la conséquence d'un arrêt complet du sang. L'oblitération d'une artère des membres, même lorsqu'elle est très-étendue, peut fort bien exister sans produire la gangrène, à la condition que la circulation collatérale soit possible et suffisante.

Ainsi pendant le siége de Paris j'ai observé un cas fort intéressant d'oblitération des artères des membres inférieurs sans trace de gangrène. Les caillots oblitérateurs naissaient à la partie inférieure des deux crurales et remontaient dans l'aorte jusqu'au niveau des rénales. Sur la pièce anatomique qui a été déposée au musée Dupuytren on peut voir que, dans une très-grande étendue, ces gros vaisseaux sont complétement oblitérés par des caillots blanchâtres datant déjà de plusieurs jours. L'absence de mortification dans des cas semblables ne peut certainement s'expliquer que par l'établissement d'une circulation collatérale.

Mais supposez qu'une des artères naissant des troncs principaux soit également oblitérée; malgré le passage du sang dans les collatérales qui s'anastomosent avec cette branche artérielle, tout un département vasculaire restera privé de sang et la gangrène apparaîtra.

C'est précisément ce qu'on observe dans la gangrène sénile. En général une grosse artère, telle que la poplitée ou la crurale est atteinte d'endartérite oblitérante, puis l'oblitération se produit dans une branche plus petite, de façon à empêcher le sang des artères anastomotiques de nourrir toute une portion de membre et, dans ces circonstances, les orteils, le pied, la partie inférieure de la jambe se mortifient suivant le siége et l'étendue de l'oblitération.

Des observations récentes faites par M. Pitres et communiquées à la Société anatomique, ont très-nettement confirmé les notions déjà acquises sur ce mode pathogénique de la gangrène sèche.

Dans ces circonstances, il s'agit habituellement d'une artérite qui débute dans le tronc principal, et envahit plus tard les artères collatérales ou terminales. Quelquefois aussi le caillot obturateur du gros tronc se désagrége plus ou moins complétement et lance des embolies dans les branches secondaires, et, dans tous les cas, il se produit une anémie totale d'un segment de membre.

Cette dernière condition paraît être la seule nécessaire. Aussi peut-on supposer que les choses ne se passent pas toujours de la même manière. On pourra par exemple observer des cas dans lesquels l'oblitération siégera d'emblée dans les branches secondaires ou terminales et s'étendra plus tard aux troncs principaux. La gangrène se compliquera ainsi au bout de quelques jours de l'anémie d'un membre tout entier ou même des deux membres inférieurs. C'est là ce qui semble avoir eu lieu chez notre malade.

Quoi qu'il en soit, nous pensons nous trouver ici dans des conditions analogues à celles de la gangrène dite sénile, et nous pouvons affirmer qu'il existe, à gauche, une oblitération à la fois des grosses et des petites artères, état qui a déterminé la stase sanguine dans toute la partie sphacélée, tout en permettant une circulation collatérale jusqu'au niveau de la ligne de démarcation. Quant à l'état du membre droit qui reste menacé par la gangrène depuis plusieurs jours, il indique une oblitération des gros troncs de ce côté, oblitération rendue évidente par la disparition des battements artériels.

Relativement au pronostic, nous avons à résoudre une question des plus importantes. L'oblitération des gros troncs, tant à droite qu'à gauche, est-elle complète? A en juger par les signes fournis par la palpation et l auscultation, elle semble parfaite. Mais il est cependant un signe, indiqué par M. Broca, qui prouverait le contraire. D'après M. Broca, lorsque l'oblitération est complète, la température des parties externes du membre, éloignées du paquet vasculaire, est égale ou supérieure à celles des régions voisines de l'artère; au contraire, lorsque l'oblitération est incomplète, il y a une différence d'au moins un degré en faveur des parties voisines de l'artère. L'expérience faite chez notre malade a donné un résultat qui indique la persistance de la perméabilité du vaisseau. Mais je n'ose pas considérer cette expérience, bien qu'elle ait été plusieurs fois répétée, comme ayant une valeur décisive, parce que nous n'avons pas employé les thermomètres jumeaux qui seuls permettent une observation rigoureuse.

En résumé, Messieurs, cette gangrène nous paraît due à une oblitération des artères des membres inférieurs, oblitération qui occupe les gros et les petits troncs à gauche, les gros seulement à droite. En se fondant sur les résultats anatomiques consignés dans certains cas, on peut même penser que les caillots obturateurs remontent jusque dans l'aorte, et, si cette particularité existe réellement, il est facile d'expliquer tous les symptômes que nous observons.

Ce diagnostic est en quelque sorte la conclusion obligée de l'analyse symptomatique. Mais remarquez que nous ne sommes affirmatif qu'en ce qui touche l'existence et l'étendue de l'oblitération artérielle et point du tout en ce qui concerne son mode pathogénique.

Dès le début de la gangrène nous avons rempli quelques indications thérapeutiques qui ressortissaient à la fois à l'état général et à l'état local. Pour soutenir les forces, nous avons utilisé le quinquina et une alimentation réparatrice sous un petit volume. Diverses préparations opiacées et le chloral nous ont permis d'obtenir un peu de repos et de diminuer les douleurs.

Les deux membres ont été enveloppés dans une couche épaisse d'ouate destinée à empêcher autant que possible la déperdition du calorique, et dès que l'odeur de la partie gangrénée est devenue gênante, nous avons fait arroser le pansement avec une solution phéniquée.

Aujourd'hui la température ne dépasse pas 38°,5 ; depuis plusieurs jours, l'appétit est revenu, la fièvre est modérée la langue est naturelle, la diarrhée nulle ou presque nulle; il existe, il est vrai, une petite eschare dans la région sacrée, mais la malade n'est pas dans un état d'émaciation très-prononcé, elle paraît avoir encore une certaine force de résistance, son moral est excellent et elle conserve encore l'espoir d'une prochaine guérison. Convient il, dans ces conditions, de l'abandonner aux seuls efforts de la nature? M. Gosselin ne le pense pas et nous ne saurions mieux faire que d'accepter un avis aussi compétent et éclairé. La partie gangrénée est nettement limitée; dans quelques jours d'ici elle va se détacher par lambeaux; mais son élimination complète demanderait un temps considérable;

l'attendre patiemment serait condamner la malade à une mort certaine.

Leçon du 8 avril.— Notre malade a été opérée le 6; soumise à l'éthérisation, elle s'est endormie très-rapidement sans passer par la période d'excitation et pendant l'amputation une partie du diagnostic a été confirmée.

En effet, la section des vaisseaux n'a donné lieu qu'à un écoulement de sang très-faible, bien que la compression n'ait pas été pratiquée. L'artère fémorale oblitérée par un caillot ne laissait sortir aucune goutte de sang.

Je vais mettre aujourd'hui sous vos yeux la partie du membre atteinte de sphacèle et sur cette pièce parfaitement disséquée par MM. Boudet et Dupérié, vous pourrez reconnaître quelques particularités fort instructives.

Au niveau du mollet et à la partie antérieure de la jambe la peau est desséchée, flasque, ridée. A l'incision des téguments on a trouvé la partie profonde du membre occupée par une sorte de cavité anfractueuse ayant de 8 à 10 centimètres de longueur et s'étendant du creux poplité jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Cette poche contenait une bouillie de couleur chocolat au-dessus de laquelle surnageait une substance oléagineuse.

En haut et en arrière on retrouve une faible portion des jumeaux et du soléaire, en avant une portion des muscles de la région jambière antérieure et des péroniers latéraux. En bas et en arrière on voit les moignons musculaires de tous les muscles de la région postérieure de la jambe et en avant on observe une disposition analogue; d'ailleurs cette vaste cavité anfractueuse sans membrane limitante est divisée en deux parties qui communiquent largement par une vaste perforation de l'espace interosseux ; elle est traversée par les deux os de la jambe qui, à ce niveau seulement, ont perdu presque complétement leur revêtement périostique. Il est facile de voir que la formation de ce clipser est due au ramollissement qui prépare la séparation complète de la partie mortifiée En effet, les portions de muscles situées au-dessous de lui sont remplies d'une sérosité infecte gangréneuse, celles qui sont situées au-dessus sont jaunâtres, dures et probablement enflammées. La ligne de démarcation entre les parties qui étaient vivantes et les parties sphacélées pourrait être représentée par une sorte de plan oblique sur le trajet duquel tous les tissus sont atteints d'un travail particulier tendant à séparer les parties gangrenées. Les nerfs notamment sont tuméfiés et offrent une sorte de bouton au-dessous duquel le cordon s'est aplati; quelques-uns sont même déjà coupés. Il en est de même de quelques veines. L'artère fémorale et la poplitée forment un cordon dur, résistant jusqu'au niveau de l'articulaire inférieure interne. En pressant un peu sur la fémorale on en fait cependant sortir un peu de sang et sur des coupes de ces artères on voit que l'obturation n'est pas complète Les caillots sont blanchâtres ou rosés, et les parois artérielles paraissent tout à fait saines. A partir de l'articulaire inférieure interne, la poplitée est tout à fait libre et il en est de même de toutes les branches qui en naissent. Vers la partie inférieure du clapier qui occupe toute l'épaisseur de la jambe et environ à 12 centimètres de la limite supérieure de la gangrène toutes les branches artérielles changent d'aspect. Elles sont aplaties, filiformes, à peine distinctes des veines voisines, et on peut les poursuivre jusque dans le pied sans rencontrer d'autres particularités. Les veines sont vides et filiformes jusqu'à la limite supérieure de la gangrène et à partir de ce point jusqu'à la surface amputée elles sont remplies par des caillots noirâtres qui les distendent légèrement.

En résumé dans cette pièce anatomique les vaisseaux sont des parties gangrénées, vides, c'est-à-dire dans un état différent de celui qui existe dans les cas ordinaires de gangrène sèche.

Je viens de vous dire en effet, que cette gangrène se produit habituellement par arret complet dans le cours du sang et qu'en général les artères correspondantes sont oblitérées. Ici les caillots de la crurale et de la poplitée n'occupent pas toute la lumière du vaisseau et ils s'arrêtent au-dessus de la partie sphacélée.

Cette particularité a été notée déjà dans d'autres observations; mais il ne faudrait pas en tirer trop rapidement une conclusion ; car il peut se faire que cette exception à la règle ne soit qu'apparente.

L'état de vacuité complète des artères et des veines dans toute la partie mortifiée, l'aplatissement et le resserrement de ces vaisseaux montrent, en effet, que la circulation a été complétement abolie dans tout le segment du membre atteint. Par quel procédé cet arrêt du sang s'est-il produit, quelle a été la cause de l'empêchement au rétablissement de la circulation collatérale ou au passage du sang des capillaires dans les veines?

L'examen de cette pièce anatomique ne nous renseigne pas suffisamment à cet égard ; mais dans l'état désespéré où se trouve aujourd'hui la malade nous aurons bientôt, je le crains, d'autres renseignements sur cette question.

(*A suivre.*)

Syphilis hépatique interstitielle et gommeuse. Tumeurs fluctuantes multiples sur les membres. Erysipèle;

Par **R. MOUTARD-MARTIN**, interne des hôpitaux.

La nommée Bouv... Adélaïde, âgée de 43 ans, marchande des quatre saisons, entre le 9 décembre 1874 dans le service de M. Lallier, à l'hôpital Saint-Louis. Cette malade nous donne les renseignements suivants :

Réglée à l'âge de 12 ans, elle s'est toujours bien portée jusqu'à 39 ans. De quatre enfants qu'elle a eus, trois ont succombé en bas âge à diverses affections ; il lui reste une fille de 16 ans, bien portante. Son père est mort à 65 ans d'un rhume négligé, sa mère a 63 ans, de la poitrine. Les règles sont peu abondantes depuis quelques années, mais surtout depuis 2 mois. En 1871, la malade fut mordue par un chien; elle fait remonter à cette époque et à cette morsure le début de ses accidents. A partir de ce moment, elle aurait eu chaque soir, vers 6 heures, un accès de fièvre annoncé par des frissons, mais non suivi de sueurs. Il y a 15 mois, une faiblesse qu'elle ressentait déjà dans les membres inférieurs s'est accrue, et ses jambes ont enflé. En même temps que cette faiblesse, apparut de la douleur dans la jambe gauche; la droite n'est douloureuse que depuis 2 mois, date à laquelle la malade a dû commencer à garder le lit. Il y a 6 mois, des vomissements survinrent; ils étaient bilieux, mêlés peut-être de quelques filets de sang, et durèrent 15 jours. Enfin il y a 2 mois l'amaigrissement débuta et la malade prit le lit.

Elle nous offre aujourd'hui un aspect robuste, et ses muscles ont encore un volume suffisant. L'interrogatoire le plus minutieux ne fait découvrir aucun antécédent spécifique, et l'examen le plus attentif ne révèle aucune cicatrice. La malade n'a jamais été sujette aux maux de gorge, elle n'a jamais perdu ses cheveux d'une façon exagérée. Elle n'a fait aucun traitement pour des migraines fréquentes auxquelles elle est sujette depuis nombre d'années. La peau n'est pas sèche; sa teinte serait peut-être légèrement jaunâtre. P. 104. Mouvement fébrile léger. Oppression peu marquée. — Aucun symptôme grave ne se révèle à l'auscultation du cœur et des poumons. Respiration un peu sèche, et sonorité emphysémateuse sous les clavicules Au cœur, souffle anémique à la base ; les artères sont vibrantes.

Le ventre est distendu, il offre une sonorité tympanique ; la percussion et la palpation font reconnaître la présence de deux tumeurs énormes; l'une, formée par la rate, remplit à peu près complétement toute la moitié gauche de l'abdomen ; il est facile de suivre les échancrures du bord antérieur de l'organe splénique qui est très-mobile. Le foie est relativement moins développé. — Au niveau du flanc gauche quand la malade est placée dans le décubitus sur ce côté, on reconnait en un point l'existence d'une saillie glanduleuse. Pas d'épanchement ascitique appréciable ; pas de dilatation marquée des veines sous-cutanées abdominales. En revanche, varicosités des membres inférieurs. L'augmentation de volume du ventre ne remonterait pas au-delà d'un an.

Depuis 5 ans, la malade porte une hernie inguinale gauche, et depuis 4 années une hernie crurale. Le col utérin est dirigé en arrière et à droite ; le corps est en antéversion ; le col laisse couler un liquide blanc muqueux.

La malade porte plusieurs tumeurs sur les membres : 1° au bras gauche, au-dessus du coude, sur la face externe du membre, existe une tumeur globuleuse, lisse, fluctuante, du volume d'une grosse pomme d'api ; son début remonte à 4 ou 5 mois. 2° Au niveau de la tête du péroné gauche, tumeur fluctuante un peu plus petite. 3° Tout le tibia gauche est le siége d'une tuméfaction diffuse et toute la portion du membre voisine du genou est un peu œdématiée; en revanche, les parties molles de la jambe droite paraissent légèrement atrophiées. 4° Le genou gauche contient du liquide; l'extension complète est impossible, et au niveau de la rotule le doigt a une singulière sensation ; il pénètre dans une dépression cupuliforme comme s'il existait en ce point une perte de substance de l'os. La sensibilité du genou est extrême ; lorsqu'on explore le squelette des deux jambes, surtout de la jambe gauche, on provoque une douleur très-vive. — Au niveau de toutes ces tumeurs la peau est rosée. Au moment où apparut la tumeur du bras gauche, il s'en est développé une autre à la face interne de la jambe gauche vers son tiers inférieur. Toutes ont augmenté et se sont ramollies lentement, aucune n'adhère à la peau. Vers sa partie inférieure, le fémur droit est aussi le siége d'une tuméfaction diffuse, et la partie supérieure du genou correspondant est gonflée ; il y a de la fluctuation au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale.

On trouve des ganglions engorgés aux aines, au-dessous de l'épitrochlée, à la région sous-occipitale.

L'urine ne contient pas d'albumine. Prescription : iodure de potassium, un gramme.

11 *décembre*. P. 118. La malade a beaucoup souffert pendant la nuit. La surface des tumeurs se vascularise légèrement. Au niveau du genou gauche, le liquide semble se collecter dans la gaîne du ligament rotulien.

12 *décembre*. P. 108. Ventre moins tendu. — La circulation tégumentaire abdominale s'accentue ; on constate nettement que le foie descend à l'ombilic. La sensibilité des tumeurs est encore plus vive ; au genou gauche, il survient de la douleur ; la fluctuation apparaît dans la tumeur qui occupe la tête du péroné gauche.

18 *décembre*. P. 100. La peau est moins chaude, les tumeurs beaucoup moins douloureuses ; celle du bras paraît avoir augmenté de volume, celle de la tête du péroné est un peu plus consistante : au bras, elle s'est bosselée, lobulée en quelque sorte ; telle est la sensation qu'elle donne au toucher.

24 *décembre*. Les souffrances sont moins vives, le ventre s'assouplit. Depuis le 12 décembre, la malade prend 0 gr. 60 de sulfate de quinine.

26 *décembre*. Le sang examiné au microscope ne renferme pas une quantité exagérée de globules blancs.

29 *décembre*. Ponction exploratrice de la tumeur du bras gauche ; issue d'un pus assez abondant (environ 60 grammes un peu filant et gluant, plus franchement purulent à la fin. La tumeur se vide entièrement ; à sa place, reste une dépression circulaire, une capsule dont une moitié située au côté externe du membre est facile à reconnaître, bien appréciable et un peu mobile ; il semble exister un kyste, une coque.

31 *décembre*. Le ventre est sensiblement affaissé, l'état général est meilleur ; au bras, le liquide s'est reproduit immédiatement, et de nouveau la fluctuation y est appréciable. Même sensation de fluctuation et d'écartement au niveau de la rotule gauche, avec sensibilité vive a ce niveau; les autres tumeurs rétrocèdent, la douleur diminue à leur niveau.

4 *janvier* 1875. Douleurs légères au niveau de l'hypochondre à droite.

29 *janvier*. Malaise, douleurs disséminées et mal caractérisées dans le ventre ; quelques envies de vomir. — On supprime l'iodure de potassium.

20 *février*. L'examen de la tumeur du bras gauche, qui a sensiblement diminué de volume, et dont la tension moindre permet une exploration plus complète, montre une encoche profonde taillée à la face antéro-externe de l'humérus et dans laquelle la tumeur est comme enchâssée. — A la jambe, on sent de même une perte de substance osseuse sous-jacente à la collection fluctuante. — A la rotule, on trouve depuis le 15 janvier environ une encoche en forme de triangle, à base tournée vers la périphérie de l'os au niveau de laquelle on a pu pendant quelques jours, percevoir une sensation de crépitation analogue au froissement de la neige ; aujourd'hui cette sensation a disparu, mais la dépression subsiste.

Le foie et la rate ont encore un volume considérable ; la rate descend à 10 centimètres au-dessous de l'ombilic et le foie descend à 2 centimètres au-dessus.

22 *février*. Léger épanchement au genou gauche ; il paraît avoir diminué très-notablement.

18 *mars*. L'échancrure rotulienne s'est sensiblement effacée ; il n'en subsiste plus que le sommet ; — au bras gauche, la collection a diminué de volume ; on sent encore nettement une dépression osseuse au-dessous d'elle ; la partie supérieure du rebord osseux offre un empâtement considérable.

22 *mars*. La malade se plaint de névralgie faciale. On lui donne 75 centigrammes de sulfate de quinine.

23 *mars*. Les douleurs névralgiques ont diminué.

9 *avril*. La douleur est moins vive ; ce matin (pour la 4e fois depuis 15 mois) apparition des règles.

17 *avril*. Dans la nuit, malaise peu accentué, langue sèche, pas de sommeil. — Le matin on trouve à la face une rougeur érysipèlateuse avec gonflement qui occupe le nez et la joue gauche. — P. 120.

18 *avril*. L'érysipèle a gagné toute la face ; le cuir chevelu est respecté, P. 115, large, vibrant. — Raideur du bras droit. Délire durant la nuit. — Selles involontaires. — A l'auscultation, pas de bruits anormaux ; respiration sourde, expansion incomplète.

19 *avril*. Même état ; toutefois la raideur du bras a disparu, nuit calme. P. 112.

20 *avril*. L'érysipèle gagne le cou et la partie voisine des épaules. A ce niveau, il offre un piqueté hémorrhagique. — Rigidité du bras gauche ; le droit est souple. Rien au cœur. P. 112. Respiration lente ; 15 inspirations par minute. Fuliginosités.

21 *avril*. P. 120, Petit, dépressible. Respiration très-difficile. La malade meurt dans l'après-midi (1).

AUTOPSIE. — *Cavité thoracique*. Poumons congestionnés, surtout à leur base. Rien au cœur ni au péricarde. L'endocarde n'offre aucune altération.

Cavité abdominale. A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé du volume énorme du foie et de la rate : cette dernière n'adhère en aucun point aux organes voisins ; il n'en est pas de même pour le foie qui offre à sa face diaphragmatique des adhérences fibreuses en plusieurs points.— La surface du foie est mamelonnée d'une façon en quelque sorte uniforme : aucune saillie n'est d'un volume considérable par rapport à celles qui l'entourent : les sillons de séparation sont peu profonds ; ce sont plutôt des dépressions qui circonscrivent des mamelons plats dont le diamètre égale environ celui du doigt. La consistance du foie est sensiblement augmentée. A la coupe, on remarque deux altérations différentes : 1° une hépatite interstitielle diffuse, constituée par un tissu fibreux d'un blanc rosé. mat, dur à la coupe, impossible à déchirer : au milieu de ce tissu, qui constitue en quelque sorte tout le foie, on distingue quelques rares îlots d'un jaune brun qui, au premier abord, seraient pris facilement pour des points au niveau desquels il y a eu dégénérescence du parenchyme hépatique, et qui en réalité sont les derniers vestiges du parenchyme normal. — 2° Des tumeurs d'un blanc jaunâtre, lisses à la coupe, entourées à leur périphérie par une condensation du tissu sclérosé que nous décrivions plus haut ; ce tissu leur forme un kyste assez net pour que l'on puisse les énucléer facilement. Ces masses sont sèches, lardacées, elles crient sous le scalpel, leur coupe est lisse, leurs bords sont arrondis, et font hernie sur le tissu environnant. — Leur dimension n'excède pas celle d'une

(1) Je dois le commencement de cette observation à l'obligeance de mon collègue Bex, interne du service en 1874.

grosse noisette; au-dessous de ce volume, on en trouve de toute taille, mais dans le lobe droit seulement. Le lobe gauche n'en renferme pas. Leur nombre est considérable; aucune d'elles ne fait saillie à la surface du foie, et même l'exploration du viscère par le palper ne fait pas reconnaître les points sur lesquels doit porter la coupe qui a pour but de les atteindre. Cela tient à la sclérose générale, car plusieurs de ces noyaux ne sont pas situés à plus de un centimètre de profondeur dans le parenchyme; ils occupent surtout la face supérieure et le bord postérieur de l'organe. Aucun n'est ramolli. Le foie pèse 2 kilogr. 300.

La rate qui pèse 1.850 grammes n'offre pas à l'œil nu d'altération appréciable de son parenchyme; au niveau de son bord antérieur, on retrouve nettement accusée l'échancrure notée dans l'observation.

Pas d'ascite. — Utérus volumineux; ses parois sont épaissies, et sa muqueuse très-injectée. — Le rein gauche pèse 270 grammes; il offre en divers points des traces de néphrite interstitielle. Le droit pèse 230 gr.

Tumeur du bras gauche; elle a été détachée des parties environnantes : située entre l'humérus et le brachial antérieur dont les fibres la recouvraient, elle s'est présentée sous la forme d'un kyste d'où s'est écoulé un liquide blanc jaunâtre mêlé de grumeaux jaunâtres qui remplissaient le reste de la cavité. Il existe une membrane kystique lisse, à l'intérieur, nettement isolable; du côté de l'os, aucune encoche, aucune dépression.

Au genou, aucune encoche au niveau de la rotule : les tissus fibreux qui la recouvrent ne paraissent altérés en aucun point; aucune trace de la cavité kystique dont nous avons suivi l'effacement graduel. A la face postérieure, l'os paraît rugueux et ramolli. Epanchement léger dans l'articulation du genou. Aucune trace de l'existence d'une synoviale prérotulienne.

Au tiers inférieur de la jambe, à l'endroit où l'examen faisait conclure à la présence d'une dépression du tibia, l'os est absolument sain, mais son périoste est épaissi. En un point, on trouve au devant de ce périoste altéré une petite masse qui, incisée, montre un centre brun qui semble dû à la résorption d'une matière pigmentaire. Au-dessous de cette périostite locale, on trouve que le tissu de l'os lui-même auquel le périoste n'adhère que faiblement en ce point est rouge, congestionné, friable, ramolli : un scalpel entame facilement le tissu compact, raréfié et même en détache des lames minces.

En dedans de ce point, on trouve un kyste semblable à celui du bras dont il diffère toutefois en quelques points : car si l'on trouve à l'intérieur une masse pulpeuse jaunâtre, on n'y rencontre pas de liquide, et le tissu condensé qui lui sert de membrane ne forme pas un véritable kyste. Il a le volume d'une noix.

Cavité encéphalique.— Rien au cerveau.— Injection vive des méninges avec dilatation des veines; épanchement sous-arachnoïdien léger (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Plaie par écrasement des membres inférieurs; mort rapide; lésions des vaisseaux;

Par M. **DURET**, interne des hôpitaux.

Gr...., jeune garçon de 15 ans, traversait la voie ferrée près de la station de la Maison-Blanche; un train, qui passait au même moment, le renversa et lui broya les deux jambes. On le releva, un médecin lui fit un premier pansement, et on le transporta à la Pitié, dans le service de M. VERNEUIL.

Il paraissait souffrir atrocement, et n'avait conservé qu'une connaissance fort imparfaite. Ses deux mains étaient froides, il nous fut impossible de sentir le pouls à l'artère radiale et à l'artère humérale : les battements du cœur étaient extrêmement faibles, et au nombre de 160.

Nous enlevâmes avec précaution les lambeaux de linge qui entouraient les deux moignons des membres écrasés. C'est à peine si ces linges étaient souillés de quelques taches de sang; le brancard sur lequel on l'avait apporté, le drap qui l'avait enveloppé, ses habits eux-mêmes ne présentaient aucune trace d'hémorrhagie abondante.

Le membre inférieur *droit* avait été broyé au niveau du genou; les fragments des deux condyles fémoraux pendaient à des lambeaux musculaires de la cuisse; le fémur était rompu à l'union du tiers-moyen avec le tiers inférieur de la diaphyse; on ne *voyait pas de caillots de sang* au milieu des muscles écrasés; on sentait quelques battements très-faibles dans l'artère *fémorale*. Le membre inférieur gauche était séparé au niveau du tiers supérieur de la jambe; le genou et le bout supérieur du tibia, terminés en une pointe très-aiguë, étaient décortiqués; des lambeaux musculaires étaient formés par les muscles du mollet.

Aucun des deux moignons ne donnait lieu à un écoulement de sang notable. — On ordonna de faire prendre au malade un bol de thé au rhum.

A huit heures du soir, M. NICAISE, appelé par l'interne de garde, examina le blessé. Le pouls, quoique très-faible, était revenu, on pouvait compter 140 pulsations à la minute; un thermomètre, placé dans l'aisselle, marquait 37°; le visage était moins pâle, mais les yeux étaient toujours convulsés en haut. Le blessé ne répondait pas aux questions, mais poussait des cris aigus dès qu'on le touchait; il agitait ses deux moignons avec une grande force, et on avait peine à le contenir. Pas d'émission d'urine, pas de défécation involontaires. M. Nicaise hésita longtemps avant de se décider à intervenir; cependant, en présence de la légère amélioration survenue dans l'état du pouls, de la température relativement assez élevée, considérant que, si l'amputation des deux cuisses était une opération d'une gravité extrême, c'était l'unique chance de salut pour le blessé, et que, si on s'abstenait, la mort surviendrait d'une façon plus rapide et plus certaine encore, il résolut enfin de tenter l'amputation sans chloroforme. On pouvait penser, d'ailleurs, que l'état de prostration du blessé était dû au *schock*, et non à une hémorrhagie abondante, rare, d'après les auteurs classiques, dans les plaies par écrasement, et qui ne pouvait lui être révélée par l'examen des pièces du pansement et des habits du blessé, puisque, comme nous l'avons dit, ils n'étaient pas souillés par le sang.

Pendant qu'on préparait les instruments, on vit tout à coup le blessé pâlir, sa bouche s'entr'rouvir, il fit trois ou quatre inspirations superficielles, et il mourut.

AUTOPSIE le 3 mai, 36 heures après la mort. Le *cœur* petit, flasque, revenu sur lui-même, ne contient *pas le moindre caillot, ni dans les ventricules, ni dans les oreillettes.* Il ressemble à un cœur qu'on a lavé soigneusement au moment d'une autopsie, de manière à en chasser la moindre trace de sang. Les veines coronaires renferment une sérosité roussâtre, peu abondante. Pas de caillots dans l'aorte, la veine cave inférieure, dans l'artère et la veine pulmonaire, dans les gros vaisssaux des membres. Cet état du système circulatoire démontre qu'au moment de la mort, il devait contenir très-peu de sang, et que celui-ci a dû se répandre à l'extérieur ou dans un viscère important. Poids du cœur, 170 grammes.

Les deux *poumons* sont affaissés dans la cavité thoracique; leurs sommets et leurs bords antérieurs sont le siége d'un emphysème sous-pleural et intra-alvéolaire (emph. agonique.) Leurs alvéoles sont atélectasiés, leur tissu ne crépite pas sous le doigt, cependant un morceau surnage. Leur coupe ne laisse pas du tout couler de sang, ils semblent desséchés, et, au lieu de la couleur rosée normale, ils présentent une teinte gris cendré; il y a une *anémie considérable* du tissu pulmonaire. Cependant, les deux poumons insufflés se dilatent avec facilité. — *Poids:* poumon droit, 290 gr., gauche, 230.

Le *rein* droit pèse 92 gr., le gauche, 95. Teinte grisâtre de leur tissu; à la coupe, la région corticale paraît exsangue, et, dans les pyramides, on ne voit pas de stries vasculaires, alternant avec les stries des tubes collecteurs. L'artère et la veine rénale ne renferment pas de sang. Quelques étoiles de Verheyen se dessinent cependant à la surface.

La *vessie* ne contient pas une goutte d'urine : sa muqueuse est blanchâtre, absolument décolorée.

(1) Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique.*

Le *foie* pèse 1,035 gr., il est flétri à sa surface, sa coupe montre un tissu rétracté, revenu sur lui-même ; le couteau qui opère la section n'est nullement teinté par le sang, c'est à peine si l'on peut faire sourdre, par la compression, *un peu de sérosité roussâtre de ses plus gros vaisseaux.* La vésicule contient une bile jaunâtre.

Rate, 70 gr., petite, plissée à sa surface, renfermant une pulpe épaisse, couleur lie de vin.

Cerveau, 1,435 gr. Les vaisseaux des méninges sont absolument vides de sang; *anémie* remarquable de toute la substance cérébrale.

Examen des membres écrasés. — Le membre droit est écrasé au niveau de la partie inférieure de la cuisse. Les lambeaux des muscles triceps en avant, et des muscles demi-membraneux, demi-tendineux, etc., en arrière, sont écrasés perpendiculairement ; il ne semble pas y avoir eu d'arrachement proprement dit de leurs fibres propres, mais il semble que les gaines enveloppantes et les aponévroses de la cuisse avaient subi une certaine traction, car elles flottent déchirées, éraillées en lambeaux plus ou moins longs dans la plaie ; il en résulte un décollement musculaire qui remonte jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Il est impossible de trouver dans l'extrémité du moignon écrasé le moindre caillot sanguin. — Le fémur est rompu à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur ; il n'y a pas d'esquilles, il existe seulement deux petites pointes très-courtes, l'une antérieure, l'autre postérieure ; le mode de fracture paraît être autant celui des fractures transversales que celui des fractures directes. Les *artères* du moignon ont été enlevées avec précaution et disséquées avec soin après avoir été étendues sur une plaque de liége. La rupture de l'artère principale du membre s'est faite bien au-dessous de l'écrasement de la cuisse; en effet, nous trouvons l'artère fémorale entière, l'artère poplitée, et c'est seulement au niveau de la division de l'artère tibio-péronière en ses deux branches : artère tibiale postérieure, et artère péronière, que la séparation a eu lieu ; il reste un tronçon d'un centimètre environ des deux artères de la partie postérieure de la jambe. L'artère tibiale antérieure est rompue à environ deux centimètres de son origine. Les veines contiennent un peu de sérosité roussâtre, et sont coupées au niveau des artères. Les gros troncs nerveux semblent avoir été sectionnés d'une manière assez nette. Cependant, les gros faisceaux nerveux ont subi une certaine traction, car ils semblent dissociés par l'écrasement dans la gaine principale du nerf; à l'extrémité, ils font issue de 3 ou 4 millim. hors de cette gaine.

Le *membre gauche* a été coupé au-dessous du genou, au tiers supérieur de la jambe. Les muscles, et les tissus fibreux présentent le même aspect que du côté opposé. Le *tibia* se termine par une pointe très-aiguë ; le péroné a été arraché de ses insertions au tibia, et broyé deux travers de doigt au-dessous de sa tête. La rupture des artères s'est faite beaucoup plus bas; car nous retrouvons l'artère tibiale postérieure et l'artère péronière sur une longueur d'au moins 12 cent. au-dessous du tronc tibio-péronier; le bout de la tibiale antérieure a environ 4 cent. de long.

Reflexions. — L'autopsie de cet enfant nous a démontré qu'il n'existe aucune lésion des viscères importants ; quelle est donc la cause de la mort ?

L'absence de concrétions sanguines dans le cœur et dans les gros vaisseaux, l'état d'anémie si prononcé des principaux viscères, nous ont d'abord fait penser que la cause de la mort était une hémorrhagie abondante. Nous ne pouvions d'abord supposer que cette espèce de sérosité sanguinolente qui remplissait les veines, et infiltrait les tissus, était due à une décomposition, à une transformation rapide du sang. Il semblait probable qu'une grande quantité de sang avait été perdue par l'enfant, que le sérum des tissus était venue compenser en partie la perte de liquide brusquement subie par l'économie. C'est ce qu'on observe chez les animaux auxquels on a fait une saignée copieuse : on ne trouve pendant les heures et les jours qui suivent qu'un liquide séreux et peu plastique dans les vaisseaux. Ce qui nous confirmait dans cette opinion de mort par hémorrhagie, c'étaient encore les symptômes terminaux : pâleur extrême de la face, pouls insensible au niveau des radiales, puis petit et très-fréquent, yeux convulsés en haut et oscillant lentement dans leurs orbites etc., etc... Trois symptômes cependant ne concordaient pas : 1° la température était relativement élevée (37° dans l'aisselle ;) 2° les extrémités n'étaient pas froides ; 3° le blessé pendant les 4 heures qu'il avait survécu, avait une grande vigueur ; il fallait trois personnes pour le contenir, sous l'influence du subdelirium, il agitait ses moignons avec une force extraordinaire.

Nous avions pensé qu'une dissection attentive des vaisseaux des membres écrasés pourrait nous confirmer dans notre hypothèse. — Déjà, dans la description de l'autopsie, nous avons fait remarquer que ni dans les muscles écrasés, ni dans les bouts des artères rompues, il n'existait de caillots sanguins.

Les extrémités des vaisseaux nous ont tous présenté la disposition suivante, sur laquelle nous croyons utile d'attirer l'attention, parce qu'elle est contraire à la description des auteurs classiques. Ceux-ci disent en effet que, lorsqu'un écrasement survient dans un membre, les artères ne donnent pas de sang, parce que la tunique interne et la tunique moyenne se *recroquevillent* à l'intérieur du vaisseau, et forment un bouchon qui oblitère complètement son calibre, tandis que la tunique externe tiraillée et rompue beaucoup plus loin, enveloppe le bout du vaisseau d'une sorte de cône celluleux qui se termine à 1|2 ou à un centimètre de la section des deux autres tuniques. — Or, l'examen le plus attentif nous a montré chez notre sujet que, ni dans le bout supérieur, ni dans le bout inférieur des artères, les deux tuniques internes *ne s'étaient recroquevillées* : elles étaient coupées très-nettement ; la circonférence sectionnée présentait seulement quelques dentelures produites par l'irrégularité de l'écrasement. La tunique externe formait une sorte de cône celluleux peu résistant ; sur quelques artères ce cône celluleux était tellement éraillé par le corps contondant et des grains de sable qu'il était aussi mince que la toile d'araignée la plus délicate. On comprend d'après cette description, quelle faible résistance cette mince couche celluleuse peut opposer aux chocs de l'ondée cardiaque. Dans les premiers moments de l'accident, les tissus voisins écrasés forment autour des bouts artériels une sorte de magma qui les protége, et les soutient contre l'ondée sanguine : mais lorsque les battements du cœur deviennent plus puissants, ou lorsque les plaies commencent à se déterger, on comprend avec quelle facilité des hémorrhagies secondaires peuvent survenir.

Dans la lettre remarquable qu'il écrivait en 1872 dans la *Gazette hebdomadaire,* M. le Dr Verneuil a déjà décrit cette disposition des bouts artériels, cette absence de *recroquevillement* des tuniques internes dans les écrasements des membres. (1) Il a démontré la part importante que prenait dans la formation du caillot, la contractilité artérielle, ou plutôt la contracture qui souvent se prolongeait pendant 10, 12 et 24 heures.

Quoi qu'il en soit du mécanisme de l'hémostase dans les écrasements des membres, il semblait probable, d'après l'examen anatomique, que nous venions de faire des artères de cet enfant, qu'il n'était pas impossible qu'il fût mort d'hémorrhagie. C'était là un fait important à constater : car, on sait que, d'après la doctrine classique, les grands écrasements, comme les arrachements des membres des blessés ne donnent jamais beaucoup de sang.

Mais où l'hémorrhagie avait-elle eu lieu ? Nous avons déjà pris soin de faire remarquer que, ni les linges qui entouraient les deux moignons, ni le drap qui enveloppait l'enfant, ni le brancard sur lequel on l'avait apporté, n'étaient tachés par le sang ; qu'il n'en avait pas perdu pendant le trajet, ni pendant son séjour à l'hôpital. Il fallait donc admettre qu'une hémorrhagie abondante était survenue au lieu de l'accident. C'est ce fait que nous avons entrepris de vérifier avec le plus grand soin.

Le surlendemain du jour où on avait apporté l'enfant à l'hô-

(1) M. Verneuil. — Lettre chirurgicale à M. le Dr Notta, chirurgien en chef de l'hôpital de Lisieux. *Gazette hebdomadaire,* 22 février 1872.

pital, nous sommes allé à la station de la Maison-Blanche. Là nous nous sommes livré à une enquête très-minutieuse. Nous ne pouvons ici raconter en détail toutes les questions que nous avons posées successivement à M. le chef de gare qui, cinq minutes après l'accident était auprès du blessé, à M le Dr Boullant, de la Maison-Blanche, qui était dans le train, et qui, s'était transporté aussitôt auprès de l'enfant, et l'avait vu dans la position où l'avait laissé le train après son passage. M. Boullant lui-même avait retourné le blessé qui était couché la face contre terre. Il nous a affirmé avoir été lui-même frappé de ce fait, qu'il ne s'écoulait pas de sang par les moignons des membres écrasés, et que le sol de la voie n'en était pas souillé. « Il a seulement remarqué, nous a-t-il dit, qu'il s'écoulait des muscles une sorte de *sérosité roussâtre et graisseuse.* Mais je puis certifier que l'enfant n'a pas perdu deux verres de sang. » M. le Chef de Gare et le Piqueur de la voie nous ont aussi affirmé avec une grande précision que le sang ne coulait pas de la plaie, que le sol n'en avait pas été souillé, et qu'enfin, en relevant le blessé, les mains des hommes, les mains du médecin, les linges dont on avait enveloppé les membres n'en présentaient aucune trace.

Ainsi les faits qui nous avaient été relatés à la Maison-Blanche étaient en rapport avec la doctrine classique : dans les écrasements des membres, les blessés ne perdent pas de sang. Le problème que nous nous étions proposé de résoudre restait tout entier.

Quelle était la cause de la mort de cet enfant ?

Fallait-il l'attribuer à la commotion nerveuse, produite nécessairement par un traumatisme si considérable? Cette doctrine du *schock*, comme disent les anglais, nous satisfait peu lorsqu'il s'agit des écrasements des membres. Elle ne répond à aucune lésion, ni à aucun fait physiologique connu. Tout au plus pourrait-on admettre cette commotion pour les vastes contusions de l'abdomen. En tout cas, il serait nécessaire de savoir en quoi consiste cette commotion qui met cinq heures à parcourir ses phases, et si pendant ce temps la thérapeutique n'en pourrait pas combattre les effets. Il nous est impossible de résoudre ces questions; toutefois, nous ferons remarquer cet état séreux et graisseux du liquide contenu dans les vaisseaux et imbibant les parenchymes (muscles, viscères, etc).

Nous rappellerons aussi que déjà certains auteurs anglais ont signalé ce fait singulier que, dans les grands traumatismes, il se fait une décomposition subite du sang.

A l'autopsie nous avons aussi remarqué, nous et ceux qui nous entouraient, que le cadavre de cet enfant, dont la vie avait pourtant été tranchée si brusquement, et que les membres écrasés surtout exhalaient une odeur très-infecte, quoique nulle part on n'observât ces changements de coloration que d'ordinaire la putréfaction produit dans les tissus.

En résumé, nous avons eu l'intention par cette communication d'attirer l'attention de la Société sur deux faits : 1° l'un est anatomique : c'est l'absence de *recroquevillement* des tuniques internes des artères dans les écrasements puissants. (Il est probable qu'il faudrait distinguer l'état des artères dans les plaies par arrachement, et dans les plaies par écrasement); 2° l'autre serait important à résoudre au point de vue de la pratique chirurgicale. Quelle est la cause de la mort dans ces grands traumatismes par écrasements des membres? (Accidents de chemin de fer, etc..?) Convient-il d'amputer les blessés dans ces circonstances?... (Voir page 534).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Programme du prix à décerner en 1876.* — La Société étant d'avis que les théories récemment proposées tant en France qu'en Allemagne, pour expliquer la formation des Œdèmes, sont incomplètes et ne reposent pas sur des expériences assez probantes, met au concours la question suivante : *Exposer la Pathogénie de l'Œdème.*

Le prix est une MÉDAILLE D'OR DE 300 FRANCS, à décerner à la fin de l'année 1876. Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *franc de port*, à M. DOUAUD, secrétaire général de la Société, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1876, limite de rigueur. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; ils doivent désigner leur mémoire par une épigraphe qui sera répétée sur billet cacheté, contenant leur nom, leur adresse ou celle de leur correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière concernant l'épilepsie.

De l'Oxyde de zinc (1)

Divers médecins, entre autres Paracelse, Bursérius, Vandoyer, Laroche, Brachet (de Lyon), Maldriga, Siedler (2) avaient déjà employé avec des résultats variables, mais plutôt avantageux, l'oxyde de zinc dans le traitement de l'épilepsie, lorsque Herpin (de Genève) fit une étude plus rigoureuse de ce médicament, et lui consacra l'un des chapitres les plus intéressants de son ouvrage : *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie* (Paris, 1852).

Herpin a donné l'oxyde de zinc à 46 malades. Les doses étaient en rapport avec l'âge des malades. Chez les enfants ayant moins de cinq mois, il commençait par 0 gr. 05, pour arriver à 0 gr. 30. Aux enfants de 2 à 10 ans, il administrait d'abord 0 gr. 10 et montait progressivement à 0 gr. 50. Un enfant de 2 ans prit 195 gr. en 6 mois. Mais, il est possible, surtout lorsqu'il s'agit d'épileptiques adultes, de débuter par des quantités considérables : de 0 gr. 15 à 1 gr. 30. Toutefois, comme certains malades, au dire même de Herpin, ne tolèrent pas le médicament à la dose de 0 g.15, il est préférable de prescrire des doses très-faibles et de les augmenter plus ou moins rapidement suivant les circonstances.

Cet excès de prudence est en quelque sorte d'une nécessité absolue dans les services comme ceux de la Salpêtrière, car les malades, vieilles épileptiques pour la plupart, sont très-difficiles à traiter et, au moindre malaise, refusent de prendre les médicaments. En ayant recours à des doses initiales très-modérées, on a plus de chance de parvenir au but qu'on se propose. Tel est le motif principal qui nous a conduit à ne prescrire, à l'origine, que 0 gr. 02 d'oxyde de zinc pendant quelques jours à deux des quatre malades qui composent cette série; 0 gr. 04 à une autre et 0 gr. 09 à la dernière.

Herpin donnait l'oxyde de zinc tantôt sous forme de poudre associée à du sucre ; exemple:

Oxyde de zinc	3 grammes.
Sucre	4 —

Divisez en 20 paquets : 3 par jour; un après chaque repas.

Tantôt sous forme pilulaire et alors il l'associait quelquefois à l'extrait de valériane. Cette association—et Herpin en fait d'ailleurs la remarque — avait l'inconvénient de prêter à la critique. D'autre part, les pilules ainsi composées, se rapprochaient des pilules de Méglin (3). Voulant étudier les effets de l'oxyde de zinc, nous ne nous sommes servi que de pilules dont l'excipient était une poudre inerte. Nous n'insisterons pas davantage sur ces considérations préliminaires et nous allons résumer de suite les observations de nos quatre malades.

OBSERVATION I. — Seill.... J. Stéphanie, 47 ans, est entrée à la Salpêtrière le 13 mai 1854. — Cette malade, épileptique depuis l'âge de 7 ans, a suivi un traitement par le *sulfate de cuivre ammoniacal*, dont elle a pris 43 grammes en 122 jours Loin de diminuer, les accès ont augmenté et le sulfate de cuivre fut supprimé le 31 juillet 1874. — Quelques jours plus tard, S... fut mise au traitement par l'*oxyde de zinc*. Nous ne faisions qu'appliquer en cela la méthode de Herpin.

Traitement. — 5 *août* : 3 pilules de 0 gr. 03 d'oxyde de zinc. — 11 *août*: 6 pilules de 0 gr. 04. — 15 *août* : 6 pilules de 0 gr. 05...... — 1er *septembre* : 8 pilules de 0 gr 08.— 10 *septembre* : 9 pilules de 0 gr. 09...... 31 *octobre* : 11 pilules de 0 gr. 12..... — Fin *décembre* : 12 pilules de 0 gr. 15..... Fin *août* 1875 : 12 pilules de 0 gr. 20. — Nous avons reproduit ces chiffres parce qu'ils donnent une idée très-exacte de la façon

(1) Voir les nos 16, 24, 25, 26, 27 et 28. — (2) Voir pour plus amples renseignements : Delasiauve. — *Traité de l'épilepsie*, 1854.

(3) Voici la composition des pilules de Méglin : Extrait de jusquiame, 2 grammes; extrait de valériane, 2 gr.; oxyde de zinc, 2 gr., F. S. A. 36 pilules. On débute par une pilule.

dont nous avons procédé et qu'ils pourront servir de guide. Examinons les résultats.

	1873.		1874.		1875.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier...	7	4	4	»	7	5
Février...	20	»	3	1	10	20
Mars.....	14	»	9	2	10	44
Avril.....	12	»	127	101	14	»
Mai......	11	»	18	29	14	1
Juin......	9	»	20	[illegible]	16	3
Juillet....	16	»	26	15	19	28
Août.....	13	»	19	51	13	»
Septembre	8	[illegible]	26	2		
Octobre...	12	[illegible]	26	»		
Novembre.	6	170	14	2		
Décembre.	3	»	21	36		
	131	174	313	239		

Durée du traitement : un an. — Dose prise : 700 grammes.

	Accès	Vertiges
Du 1er sept. 1873 au 1er sept. 1874....	255	369
— 1874 — 1875....	190	141

D'où il suit que, durant l'année pendant laquelle la malade a pris de l'oxyde de zinc, elle a eu 65 accès et 228 vertiges de moins que pendant l'année précédente. Bien que la malade ait absorbé 700 gr. d'oxyde de zinc en un an, son poids s'est accru de cinq kilogr. (41 kilogr. — 46 kilogr.)

Les chiffres d'accès que nous venons d'inscrire indiquent que nous avions affaire ici à une épilepsie grave, en raison non-seulement de la fréquence des accidents, mais encore de la coexistence des accès et des vertiges. Malgré une situation aussi défavorable, il y a eu une amélioration assez prononcée.

Observation II. — Brul.... C. Joséphine, 40 ans, est entrée le 30 décembre 1873 à la Salpêtrière (service de M. Charcot). Elle est épileptique depuis l'âge de 25 ans.

Traitement. — 11 *août* 1874 : 1 pilule de 0 gr. 04...... 31 *octobre* : 11 pilules de 0 gr. 12 (1 gr. 32 par jour)..... *Février* : 12 pilules de 0 gr. 15 (1 gr. 80 par jour)...... *Août* : 12 pilules de 0 gr. 20 (2 gr. 40 par jour). — A la fin d'août 1875, Brul... avait ingéré [illegible] grammes d'oxyde de zinc.

	1874		1875	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier...	3	2	»	[illegible]
Février...	2	[illegible]	»	1
Mars.....	[illegible]	2	2	2
Avril.....	[illegible]	[illegible]	1	
Mai......	[illegible]	[illegible]	[illegible]	»
Juin.....	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Juillet....	2	[illegible]		[illegible]
Août.....	2	[illegible]	[illegible]	»
Septembre.	[illegible]			
Octobre...	1			
Novembre.	2			
Décembre.	[illegible]	[illegible]		

Durée du traitement : un an. Dose prise : [illegible] grammes. Poids initial = [illegible] kilogr. Poids actuel = [illegible] —

La malade n'étant dans le service que depuis le 30 décembre 1873, nous n'avons, relativement aux accès, que des éléments comparatifs assez insuffisants. Quoi qu'il en soit, nous voyons : 1° que, dès le mois d'octobre 1874, les accès sont moins communs, et que les vertiges disparaissent pendant quatre mois ; 2° que, du 1er janvier au 1er septembre 1874, elle a eu 16 accès et 20 vertiges, tandis que du 1er janvier au 1er septembre 1875, période correspondant au traitement on n'a compté que 10 accès et 8 vertiges. L'oxyde de zinc a donc eu, chez cette femme, un effet favorable.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le dernier concours de l'agrégation en chirurgie. Rapport de M. le professeur Richet.

Le rapport sur le concours des facultés de médecine (section de chirurgie et d'accouchements) par M. le professeur Richet a paru au *Journal officiel* le mardi 7 septembre. En général, dans ces sortes de manifestes, le président du jury ne rend pas compte seulement des épreuves du concours; il ne se contente pas uniquement de louer les candidats et les auditeurs ; il profite de cette circonstance solennelle pour exprimer respectueusement à M. le Ministre les désirs des professeurs et les besoins de la Faculté. C'est un des rares vestiges de la noble indépendance de la vieille Université. Il serait à désirer que nos maîtres usassent plus largement de ce droit. Les élèves aujourd'hui, moins bruyamment qu'autrefois peut-être, savent être reconnaissants envers ceux qui prennent réellement soin de leurs intérêts. — Et, du reste, n'est-ce pas les intérêts de la Faculté elle-même qu'il s'agit de défendre dans la période que nous traversons ?

M. le professeur Richet, dès le commencement de son rapport exprime le regret de voir qu'un petit nombre d'auditeurs seulement assistent au concours de l'agrégation en chirurgie.

« Nos concours actuels de l'agrégation, dit-il, *moins suivis par les élèves qu'ils ne l'étaient autrefois*, sans que d'ailleurs on puisse en déterminer nullement la cause, n'ont pas cessé cependant d'attirer l'attention du public médical éclairé et d'éveiller sa curiosité. Ces assises solennelles qui se renouvellent périodiquement tous les trois ans, peuvent être considérées, à juste titre, comme la plus complète expression des tendances et des aspirations de notre jeunesse médicale. »

Il est un fait qui a certainement frappé tous les observateurs : tandis qu'au concours de médecine l'amphithéâtre regorgeait de monde, pendant les épreuves de chirurgie nombre de bancs étaient vides. Cette pénurie d'auditeurs n'était certainement pas due à la différence des qualités des candidats; en chirurgie, comme en médecine, nous avons assisté à des épreuves brillantes. Faut-il en accuser le choix des sujets imposés aux candidats et la manière de les traiter ? M. le professeur Richet incline vers cette façon de penser.

« Dans les diverses épreuves, les questions encore à l'étude sont toujours posées, agitées et discutées, même avec beaucoup de talent ; mais, elles ne sont jamais résolues, et, elles ne sauraient l'être, car ces vaillants compétiteurs ne sont encore que des élèves et le reflet plus ou moins conscient des maîtres qui les ont formés et pénétrés de leurs idées... Or, il est certain, que l'intérêt de ces leçons en est diminué vis-à-vis des élèves, les auditeurs sachant parfaitement à qui revenir de droit la responsabilité des opinions émises et discutées. »

Pour nous, nous croyons avoir en effet remarqué dans les concours de médecine plus d'indépendance, et, une tendance plus accusée à essayer ses propres forces, tout en prenant comme base les travaux des maîtres. M. le professeur Richet dit avec raison que les candidats ne sont encore que des élèves, mais ce sont des élèves qui vont devenir des maîtres. Cette différence entre l'affluence des auditeurs dans les deux concours trouve encore une explication naturelle dans un fait matériel : la masse des élèves a déjà sa curiosité satisfaite par le concours en médecine, qui, lui-même, dure quatre longs mois. C'est aussi la période des examens et des autres concours.

L'appréciation de M. le professeur Richet sur l'épreuve de vingt-quatre heures est très-remarquable et elle sera louée beaucoup.

« L'épreuve après vingt-quatre heures de préparation, avec latitude de consulter ses notes et des livres, qui porte sur des sujets tirés au sort, mais soigneusement préparés et discutés par le Jury, est, à mes yeux, celle qui permet le mieux d'apprécier avec sûreté le mérite du candidat professeur. On est en droit d'exiger beaucoup de lui, car il ne peut plus invoquer comme dans l'épreuve précédente les troubles des souvenirs et les défaillances de la mémoire.

« Ici, en effet, la mémoire ne joue plus qu'un rôle secondaire, et, c'est le jugement, c'est-à-dire, une des qualités les plus élevées de l'intellect, qui doit se donner carrière pour coordonner les nombreux matériaux dont dispose le candidat. Il ne suffit pas d'amonceler les citations et les faits pour faire preuve d'une érudition toujours facile, grâce aux nombreux dictionnaires et aux travaux monographiques. Ce qu'il importe surtout et avant tout, c'est de choisir sobrement parmi les documents, ceux qui peuvent éclairer la question ; c'est de les distribuer de telle façon qu'à la fin de la leçon, l'auditeur, bien préparé, puisse, pour ainsi dire, prévoir et tirer lui-même la conclusion. Il faut aussi mesurer le temps de manière à arriver à la fin de la leçon sans être obligé d'en sacrifier aucune partie. Rien n'est plus difficile qu'une leçon ainsi comprise, et pour réussir, il faut d'abord posséder son sujet, non pas depuis vingt-quatre heures, mais de longue date et être rompu par les conférences ou l'enseignement particulier au dur noviciat du professorat. C'est donc avec raison qu'on a toujours considéré cette épreuve, après vingt-quatre heures de préparation, comme le vrai critérium des candidats, et, pour mon compte, je ne suis pas éloigné de penser que pour rendre un jugement aussi équitable que possible, il faudrait la doubler. »

Plus loin, M. le professeur Richet croit devoir faire remarquer que les candidats ont trop généralement sacrifié le traitement et plus particulièrement encore les indications et les contre-indications de la médecine opératoire. Nous pensons que ce reproche est fondé ; mais, malgré le conseil donné à la génération à venir, il est probable, qu'aux yeux des maîtres ce sera toujours la partie faible des épreuves. C'est qu'en effet, entre le premier candidat qui se présente à l'agrégation et le maître qui le juge, les plus grandes différences ne sont pas toujours dans les connaissances scientifiques, mais bien plutôt dans la pratique de la chirurgie, c'est-à-dire dans le traitement ; un jugement rapide et sûr, l'aptitude à saisir les indications opératoires, et la facilité dans l'exécution sont l'œuvre de l'expérience et s'acquièrent bien difficilement par des études purement théoriques. D'ailleurs, les éloges que M. le professeur Richet donne aux candidats à propos de l'épreuve clinique montrent bien qu'ils ont fait preuve de « connaissances pratiques, qui témoignent de la bonne direction des études dans notre Faculté. »

Tout le monde a approuvé sans doute le passage du rapport de M. le professeur Richet où il expose les résultats généraux du concours de l'agrégation et où il en tire d'heureux présages pour l'avenir.

En résumé, M. le Ministre, ce concours a été certainement un des plus brillants parmi ceux auxquels il m'a été donné d'assister, et il témoigne hautement du niveau atteint par les études médicales dans cette Faculté de Paris que quelques esprits chagrins affectaient naguère de considérer comme en pleine décadence. Jamais nous n'avons cru devoir répondre à ces insinuations : nous avons préféré suivre l'exemple de l'illustre philosophe, qui, pour démontrer le mouvement, se mit à marcher ; nous, nous avons professé, et nos cours se sont remplis d'élèves, à ce point, qu'à aucune époque la Faculté n'a connu un pareil empressement, une telle splendeur. Aujourd'hui, nous pouvons montrer avec orgueil les élèves que nous avons formés, nous pouvons, en face de l'étranger qui nous les envie, proclamer qu'ils sont forts parmi les forts.

Nous partageons complétement l'opinion de M. le professeur Richet sur la vitalité de notre Faculté de médecine : elle a été et elle sera toujours la source la plus puissante de l'enseignement médical : mais, il est utile de faire remarquer que si l'attaque au point de vue scientifique est impossible, peut-être essaiera-t-on de la dépouiller d'un certain nombre d'étudiants qui seraient devenus ses élèves. On aurait vu, avec une grande satisfaction, M. Richet exposer à M. le Ministre que tous ces brillants résultats sont l'effet de l'initiative propre des maîtres et des élèves, mais que les ressources matérielles font complétement défaut. Dans les hôpitaux, la grande masse des étudiants oscille sans direction et sans éducation réellement pratique ; dans les salles de dissection, c'est à peine si un petit nombre des plus zélés peuvent trouver place ; beaucoup, cependant, se font inscrire et paient la Faculté. Dans les deux endroits, l'instruction élémentaire, pratique, *personnelle*, est impossible avec l'organisation actuelle. A-t-on songé à utiliser les forces dont on dispose ? Le corps si savant et si dévoué des agrégés, les chefs de cliniques, les prosecteurs et les aides d'anatomie, les médecins des hôpitaux, qui ne sont rattachés par aucun lien direct à la Faculté, les internes eux-mêmes pourraient former des phalanges d'enseignement élémentaire, où les élèves recevraient une instruction solidement pratique. Quel que soit leur dévouement, les professeurs de la Faculté (d'ailleurs en petit nombre dans les chaires de clinique), ne peuvent qu'imprimer au mouvement une direction générale et le maintenir dans une sphère élevée. Au sein de la Faculté, n'est-ce pas l'enseignement libre qui compte le plus d'élèves pour l'instruction élémentaire. Il serait temps de songer que c'est sur ce terrain qu'on essaiera d'abord de combattre.

M. le professeur Richet termine son rapport en demandant, comme M. le professeur Chauffard, qu'un temps plus long soit accordé pour la thèse.

« Je ne sais pas, ajoute-t-il, s'il serait profitable de donner le sujet dès le début du concours, de façon à ce que les compétiteurs puissent travailler à leur thèse en même temps qu'ils subiraient leurs autres épreuves. Je craindrais de troubler les deux ordres de travaux, je voudrais donc qu'un temps plus long fût accordé, mais, comme il l'est aujourd'hui, à la fin du concours, il me paraîtrait indispensable aussi de limiter le nombre des pages d'impression et de fixer un maximum. Du moment où on donne plus de temps pour la composition, on peut réduire le nombre des pages. »

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien ces réflexions de M. Richet sont justes ; tous ceux que nous avons entendus exprimer leur pensée les ont hautement approuvées. Cependant, nous croyons utile de reproduire une opinion déjà émise dans ce journal : la thèse ne devrait pas être seulement un travail de compilation plus ou moins habilement exécuté avec l'aide d'avis bienveillants, mais une œuvre originale, profondément méditée, et lentement construite. Il ne faudrait ni choisir le sujet, ni donner un temps limité : mais on pourrait fixer un nombre de pages maximum. En effet, choisir un sujet, c'est parfois donner à un candidat un travail en dehors de ses aptitudes : tel est bon clinicien qui n'est qu'un très-médiocre histologiste ; celui-ci est brillant dans la chaire ; celui-là, au contraire, est remarquable par l'originalité de ses vues et par sa ténacité dans les recherches ; or, dans les conditions du concours actuel, certaines de ces qualités, pourtant indispensables à l'enseignement et aux progrès de la science, échappent complétement à l'appréciation du jury. Nous voudrions en un mot, qu'on donnât à tous les talents le droit de se révéler : un travail original, longuement mûri, nous paraît seul offrir les avantages, et couronner dignement les épreuves si difficiles de l'agrégation.

Nous devons, en finissant, nous faire l'interprète d'un regret que nous avons entendu exprimer généralement : dans le rapport publié par le *Journal Officiel*, il n'est fait aucune mention spéciale des candidats et des épreuves

pour la place d'agrégé en accouchements. La science de l'obstétrique a pris de tels développements dans ces derniers temps qu'il serait maintenant indispensable de lui créer une place à part un peu plus large non seulement à la faculté mais encore dans les hôpitaux et peut-être serait-il bon d'accorder aux candidats un jury distinct de celui de la chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

Après le dépouillement de la correspondance, M. GIRAUD-TEULON a la parole pour la continuation de la discussion sur la *myopie*. L'éminent spécialiste entre dans des détails intéressants sur le rôle des différents muscles de l'œil dans l'adaptation de cet organe aux différentes distances. — Après quelques observations de M. J. GUÉRIN, la séance est levée à 4 heures 1/4. Nous résumerons cette discussion dès qu'elle sera terminée, dans notre *Revue d'ophthalmologie*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 7 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Anévrysme de l'artère pulmonaire dans une caverne tuberculeuse; par M. H. LIOUVILLE, directeur du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Cette pièce a été recueillie à l'autopsie d'un jeune homme de 17 ans, mort de tuberculose pulmonaire, sans avoir jamais eu d'hémoptysie. Aussi, l'anévrysme n'avait-il pu être même soupçonné; cependant, il s'était ouvert, ainsi qu'on le reconnut à l'autopsie, mais la bronche qui aboutissait à la caverne étant oblitérée, le sang n'avait pu être rejeté au dehors. C'est même ce fait qui donne le plus grand intérêt à cette pièce; car, sous d'autres rapports, elle ne diffère guère des autres exemples qui ont été présentés à la Société anatomique.

2. Plaie par écrasement des membres inférieurs; mort rapide; lésions des vaisseaux; par M. DURET, interne des hôpitaux. (V. p. 529.)

M. DESPRÉS. Je conserve quelques doutes sur la valeur des renseignements fournis à M. Duret; car, d'après les résultats de l'autopsie, il est bien évident qu'il y a eu une perte de sang assez considérable, et cela seul suffit pour expliquer la mort.

M. GIRALDÈS. Le système vasculaire était complétement vide; il est donc bien certain qu'il y a eu hémorrhagie abondante, ainsi que cela a lieu le plus souvent dans les accidents de chemin de fer. En outre, il est très-rare que dans les cas de ce genre, les lésions soient exclusivement locales; il y a le plus ordinairement, en sus même de l'ébranlement nerveux, des ruptures viscérales, des désordres internes plus ou moins graves, et, je suis persuadé qu'on se presse toujours beaucoup trop d'opérer, dans ces circonstances.

Quant à ce qui concerne la lésion artérielle, je crois qu'il ne faut pas trop s'en rapporter aux livres classiques, qui souvent ne font que perpétuer des erreurs. En tout cas, le recroquevillement des tuniques artérielles peut être vrai pour les plaies par arrachement; il ne l'est pas pour les plaies par écrasement, et surtout pour celles qu'on observe dans les accidents de chemins de fer.

M. PITRES. La doctrine classique n'est même pas toujours vraie pour les plaies par arrachement. J'ai présenté il y a quelque temps, avec M. Marcano, une pièce qui le démontre parfaitement.

M. CARTAZ. Pour expliquer la mort, il faut aussi tenir compte de ce fait que la suppression brusque d'une partie aussi volumineuse que les deux membres inférieurs, a dû modifier notablement les conditions de la circulation.

M. HOUEL. Je partage complétement l'avis de M. Giraldès, lorsqu'il dit qu'il ne faut pas se presser d'amputer; et je puis rappeler à cet égard un cas que j'ai observé, alors que j'étais externe chez Bérard, en 1839. Dans les travaux du chemin de fer de Versailles, un homme vigoureux reçut un choc violent sur la cuisse, et subit un traumatisme tel qu'il semblait impossible d'éviter l'opération, aussi Bérard se décida-t-il à la pratiquer; mais, au moment où il venait de faire la section des parties molles, le blessé succomba, sans que rien dans l'état des parties lésées permit de prévoir une terminaison aussi rapidement mortelle.

M. DURET. Malgré l'autorité de M. Després, je persiste à croire que les deux témoins, dont l'un est un médecin fort intelligent et fort instruit, ont parfaitement observé les faits et nous ont donné des renseignements très-exacts. Il me semble qu'il n'est pas très difficile de constater une hémorrhagie, qui aurait dû être assez abondante, pour amener la mort.

Séance du 30 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

31. Rhumatisme articulaire; péricardite sanguinolente; méningite; par M. BOISSIER, interne.

Pierre C., âgé de 29 ans, entre le 8 mars 1875, à la Charité, (service de M. Empis) pour des douleurs rhumatismales.

Ce malade avoue des habitudes alcooliques et plusieurs blennorrhagies dont une ayant récidivé il y a 8 jours. — Son mal a débuté il y a 3 jours, par de légers frissons, de la fièvre, des douleurs dans les deux genoux et les deux épaules; il a déliré la nuit qui a précédé son entrée à l'hôpital. — A son entrée, on constate un souffle très-fort à la base et à la pointe du cœur recouvrant les deux bruits normaux. — Le lendemain matin, ce souffle a disparu, la matité cardiaque est très-étendue; pouls fort, 120. — Délire la nuit; — agitation.

Le 10, bruits de frottement à la base du cœur. P. 96 (julep gommeux avec 100 grammes d'alcool et 10 centigrammes d'extrait thébaïque. — Large vésicatoire à la région précordiale; 1 gramme de sulfate de quinine).

Le 11, l'état général du malade paraît aggravé, le délire ne cesse pas; — le malade marmotte et pousse des cris de temps en temps; il veut se lever. Les jointures sont revenues à l'état normal.

12. — P. 112; — délire assez violent pour que l'on ait recours à la camisole de force; matité précordiale toujours assez étendue, bouche sèche, — fuliginosités des gencives, de la langue et du nez.

13. — La nuit a été plus calme. — T. 40° (matin), 39°,4 (le soir).

14. — T. (matin 39°,6.

15. — T. (matin) 39°,8. — Les douleurs reviennent et les gonflements réapparaissent dans les genoux. — Le malade est dans la prostration; il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse et tient les yeux fermés. — (Trois sangsues derrière chaque oreille). — Soir T. 39°,6.

16. — Mutisme absolu; dents serrées; tremblements des mains, soubresaut des tendons (même traitement). — 17. Mort.

AUTOPSIE. — *Crâne.* Epaississement et congestion des méninges surtout de celles qui recouvrent les circonvolutions cérébrales; artères de la base saines.

Poumons très-congestionnés. — *Cœur.* Péricarde très-adhérent aux parties voisines, contenant deux cents grammes environ de liquide séro-sanguinolent; sa face interne est recouverte dans la plus grande partie de son étendue par de fausses membranes épaisses, tomenteuses. Le bord de la valvule mitrale est épaissi; proliférations verruqueuses par place.

Urèthre. On trouve près du gland, enclavé et enchatonné dans la muqueuse uréthrale un morceau de bois rugueux à ses deux extrémités et long de 7 à 8 centimètres.

RÉFLEXIONS. En présence des accidents présentés par ce malade, et étant donnés ses antécédents, on pouvait se demander:

1° S'ils tenaient tous au rhumatisme.

2° S'ils étaient tous sous la dépendance première d'une uréthrite développée par la présence du corps étranger.

3° Si quelques-uns (accidents nerveux) tenaient à l'alcoolisme.

C'est la première de ces trois hypothèses que nous proposons.

32. Stomatite ulcéro-membraneuse; adynamie profonde; cachexie; mort; par M. Boissier, interne.

La nommée C., 48 ans, domestique, entre à la Charité, (service de M. Empis) le 12 mars 1875. — Bien réglée de 16 à 48 ans; n'a jamais fait de maladies graves.

Depuis cinq semaines, se sent moins bien (céphalalgie, bronchite). Depuis deux jours a cessé tout travail; mal de gorge très-intense avec fièvre. — A son entrée, on est frappé de la pâleur de ses traits. — Voix complétement enrouée. La malade ouvre difficilement la bouche; ulcération à fond blanc grisâtre des gencives, sur les parties latérales de la bouche et à la voûte palatine; — les amygdales et le voile du palais paraissent respectés. — Haleine fetide, ganglions sus-maxillaires engorgés des deux côtés. — Salivation assez abondante. — Rien du côté des autres organes. T. 39°,5.

Traitement. — Julep avec chlorate de potasse; vin de quinquina et pommade belladouée.

14. — Même état général, abattement, — grande difficulté à ouvrir la bouche. T. 39°,8.

15 mars, au matin, la malade paraissait mieux; elle meurt dans la nuit sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Autopsie. Rien dans les organes du thorax et de l'abdomen. — Sur les deux faces de l'épiglotte, on trouve des ulcérations grisâtres, légèrement excavées, assez confluentes, se prolongeant dans la partie supérieure des gouttières du pharynx; rien dans le larynx.

Utérus. Parois un peu épaissies. La muqueuse utérine présente au niveau de l'orifice interne du col, un petit polype fusiforme de la grosseur d'un petit haricot, à pédicule charnu, paraissant s'implanter sur une des ramifications de l'arbre de vie.

33. Péritonite purulente aiguë. — Double ovarite. — Pelvi-péritonite ancienne. — Polype fibreux de la cavité utérine. — Pleurésie purulente du côté droit; par Ch. Remy, interne.

Rousseau Marie, âgée de 53 ans, couturière, entre le 15 mars 1875, à l'hôpital de Lourcine (service de M. Lancereaux).

Cette malade raconte que depuis le siége elle a des hémorrhagies utérines peu abondantes revenant tous les quinze jours; malgré cela elle a toujours travaillé et n'a cessé son travail qu'il y a 8 jours. A cette époque elle fut arrêtée par des douleurs subites dans le ventre sans vomissement, avec fièvre. Ces douleurs n'ont pas cessé depuis leur apparition; deux jours après leur début survint du tympanisme.

Etat actuel: La malade est affaissée. — L'intelligence est nette. — Teinte subictérique des conjonctives. — Face couverte de sueur. — Extrémité des doigts bleuâtre. — Langue légèrement refroidie et rouge. — Parole affaiblie. — Ballonnement du ventre un peu plus marqué à gauche qu'à droite. — Tout l'abdomen est sonore. — Œdème de la paroi abdominale. Le toucher vaginal permet de constater qu'il n'existe aucune lésion sur le col de l'utérus, ni sur les parois du vagin.

Pouls petit, filiforme, fréquent. — 120 pulsations. — Matin T. A. 37°, 5. Limonade vineuse. — Café. — Lavement purgatif. — Vésicatoire de chaque côté de la ligne blanche.

Soir: T. 39°, 7. — Deux vomissements jaunâtres fécaloïdes dans la journée.

Mort le soir à 5 heures, 16 mars.

Autopsie. — Les intestins adhèrent faiblement les uns aux autres. Fausses membranes fibrino-purulentes siégeant surtout dans les sinus que forment deux anses voisines en s'accolant. Vésicule biliaire affaissée contenant des calculs.

Le rectum adhère dans une grande partie de son étendue aux annexes de l'utérus et notamment à la trompe gauche. Rien à la vessie.

L'utérus est augmenté de volume. Dans la cavité de l'utérus qui est dilatée, existe un corps fibreux du volume d'un œuf de pigeon; il remplit la cavité utérine et est implanté sur le fond par un pédicule très-peu rétréci relativement au reste du polype. Les orifices des cornes de l'utérus sont libres.

Le cul-de-sac rétro-utérin n'existe plus; adhérence totale de la face postérieure de l'utérus avec le rectum; le cul-de-sac vésico-utérin est intact.

A gauche, l'ovaire du volume d'un petit œuf de poule est plein de pus; la trompe du même côté est accolée à la face postérieure de l'utérus et à l'ovaire qu'elle contourne, elle est dilatée, mais sa muqueuse n'a pas suppuré; elle est perméable dans toute son étendue.

A droite, l'ovaire est moins altéré; il est rougeâtre et contient un caillot récent. La trompe qui a la même situation que celle du côté opposé contient du pus. Le péritoine qui tapisse ces organes est très-épaissi.

Le *point de départ de la péritonite* est évidemment dans les annexes de l'utérus.

Le foie a un volume normal, il paraît aplati, il a un aspect légèrement granuleux, et contient quelques granulations jaunes. — Cœur chargé de graisse. Oreillette et ventricule droits remplis par un caillot fibrineux. — Poumons œdématiés et emphysémateux. Fausses membranes purulentes à la base de la plèvre droite.

M. Périer admet plutôt une simple coïncidence. Il demande si l'abcès ovarique s'est ouvert dans la cavité péritonéale.

M. Remy. Nous avons pu nous assurer qu'il n'y avait pas de perforation. La péritonite s'est développée par propagation.

M. Berger fait remarquer que cette femme devait être sujette à des poussées de pelvi-péritonite, en raison des adhérences de l'utérus et des ligaments.

M. Guéniot. Ce corps fibreux présente une grande analogie avec ce que l'on a décrit sous le nom d'hypertrophie locale de l'utérus. Ces deux lésions sont quelquefois difficiles à distinguer. On en trouve un bel exemple dans l'atlas de Cruveilhier.

34. Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Rupture dans le péricarde; par A. Pitres, interne des hôpitaux.

Lef... Ferdinand, cocher, âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital Beaujou le 31 mars 1875. Il a joui jusqu'au mois d'octobre 1874 d'une santé excellente, mais à cette époque il a commencé à tousser et à avoir de la dyspnée au moindre exercice. Jamais il n'a eu de point de côté ni d'hémoptysie, ni d'œdème des membres ou de la face. Dans le courant du mois de décembre 1874, la dyspnée et la toux sont devenues plus fortes et le malade a commencé à avoir des palpitations de cœur assez violentes pour l'obliger à interrompre ses travaux. Le repos n'a produit aucune amélioration et le malade inquiet de la persistance de ces symptômes, s'est décidé à entrer à l'hôpital Beaujou.

Etat actuel le 1er avril 1875. Le facies est peu altéré, il n'est ni œdémateux ni asphyxique. Le malade, assis sur son lit, est en proie à une dyspnée très-intense; aussitôt qu'il exécute quelques mouvements la dyspnée augmente considérablement, mais il n'y a pas de paroxysmes absolument spontanés. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. La poitrine est globuleuse; à la percussion on trouve des points où la résonnance est exagérée. Dans toute l'étendue des deux poumons la respiration est humée, et mêlée de ronchus sonores et de râles sous-crépitants.

La région précordiale ne présente pas de déformation appréciable; pas de thrill. La percussion donne dans presque toute la région cardiaque une sonorité exagérée. Les bruits du cœur sont sourds, profonds, lointains, mais leur rhythme est naturel et l'on ne perçoit aucun bruit anormal. Le malade tousse beaucoup; son expectoration très-abondante est composée de crachats liquides, aérés, blancs, au milieu desquels nagent de petits amas muqueux ou muco-purulents assez epais. Le pouls est régulier, assez fort (à 80).

Le 4 avril, le malade se trouvait un peu mieux. Après dîner il s'était levé un moment. Il s'était assis sur une chaise et pelait une orange en causant avec ses voisins, lorsque tout à coup il porta la main à son cœur en poussant un soupir, et tomba mort.

Autopsie. — En ouvrant la poitrine, on constate que les poumons sont partout reliés à la paroi thoracique par des adhérences celluleuses. A la base des poumons ces adhérences sont très-solides, et au niveau du diaphragme elles atteignent en certains points jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur.

Le tissu cellulaire du médiastin antérieur est infiltré de sérosité. La muqueuse trachéo-bronchique est rouge, tomenteuse, tapissée par des dépôts muco purulents. L'artère pulmonaire ouverte sur place est complétement libre dans tout son

trajet intra-pulmonaire. Les deux poumons sont fortement emphysémateux, leur tissu est congestionné ; à leur sommet on rouve un certain nombre de granulations tuberculeuses miliaires : au sommet du poumon gauche, il existe au milieu de ces granulations deux petits îlots caséeux du volume de petites noisettes, et une dilatation bronchique grosse comme un haricot.

Le péricarde est distendu par un vaste épanchement sanguin qui remplit sa cavité. En l'ouvrant, on trouve dans son intérieur 250 grammes de sang récemment coagulé. Les artères coronaires examinées dans toute leur étendue, sont saines.

La crosse de l'aorte juste au-dessus de l'anneau fibreux est le siége d'une dilatation anévrysmale irrégulièrement ovoïde, du volume du poing qui s'étend jusqu'au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique artériel. Au-dessous de cette poche, l'aorte a son calibre ordinaire et présente à peine quelques petites plaques de sclérose. Les parois internes de l'anévrysme sont irrégulières, anfractueuses ; elles ne sont pas tapissées par des caillots : elles renferment plusieurs plaques athéromateuses, juste au-dessus de l'origine de l'aorte, et du côté droit de sa circonférence, l'anévrysme présente une rupture linéaire de 2 centimètres de longueur, ouverte à la fois dans la cavité anévrysmale et dans la cavité du péricarde, établissant ainsi entre les deux une large communication. — Malgré son volume assez considérable l'anévrysme n'exerçait sur les bronches qu'une pression modérée, car celles-ci ne sont pas aplaties, et ont conservé leurs dimensions normales. En revanche le tronc de l'artère pulmonaire, refoulé derrière la poche anévrysmale, est fortement aplati. Ses parois paraissent saines, et sa tunique interne ne présente aucune rougeur, ni aucune autre altération appréciable.

Le cœur, vide de caillot, pèse 400 grammes. Le myocarde ne paraît pas altéré : il a sa couleur et sa consistance normales Les appareils valvulaires du cœur sont sains, les sigmoïdes aortiques et pulmonaires sont suffisantes ; les dimensions des orifices du cœur sont les suivantes :

Orifice pulmonaire.............................. 7 cent.
— aortique.................................... 7 —
— auriculo ventriculaire droit.............. 13, — 1/2
— auriculo-ventriculaire gauche........... 10 —

Le foie possède à peu près son volume habituel (Poids 1580). Il a une coloration brune uniforme. La rate paraît saine ; pas d'infarctus (Poids 236 gr.)

Les reins sont fortement congestionnés, la substance corticale est rouge foncé et se distingue à peine de la substance pyramidale. (Poids : R. droit 175 gr. R. gauche 192). L'estomac et l'intestin sont sains.

Le cerveau, le cervelet, la protubérance, le bulbe ne présentent aucune lésion appréciable. Les artères de l'encéphale sont saines, sauf l'artère vertébrale gauche sur laquelle on trouve, à 3 centimètres du tronc basilaire, une petite plaque pariétale d'endartérite scléreuse.

Réflexions. — L'observation dont nous venons de rapporter les détails est intéressante à plusieurs points de vue. L'absence des signes physiques qui accompagnent ordinairement les anévrysmes d'un certain volume, l'intégrité des bruits du cœur, l'existence de symptômes de bronchite et d'emphysème pulmonaire, en rendaient le diagnostic extrêmement difficile.

La mort brusque ne peut être expliquée par l'abondance de l'épanchement sanguin dans le péricarde, et par la compression du cœur : il est plus probable qu'il s'est produit une syncope au moment même où le péricarde a été excité par le contact du sang.

Enfin, la coexistence de granulations tuberculeuses dans e poumon, est, selon toutes probabilités, la conséquence de la gêne produite dans la circulation de cet organe par la compression que l'anévrysme exerçait sur le tronc de l'artère pulmonaire, et qui plaçait la circulation du poumon dans des conditions analogues a celles qui se produisent dans les cas de rétrécissement pulmonaire acquis.

M. Charcot. La mort ne survient pas fatalement immédiatement après une rupture du cœur, j'ai observé une malade qui a survécu 12 heures environ, et qui n'est morte qu'à la troisième syncope.

M. Hanot. J'ai relevé une soixantaine d'observations d'anévrysmes de l'aorte dans le but de savoir quelles relations existaient entre cette affection et la tuberculose pulmonaire ; j'ai trouvé que dans un bon nombre de cas les poumons étaient atteints de granulations tuberculeuses ou de pneumonie caséeuse. C'est Stokes qui a le premier signalé cette coïncidence.

36. Nécrose cachectique des cartilages du larynx; par E. Barié.

Le nommé X...., âgé de 66 ans, entre le 22 février 1875 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Desnos.

Le malade qui présente une hypertrophie du cœur considérable, avec souffle à la base et au second temps, offre, en outre, tous les symptômes d'une asystolie déjà ancienne : anasarque généralisée, dyspnée extrême, râles d'œdème du poumon, etc. On constate la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. Il n'accuse aucune maladie antérieure, ni rhumatisme, ni fièvre typhoïde, ni aucune autre affection grave, de sorte que son affection cardiaque peut être mise sur le compte de l'état sénile.

Aucune médication (caféine, strychnine, digitale, etc.) ne put triompher de l'asystolie, et le malade tomba bientôt dans un état de cachexie extrême.

Le 20 *mars* on constate l'existence d'une pleurésie à gauche, et le 7 *avril* le malade meurt dans l'épuisement le plus complet.

Autopsie. — *Cœur*, considérablement hypertrophié ; insuffisance aortique plutôt sous la dépendance de l'hypertrophie cardiaque que des lésions valvulaires à peine marquées.

Poumons. Le gauche est ratatiné et nage au milieu d'un épanchement citrin assez considérable. Le droit présente les signes de l'hypostase.

Reins. Petits ; congestion intense des pyramides, qui se détachent en bleu noirâtre sur la substance corticale un peu anémiée.

Larynx. Œdème considérable des deux replis aryténo-épiglottiques, qui sont infiltrés par une sérosité louche qui leur donne l'aspect tremblottant. En outre, on constate une nécrose complète des cartilages aryténoïde et de Santorini du coté droit ; ils forment un magma noirâtre qui s'étend jusque dans le ventricule laryngien du même côté, et même sur la portion la plus externe du repli ary-épiglottique.

Cette nécrose nous semble devoir être rapportée à l'état de cachexie extrême du malade : l'œdème, après avoir envahi successivement les membres et la face, aura gagné les replis épiglottiques, et par une action de voisinage aura modifié la nutrition de toutes les parties environnantes, au point d'en amener la mortification.

37. Pneumonie lobaire tuberculeuse chez un vieillard atteint d'hémiplégie ancienne; par E. Barié, interne.

Le 22 janvier 1875, on amène sur un brancard un vieillard de 75 ans, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Desnos. Le malade, ouvrier dans une fabrique de produits chimiques, est hémiplégique. Nous obtenons des personnes qui l'accompagnent les renseignements suivants :

Ce vieillard, qui jusqu'alors, avait joui d'une santé excellente, a été pris brusquement, le 18 janvier, au milieu de son travail, d'un étourdissement ; il est tombé à terre, et pendant vingt minutes environ, il a eu une hémiplégie droite, passagère, avec perte de connaissance. Malgré cet accident, il put reprendre son travail le lendemain ; mais trois jours après, le 21 janvier, il était pris pour la seconde fois, d'une attaque de paralysie également du côté droit, qui persiste encore, et pour laquelle il est apporté à l'hôpital.

Nous constatons une hémiplégie complète du côté droit, occupant la face et les membres supérieur et inférieur ; la bouche est très-nettement tirée à gauche, la langue présente peu de déviation apparente ; la paralysie ne porte que sur la motilité, car la sensibilité est absolument conservée ; le malade a toute sa connaissance, il parle lentement, avec difficulté, mais il peut confirmer en partie les renseignements qu'on nous a donnés sur son état.

Le *cœur* ne présente rien d'anormal ; les battements sont réguliers, nets, et exempts de tout bruit morbide.

Les *artères radiales* sont dures, athéromateuses, presque ossifiées en certains points.

Les *poumons* ne semblent pas malades ; on entend seulement à la base, des deux côtés, quelques gros râles ronflants, entremêlés de râles muqueux, le tout d'ailleurs peu abondant. A la partie moyenne et au sommet de ces deux organes, la respiration est normale. Les *urines* n'offrent rien de particulier.

10 *février*. L'hémiplégie a sensiblement diminué, et le malade commence à faire quelques mouvements, avec le bras surtout. Le malade a bon appétit, il parle beaucoup mieux, mais paraît très-affecté de son état, et pleure facilement quand on lui parle.

25 *février*. L'hémiplégie s'améliore de plus en plus ; le bras surtout exécute facilement des mouvements. Quant à la jambe droite, elle se meut toujours difficilement. D'ailleurs le malade est très-faible sur ses deux jambes ; il a également beaucoup de raideur et de gêne dans les muscles de la masse sacro-lombaire, en sorte qu'il est impossible de le faire lever pour changer son lit.

2 *mars*. Le malade commence à s'écorcher, aux talons et surtout à la région sacrée.

17 *mars*. Il s'est formé une eschare au sacrum malgré les pansements appliqués sur les plaies. Cette eschare occupe la ligne médiane, s'étend des deux côtés, mais elle se prolonge très-manifestement beaucoup plus loin du côté droit que du côté gauche.

23 *mars*. Malgré cette complication, l'état général du malade est bon.

28 *mars*. L'hémiplégie continue toujours à s'amender, mais les eschares au sacrum gagnent en profondeur.

3 *avril*. Depuis hier soir le malade est moins bien, il a perdu l'appétit ; la langue est sèche, le pouls fréquent ; l'auscultation montre qu'il s'est fait *une pneumonie* au sommet droit ; on entend en arrière dans la fosse sus-épineuse, du souffle tubaire, des râles crépitants ; pas de crachats rouillés, pas de toux ; cette pneumonie s'est faite d'une façon insidieuse, le malade n'a pas de dyspnée, la fièvre est peu intense ; le soir la température axillaire marque 38°, et le pouls 90.

5 *avril*. Mêmes signes dans le poumon droit ; respiration normale dans le poumon gauche. *Potion alcoolique au kermès.*

6 *avril*. Les crachats sont un peu visqueux et légèrement teintés en brun ; pas de toux ni de dyspnée ; les signes fournis par l'auscultation sont les mêmes ; la pommette du côté droit est sensiblement plus colorée que celle du côté gauche ; respiration normale à gauche. — 8 *avril*. Mort dans la nuit.

Autopsie. — *Poumons*. On constate que les deux poumons, le *droit surtout*, sont farcis de tubercules miliaires. A part ces granulations, le *poumon gauche* paraît à peu près normal ; mais il n'en est pas de même du *poumon droit*. Chez celui-ci, en effet, on trouve une *pneumonie occupant toute l'étendue du lobe supérieur*. Dans cette région, le tissu pulmonaire est mou, friable, et présente une teinte lie-de-vin très-accusée ; disons aussi que dans ce point, les granulations miliaires sont extrêmement abondantes, et tranchent nettement par leur coloration grisâtre sur la teinte violacée du parenchyme. Dans les deux lobes inférieurs, on trouve également, mais en moins grand nombre, des granulations tuberculeuses.

Cœur. Quelques petits noyaux indurés, sur le bord libre de la valvule mitrale.

Le *cerveau* examiné avec le plus grand soin, nous a paru absolument normal sur tous les points. Signalons cependant quelques points durs athéromateux, sur les artères sylviennes, presque à leur origine.

Le *cervelet*, le *bulbe* n'offrent rien de particulier.

Les *reins*, le *foie*, la *rate*, le *pancréas*, etc., sont normaux.

Réflexions. L'histoire de ce malade nous paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° — En premier lieu, l'existence d'une pneumonie lobaire *tuberculeuse*, chez un vieillard de 75 ans, alors que rien dans ses antécédents, ni dans l'examen des organes respiratoires, lors de son entrée à l'hôpital, ne faisait pressentir la présence de granulations tuberculeuses dans le poumon. Rappelons que les deux poumons, à des degrés inégaux, sont infiltrés de ces produits néoplasiques.

2°. — Nous ferons remarquer, que cette pneumonie ultime est survenue dans le poumon droit, c'est-à-dire du *même côté que l'hémiplégie*.

3°. — Enfin, nous rappellerons, que malgré tout le soin avec lequel il a été examiné, le *cerveau ne présentait aucune lésion appréciable*, alors qu'on était autorisé à croire qu'on y rencontrerait une lésion en foyer.

38. Note sur un cas de pneumonie tuberculeuse lobaire à granulations fibreuses et confluentes, présentée à la Société anatomique par M. Barié ; par le Dr J. Renaut.

J'ai examiné les portions hépatisées du poumon que M. Barié vient de présenter à la Société et j'y ai constaté les particularités suivantes :

Sur une coupe fraîche, et à l'œil nu, le poumon paraissait d'une teinte lilas sombre sur laquelle tranchaient par leur coloration jaune des granulations saillantes ramifiées et dures ; en râclant la surface de coupe avec précaution, il était facile d'enlever dans leur totalité ces granulations multilobées, qui, observées à un faible grossissement, se montraient sous la forme de moules reproduisant exactement la forme des lobules pulmonaires.

La plupart du temps, deux granulations voisines, moules de deux lobules voisins, se tenaient par un pédicule plus ou moins délié. Il était donc permis par ce premier examen, de supposer que la néoplasie était formée par des granulations confluentes, occupant la cavité des alvéoles et se fusionnant entre elles sur la limite des lobules.

Le poumon convenablement durci a été divisé ensuite en coupes minces. Les unes ont été traitées par le picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine picro-carminée (A). Les autres ont été colorées pendant 24 heures dans la solution alcoolique et alunée de purpurine, et montées dans la glycérine neutre ou le baume du Canada (B).

(A.) Sur les premières coupes on voit que les alvéoles sont remplis par les granulations autour desquelles se voient de grosses cellules rondes provenant de la prolifération de l'endothélium alvéolaire et dont bon nombre renferment des grains de pigment noir. Ce pigment est très-abondant dans le tissu conjonctif péri-vasculaire au sein duquel on voit parfois des accumulations de grosses cellules de pneumonie catharrhale pleines de pigment. Ces dernières, ici, comme du reste dans la plupart des cas analogues, ont été probablement les agents actifs de ce transport.

(B.) Sur les coupes colorées à la purpurine on voit bien surtout la structure des granulations ; la plupart sont des granulations tendant à affecter le type fibreux. Elles renferment des capillaires gorgés de globules et non oblitérés. Toutes ces granulations contenues dans les alvéoles en oblitèrent presque complètement l'aire, dépassent leurs limites pour confluer avec leurs voisines. Elles sont entourées d'une minime zone de pneumonie catharrale bordant chaque granulation et la séparant des vaisseaux qui serpentent au pourtour de chaque alvéole.

L'importance de ce cas est très-grande. Outre qu'on voit ici très-nettement se développer la granulation dans l'alvéole, (fait du reste mis hors de conteste par des travaux récents), on voit aussi comment de la confluence de ces granulations peut naître une véritable hépatisation du poumon, *une véritable pneumonie lobaire, formée par les granulations devenues confluentes*. Ces granulations paraissent jouer ici dans le processus de solidification du poumon le rôle des moules fibrineux qui dans la pneumonie fibrineuse oblitèrent les cavités des alvéoles.

Le cas de M. Barié est le troisième que j'ai observé et dont j'ai pu voir les pièces anatomiques. De la comparaison de ces trois cas il résulterait qu'une forme clinique de pneumonie tuberculeuse à granulations confluentes mérite d'être signalée, et décrite quand le nombre des cas sera devenu suffisant. Dans les cas observés jusqu'ici, on voit naître ordinairement d'un seul côté une pneumonie lobaire avec râle crépitant, crachats sanglants, souffle. La marche seule est irrégulière, la résolution ne se fait pas, le malade meurt, et l'on trouve : 1° des traces de poussées tuberculeuses antérieures dans le poumon opposé

ou d'autres organes ; 2° Une hépatisation formée par des granulations confluentes contenues soit dans une pneumonie catarrhale, soit dans une pneumonie colloïde, soit enfin dans une pneumonie catarrhale avec réticulum fibrineux. Si la vie se prolongeait, de pareilles hépatisations par lobes, passées en entier, granulations et pneumonie ambiante, à l'état caséeux, donneraient peut-être la clef de certaines pneumonies caséeuses lobaires observées parfois chez les tuberculeux. Alors, en effet, les granulations et la pneumonie, en se caséifiant, perdent leurs caractères distinctifs et l'on conçoit que la granulation primitive ne puisse être retrouvée, ou bout d'un certain temps, au sein de pareilles masses transformées en amas caséeux sans structure distincte.

39. Perforation de l'appendice iléo-cæcal; péritonite généralisée; par R. Chenet, interne.

H..., 23 ans, cordonnier, entré le 6 avril, salle Saint-Etienne, n° 6, service de M. le Dr Proust.

Cet homme, malade depuis une huitaine de jours, avait eu au début des coliques violentes, et une fièvre très-vive. Le surlendemain, était survenu un ballonnement assez notable du ventre, en même temps que des douleurs plus violentes dans la fosse iliaque et dans la cuisse droite. — Point de constipation habituelle. — Depuis le début de la maladie, il avait de la diarrhée. Au moment où nous l'avons examiné, le malade était dans l'état suivant :

Sueurs assez abondantes, sans grande chaleur de la peau. Pouls fréquent, face pâle, yeux excavés, ventre ballonné, sonorité tympanique étendue à la plus grande partie de l'abdomen. Œdème des parois abdominales mais plus marqué au niveau de la fosse iliaque droite où existait en même temps une certaine rénitence. La palpation y était un peu douloureuse. Un peu d'œdème de la cuisse droite, mais sans rétraction.

20 sangsues au niveau de la fosse iliaque; 30 grammes d'huile de ricin. Mort presque subite à 3 heures.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Les anses intestinales sont accolées par de fausses membranes jaunâtres ou brunes et les intestins présentent dans toute leur longueur une coloration violacée avec injection des vaisseaux qui se dessinent nettement à travers la séreuse. Epanchement assez considérable, brunâtre, contenant des flocons fibrineux en suspension. En certains points, notamment à la face inférieure du foie, se trouvent des kystes purulents enveloppés de fausses membranes.

L'extrémité inférieure de l'iléon est détachée avec la première portion du gros intestin. Un liquide brunâtre, d'odeur infecte, est enkysté au niveau de la fosse iliaque droite. — L'appendice vermiforme est accolé au cæcum. La partie supérieure s'ouvre dans un abcès pouvant loger une petite noix, dont les bords sont amincis et les parois tomenteuses. Cet abcès contient une matière putrilagineuse, fétide. L'appendice vermiforme de volume normal contient dans tout le reste de sa longueur une matière argileuse qui se détache par petits grumeaux. Du côté de l'intestin, on trouve l'embouchure de l'appendice un peu agrandie, mais sans altération sur ses bords et, par transparence, on constate un amincissement notable de la paroi intestinale qui a été détruite de dehors en dedans au niveau de l'abcès. — La muqueuse n'est pas érodée.

Le reste de l'intestin grêle est sain, contenant à peine quelques matières jaunâtres et demi-liquides. Le bout inférieur du gros intestin contient une certaine quantité de matières fécales, molles.

Nous n'avons trouvé nulle part de corps étranger, ni d'ulcérations en aucun point de la muqueuse intestinale. Mais, bien que nous ne possédions pas le corps du délit, il nous semble rationnel d'admettre qu'il s'est fait un abcès à l'embouchure de l'appendice vermiforme, abcès probablement dû à la rétention de matières fécales ou de corps étrangers, et dont la rupture a déterminé une péritonite généralisée.

Nous relevons aussi dans l'observation l'absence de vomissements et la demi-indolence du ventre, malgré des lésions si étendues.

40. Insuffisance et rétrécissement aortiques. Aortite chronique; par G. Martin, interne.

Q. Augustine, âgée de 38 ans, lingère. Entrée le 15 mars 1875, salle St-Thomas, 31, (service de M. Vidal à St-Louis.)

Antécédents. La mère vit encore; le père est mort paralysé à l'âge de 56 ans; elle a un frère très-délicat. A été réglée à 14 ans; a eu fréquemment des migraines. A 18 ans, attaques de nerfs avec perte complète de connaissance. Mariée à 19 ans, elle est accouchée a 21 ans d'un enfant mort. Les attaques de nerfs ont persisté depuis l'âge de 15 ans jusqu'à 25 ans et de 25 à 30 ans elle a été bien portante. Il y a 7 ans environ, douleurs articulaires dans les pieds, les mains, accompagnées de fièvre. Depuis 2 ans crises nerveuses fréquentes caractérisées surtout par une sensation de suffocation. Depuis cette époque aussi, elle est atteinte fréquemment d'une toux sèche revenant par quintes. Jamais elle n'a craché de sang. Elle est réglée peu abondamment, et l'a été encore le 8 mars. Son état a empiré depuis 3 semaines.

Etat actuel, 15 mars. Lors de son entrée, la face est pâle, un peu bouffie; œdème très-modéré des membres inférieurs; pas d'albumine dans l'urine; pouls presque imperceptible à gauche, un peu moins faible à droite, battant 108 à la minute. A l'auscultation du cœur, souffle rude aux deux temps à la base, marqué surtout au premier temps, se propageant le long des vaisseaux du cou où l'on perçoit un souffle continu avec renforcement. Ce souffle est perçu très-nettement dans toute la hauteur du thorax en arrière. Son maximum d'intensité siége près de la ligne médiane le long du trajet de l'aorte. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Dégoût profond des aliments, digestion pénible, suivie de nausées et parfois de vomissements. La malade refuse toute nourriture; on est obligé de la faire manger de force. Par moments, sensation d'angoisse et de constriction au niveau de la région précordiale. En présence de ces symptômes M. Vidal diagnostique une aortite. Traitement : vésicatoire à la région précordiale, potion avec éther et alcool.

25 *mars.* Un peu d'amélioration; les accès d'étouffement diminuent; un peu d'appétit et de sommeil.

30 *mars.* Les étouffements, l'anxiété précordiale reparaissent accompagnés de toux revenant par quintes. Quelques râles sous-crépitants à la base gauche. Œdème surtout marqué au niveau des membres inférieurs. Le pouls est à 100, plus fort que les jours précédents.

3 *avril.* L'œdème des membres inférieurs augmente, accès de suffocation, agitation suivie de somnolence et d'hébétude par moments.

4 *avril.* Un peu de diarrhée et de dilatation des pupilles; urines involontaires; œdème des membres inférieurs; pouls 100; T. 38° 2 —Agitation excessive toute la nuit, plaintes et soupirs continuels.

5 *avril.* Les étouffements continuent; la dilatation des pupilles, l'hébétude du regard augmentent le soir; un vomissement alimentaire et bilieux, diarrhée, incontinence d'urine.

6 *avril.* L'agitation a diminué, mais l'hébétude augmente; la malade ne reconnaît plus personne; pouls 100; T. 38°; plus de vomissements; œdème des conjonctives. Ce matin une série d'attaques composées de convulsions toniques, de contracture des membres supérieurs et de mouvements de torsion de la bouche et de la face. — Fesses excoriées, rouges : Les attaques alternant avec des intervalles de coma dans lesquels la respiration est moins fréquente et les membres en résolution complète.

P. 100. T. 38°, 2. Les crises se sont répétées fréquemment dans la journée; extrémités un peu refroidies; fréquence excessive de la respiration. — Mort à 11 heures du matin le 7 avril.

Autopsie. — *Poumons.* Le lobe inférieur du poumon droit est dense et ne crépite pas, il est d'un rouge violacé à la surface, à la coupe d'un rouge vif très-intense; une portion de ce poumon jetée dans l'eau va au fond du vase. Près de la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, dans un point limité, cet organe est noir à la surface. Une coupe faite à ce niveau démontre la présence d'un noyau allongé à base extérieure, dans lequel le poumon présente une teinte noire et une densité considérable. Ce noyau présente le volume d'une noix environ; il est limité par des portions de tissu pulmonaire d'un rouge vif, congestionnées. Un morceau de poumon,

pris au niveau du point où il présente cette coloration noirâtre va au fond du vase (infarctus). — Un peu d'emphysème au niveau du bord antérieur du lobe supérieur des deux côtés.

Cœur. Pas de liquide dans le péricarde; un peu de rougeur et quelques fausses membranes peu épaisses et peu adhérentes au niveau de la face antérieure du ventricule droit. Le cœur présente un volume considérable, un diamètre de 15 centimètres au niveau du sillon auriculo-ventriculaire; la longueur des ventricules est de 0.13 centimètres pour le ventricule gauche et de 0.14 centimètres pour le ventricule droit, mesurée du sommet à la base.

Le tissu cellulaire qui entoure les gros vaisseaux et notamment l'aorte parait enflammé, rouge; la même couleur et le même degré d'injection vasculaire se remarquent dans le tissu cellulaire qui entoure l'aorte thoracique. Les ganglions qui entourent les gros vaisseaux à la base du cœur sont un peu durs et augmentés de volume. La face interne de l'aorte dans la majeure partie de son étendue est recouverte d'une espèce de membrane sans consistance qui se détache facilement du reste de la paroi de l'organe. Plaques de couleur laiteuse, peu épaisses et de moyenne consistance au-dessus des valvules, près de l'origine de la crosse aortique. Dans presque toute l'étendue de l'aorte abdominale, il existe aussi des plaques scléro-athéromateuses; elles sont épaisses et consistantes, surtout au niveau de la division de l'aorte abdominale. Par places, sur l'aorte thoracique, la membrane interne est soulevée, épaissie, de manière à former des saillies demi-sphériques du volume d'une lentille environ, à celui d'un grain de millet. A la coupe ces saillies sont formées par du tissu un peu mou. Il existe sur l'aorte une dizaine environ de ces saillies de couleur blanche.

Les valvules aortiques sont insuffisantes. Pas d'augmentation bien considérable du calibre de l'aorte. Végétations en forme de papilles, les unes assez molles, d'autres présentant une consistance un peu plus considérable sur le bord libre des valvules aortiques; ces végétations ont le volume d'un pois, les unes sont sessiles, d'autres pédiculées.

Les parois du ventricule gauche atteignent 4 centimètres d'épaisseur; sa cavité est élargie. Une des végétations placées sur la valve postérieure de la valvule aortique est pédiculée, et se détache avec la plus grande facilité au moindre contact.

Cerveau. Rien dans les ventricules; très-léger, piqueté près de la base et au niveau du quatrième ventricule; athérome de toutes les artères de la base, très-manifeste en particulier sur le tronc basilaire. Pas de foyer, ni récent, ni ancien.

Reins Adhérence intime de la capsule (qui ne paraît pas épaissie) à la substance corticale; celle-ci est un peu ramollie par places, et s'enlève en partie avec la capsule à laquelle elle adhère intimement. — On remarque dans quelques points des cicatrices déprimées assez volumineuses à la surface du rein; au niveau de ces dépressions le tissu présente une couleur jaunâtre et une résistance assez considérable; dans d'autres points, la consistance est moindre et il existe un commencement de ramollissement. A la coupe, un peu d'atrophie de la substance corticale. Près de la partie moyenne du rein, tissu jaunâtre formant une pyramide à base tournée vers la périphérie et à sommet vers le centre. Cette pyramide semble diviser le rein en deux parties à peu près égales et refoule les pyramides de Malpighi (infarctus ancien). Les artères rénales sont volumineuses, athéromateuses.

L'examen microscopique des saillies hémisphériques que l'on remarque sur l'aorte, fait par M. le Dr Debove a démontré qu'elles sont formées par la tunique interne hypertrophiée; c'est-à-dire, par une série de lames parallèles entre lesquelles sont interposées des cellules plates. On ne rencontre pas, dans leur épaisseur, d'éléments embryonnaires. Ces plaques constituent donc un premier degré d'aortite chronique.

41. Fractures multiples du crâne; par E. Magon, interne.

Pierre Caron, âgé de 43 ans. Tombé d'une échelle, la tête en arrière, le 19 mars; transporté à l'hôpital Lariboisière (service de M. Tillaux), le 20 mars au matin.

Coma, convulsions, saignement de nez et surtout vomissements considérables de sang. Plaie superficielle au niveau de la bosse occipitale gauche, n'intéressant pas toute l'épaisseur des téguments. Mort une demi-heure après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — L'aponévrose épicrânienne est dans la moitié postérieure soulevée par une quantité assez considérable de sang coagulé: la partie antérieure est complétement intacte. Au niveau de la suture occipito-pariétale gauche est un caillot adhérent à la voûte crânienne. — Contusions profondes à la surface de tous les lobes de l'hémisphère droit. A la partie postérieure du lobe occipital droit, la substance cérébrale réduite en bouillie fait hernie à travers une fente de la dure-mère.

Cette déchirure en forme de boutonnière a 6 centimètres de longueur environ; elle a ouvert le sinus longitudinal supérieur à 3 centimètres environ au-dessus du pressoir d'Hérophile: d'où issue d'une quantité considérable de sang qui forme un vaste caillot adhérent en quelques points à la substance corticale.

A l'angle supérieur et postérieur du pariétal gauche est une fracture linéaire de 4 centimètres de longueur environ; cette fêlure semble avoir été le point de départ de la disjonction des sutures occipito-pariétale et occipito-temporale du côté droit, qui sont séparées par un intervalle de plus d'un millimètre et demi. Du trou déchiré postérieur part une fracture aboutissant par un trajet curviligne au trou occipital, à un centimètre en arrière du condyle. Du trou déchiré postérieur du côté gauche part une fêlure semblable qui, absolument symétrique à celle de l'autre côté, vient aboutir au même point. Les apophyses clinoïdes postérieures sont arrachées; le corps du sphénoïde lui-même est fracturé; la muqueuse qui tapisse les sinus sphénoïdaux est déchirée; ceux-ci sont encore remplis de caillots. Le sang qui s'échappait de la déchirure de la muqueuse s'écoulait dans l'estomac; car celui-ci est absolument sain et nulle autre cause ne peut expliquer l'hématémèse qu'avait présentée le blessé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE

Séance du 5 juillet 1875. — Présidence de M. du Vivier.

Du Chémosis conjonctival comme signe de méningite;

Par le Dr Fieuzal.

Je fus appelé le 15 juin dernier dans la soirée pour donner des soins à un enfant âgé de trois mois qui présentait depuis la veille de la rougeur de la conjonctive avec œdème des paupières de l'œil droit.

L'enfant que j'avais vu quelques jours après sa naissance était venu au monde très-chétif; il avait, depuis, pris de belles couleurs, de l'embonpoint, des chairs fermes, de la gaité, n'avait jamais été indisposé depuis sa naissance et sauf une tendance légère à la constipation et quelques mouvements brusques, en sursaut, auxquels il était sujet pendant son sommeil tout était satisfaisant dans ses antécédents jusqu'au 13 juin, jour où, en rentrant d'une promenade par un temps très-brusquement refroidi, on avait remarqué un peu d'agitation; cependant l'enfant continuant à bien prendre le sein de sa nourrice et ses fonctions se faisant normalement on n'avait pas songé à appeler le médecin.

Cet enfant est le troisième né d'un père très-bien portant mais d'une mère lymphatique, ayant des grossesses très-difficiles à mener à terme. Sans qu'on puisse dire qu'elle est atteinte d'une maladie caractérisée, la mère est cependant languissante, d'un appétit peu soutenu et offre les signes irrécusables de la chloro-anémie; ses grossesses, pendant la durée desquelles elle reste le plus souvent sur une chaise longue, sont toujours accompagnées de vomissements et de salivation incoercibles. Son premier enfant, âgé de 4 ans 1/2, a été difficile à élever; né pendant le siége de Paris, il a eu, malgré les conditions très-favorables du milieu où il s'est développé, à souffrir pendant la première enfance d'une alimentation insuffisante (mauvais choix de nourrice), et il a fallu une surveillance très-attentive pour lui permettre d'atteindre l'âge auquel il est arrivé malgré une bronchite, une coqueluche et une scarlatine qui se sont succédé à courts intervalles.

Après avoir fait les frais de ces diverses maladies qui naturellement ont coïncidé avec une croissance normale pour cet

âge l'enfant a présenté il y a six mois quelques phénomènes qui ont fait craindre l'explosion d'une méningite, mais fort heureusement tout est rentré dans l'ordre et l'enfant jouit aujourd'hui d'une belle santé.

Le second enfant vint au monde avec une vitalité insuffisante : on le fit à force de soins vivre, d'une vie végétative pendant quinze jours au bout desquels il s'éteignit sans avoir pour ainsi dire vécu.

Le troisième dont il est question ici était à sa naissance d'apparence très-chétive, mais après quelques jours d'allaitement au sein d'une bonne nourrice, on le voyait se développer et il augmentait sensiblement de poids à chaque nouvelle pesée, de telle sorte qu'il y avait lieu d'espérer qu'il serait plus fort que son frère aîné.

En arrivant auprès de l'enfant le 15 juin je constatai un œdème des paupières de l'œil droit et en écartant celles-ci je pus voir un chémosis séreux très-prononcé, entourant la cornée. La conjonctive, soulevée, laissait voir des plaques hémorrhagiques disséminées sur le globe de l'œil ; il y avait en outre une sécrétion séreuse et un écoulement de larmes que la mère me dit avoir remarqué depuis la veille. La chaleur locale était considérable de même que la température du corps ; le pouls très-fréquent, à 160.

Je prescrivis une application permanente sur les paupières de compresses fraîches, trempées dans de l'eau légèrement astringente, et une purgation avec du sirop de chicorée.

Le 16, le chémosis a augmenté, en même temps que la sécrétion séreuse et l'épiphora ; les paupières sont très-indurées et fermées, laissant passer un léger bourrelet de conjonctive entre leur bord libre. Absence complète de suppuration ou même de muco-pus à mon grand étonnement, car, avec ces symptômes il y avait tout lieu de craindre l'explosion d'une ophthalmie diphthéritique comme il y en a tant depuis quelques mois à Paris où cette forme grave d'ophthalmie règne on peut dire épidémiquement dans certains quartiers.

Le 16 au soir, les paupières ne peuvent être écartées tant elles sont indurées ; l'enfant est très-agité, sa respiration est accélérée, il ne tousse pas, mais sa voix est un peu couverte, néanmoins, il a pris le sein, uriné et a été a la garde-robe.

Je prescris l'application permanente de compresses glacées sur l'œil. A partir de cette application, tout phénomène d'excitation cesse ; l'enfant reprend un peu de gaîté et dès le lendemain 17, l'œdème a considérablement diminué ; on peut entrouvrir les paupières et s'assurer que le chémosis a entièrement disparu. La rougeur de la peau s'étale, gagne le front à la manière d'un érysipèle, et dans la journée l'œil commence à s'entrouvrir de lui-même : on peut alors s'assurer que la conjonctive redevient transparente ; en même temps la rougeur érysipélateuse de la peau, signalée le matin, disparait entièrement et bientôt l'œil se montre complétement à découvert comme celui du côté opposé.

Le soir, la fièvre s'allume plus forte que la veille, l'accélération de la respiration devient extrême. C'est une véritable angoisse respiratoire. — La percussion dénote un peu de submatité du côté droit, avec obscurité du murmure vésiculaire à l'auscultation et souffle bronchique au niveau de la fosse sous-épineuse droite.

Je prescris un looch kermétisé et une sinapisation fréquemment renouvelée de la paroi thoracique ; en même temps M. le Dr Simon est appelé en consultation et après avoir constaté la broncho-pneumonie du côté droit, nous convenons de faire prendre à l'enfant une potion de Todd avec 6 gr. d'eau-de-vie vieille dans une potion gommeuse de 150 grammes par cuillerées à dessert toutes les demi-heures.

On applique un vésicatoire volant sur la paroi thoracique et on enveloppe les jambes de l'enfant dans des bottes de ouate. La nuit est assez bonne et l'enfant prend très-bien la potion jusqu'à 6 h. du matin.

A partir de ce moment il refuse la potion comme le sein et il commence à redevenir agité et à respirer par saccades avec 50 à 60 respirations à la minute au moins.

Depuis trois jours, les urines ont été rares ; celles de ce matin présentaient un filet de sang, probablement dû à l'action du vésicatoire ; la garde-robe d'hier était jaune serin, et mêlée de quelques grumeaux noirâtres.

Le 18, à huit heures du matin, je note quelques phénomènes oculaires qui frappent mon attention, plus spécialement attirée depuis vingt-quatre heures vers les signes d'une affection thoracique.

Je remarque un mouvement oscillatoire convulsif des yeux; en même temps, je note une parésie temporaire de la sixième paire de l'œil droit, produisant un strabisme interne ; cette déviation est fugace ; elle disparait, puis revient pour disparaître de nouveau ; les papilles se dilatent et se contractent alternativement comme pour accuser l'existence d'un processus morbide cérébral. Je veux essayer de faire boire quelques gorgées à l'enfant et je constate un léger trismus, les muscles des lèvres sont eux-mêmes animés de contractions spasmodiques, enfin je parviens à faire avaler une gorgée de la potion de Todd et aussitôt arrive un vomissement porracé, le premier qui se soit encore montré.

Après mon départ l'enfant a eu quelques heures de rémission : il a repris le sein ; il a uriné, a été à la garde-robe et lorsque trois heures après nous arrivons avec le Dr Simon nous le trouvons dans un état relativement satisfaisant. Mais à peine l'avions-nous ausculté et avions-nous constaté que les choses étaient dans le même état que la veille, la scène à laquelle j'avais assisté le matin se déroule de nouveau devant nous et nous fait penser que la broncho-pneumonie pourrait bien être sous la dépendance d'une méningite.

L'examen ophthalmoscopique, fait sur-le-champ, confirme cette manière de voir: il démontre en effet d'une manière certaine la présence d'une stase veineuse très-prononcée avec œdème rétinien s'étendant tout autour de la papille et soulevant la membrane nerveuse ainsi qu'on l'observe dans les névro-rétinites rétro-bulbaires résultant de la gène de la circulation cérébrale.

Il y eut encore cependant quelques heures dans la journée pendant lesquelles si les signes ophthalmoscopiques n'eussent pas été aussi formels on eût pu conserver quelque espoir. Aussi, bien que la certitude d'une terminaison fatale fut pour nous complète, avons-nous insisté sur les révulsifs cutanés et avons nous mis en usage, en petits lavements, le bromure de potassium, l'assa-fœtida et l'hydrate de chloral.

A partir de l'après-midi, les phénomènes de compression s'accentuèrent de plus en plus, la mydriase devint extrême pour les deux yeux, le strabisme convergent de l'œil droit devint permanent ; les soupirs cessèrent de se faire entendre, mais les mouvements de mâchonnement avec écume a la bouche, enfin les contractions des muscles de la face, du cou, du tronc et des membres ne laissèrent plus un moment de rémission à l'enfant, qui expira dans la nuit du 18 au 19, c'est-à-dire au cinquième jour du début.

Cette observation de méningite aiguë, simple ou granuleuse mais incontestable, survenue brusquement en pleine santé chez un enfant de trois mois, nous a paru mériter de fixer l'attention de la Société. Elle a présenté en effet dans sa rapide évolution un signe qui malheureusement manque dans bien des cas et sur lequel nous désirons particulièrement insister, car toutes les fois qu'il existe il donne une signification irréfutable à des symptômes jusque-là incertains et permet à lui seul de porter le diagnostic. Ce signe très-peu connu des praticiens spécialistes, puisqu'on ne le trouve mentionné nulle part dans les ouvrages de Rilliet et Barthez, Barrier, Bouchut, etc., nous l'avons à dessein placé en tête de cette communication c'est le chémosis conjonctival.

Comment une méningite peut-elle donner lieu à la formation du chémosis conjonctival et de l'œdème palpébral, c'est ce que la découverte récente de Schwalbe met en pleine lumière.

Cet habile anatomiste a trouvé dans des expériences restées célèbres qu'une injection poussée dans l'espace sous-arachnoïdien passait à travers le trou optique dans l'intervalle compris entre la gaîne externe et la gaîne interne du nerf optique de manière à soulever d'une part la lame criblée en produisant un état pareil a l'œdème rétinien péri-papillaire et d'autre part à fuser à travers le tissu cellulaire qui double la capsule de Ténon et l'espace péri-choroïdien jusqu'à la con-

jonctive qui se laisse distendre en formant le chémosis dont l'œdème palpébral n'est dès lors qu'une conséquence naturelle par voie de propagation.

Le nerf optique, pourvu de sa gaîne interne, dans son trajet intra-crânien, arrive par le trou optique jusque sur le globe de l'œil dans lequel il pénètre en s'épanouissant à travers la lame criblée scléroticale. Dans son trajet intra-orbitaire c'est-à-dire dans une étendue de deux à deux centimètres et demi, cette enveloppe du nerf est entourée d'une gaîne de même nature que la sclérotique qui se continuant avec le périoste au niveau du trou optique se termine sur la sclérotique même constituant ainsi un espace intra-vaginal dans lequel le liquide céphalo-rachidien peut s'amasser lorsque sous l'influence d'une hypersécrétion il se trouve en excès et fuser de là jusque dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Nous dirons à cette occasion que nous avons vu dans une énucléation pratiquée post-mortem sur un malade qui avait succombé à une hémorrhagie cérébrale, cette tunique vaginale distendue par le sang venu de la cavité crânienne et formant un cylindre de 8 millim. de diamètre, c'est-à-dire double au moins de l'épaisseur habituelle. Cette distension de la gaîne externe du nerf optique par le sang épanché lors d'une hémorrhagie cérébrale ou par l'excès du liquide céphalo-rachidien produit sur les fibres nerveuses qu'elle enserre un véritable étranglement qui donne l'explication d'un grand nombre de phénomènes dont avant la découverte de Schwalbe on ne pouvait que conjecturer le mode de production. Les névrites rétro-bulbaires, les ecchymoses conjonctivales consécutives à des fractures de la base du crâne, les cas de chémosis conjonctival observés au cours de certaines méningites et dont la cause restait ignorée sont de ce nombre et reçoivent de ces données anatomiques une importante consécration.

Le cas qui fait l'objet de cette communication nous paraît devoir être rangé au nombre de ces inflammations de la pie-mère se manifestant tout à coup par une irritation secrétoire qui a pour résultat d'augmenter la quantité du liquide céphalo-rachidien, lequel cherche dès lors à se faire jour en fusant à travers le tissu cellulaire jusque dans le tissu sous-conjonctival et dont le chémosis a été ici la première manifestation. Ce symptôme de l'exagération dans la quantité du liquide intra-crânien prend donc ici une importance capitale puisqu'à lui seul il peut mettre sur la voie du diagnostic ; à ce titre il mérite d'être sérieusement pris en considération d'autant mieux que les livres de pathologie infantile le passent tout à fait sous silence. En second lieu, les phénomènes thoraciques qui auraient pu faire croire à l'existence d'une pneumonie cérébrale nous paraissent devoir occuper le second plan, ils se sont montrés en effet dès que le bulbe a été lui-même comprimé et que déjà l'ophthalmoscope donnait les signes irrécusables de la thrombose rétinienne, témoignage certain de la gène dans la circulation cérébrale.

L'affaissement des vésicules pulmonaires, l'atélectasie que nous avons constatée dès le 17, la fréquence extrême des battements du cœur, l'ataxie de cet organe et le nombre si considérable des mouvements respiratoires nous ont paru devoir être sous la dépendance de l'affection cérébrale et nous sommes heureux que l'examen ophthalmoscopique nous ait fourni la preuve de l'existence du processus inflammatoire des méninges. Nous devons dire que nous n'avons pas dans cet examen trouvé de traces de tubercules choroïdiens. Ceux-ci, du reste, nous ont toujours paru être bien moins fréquents que pourraient le faire croire les affirmations de M. Bouchut à ce sujet.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Contributions to the mechanism of natural and morbid parturition, par J. Matthews Duncan, président de la Société obstétricale d'Edimbourg.

Il y a cinq mois déjà qu'a paru à Edimbourg le livre dont nous allons parler, mais avant d'en rendre compte, nous avons tenu à le lire et à le relire complétement, et les heures que nous avons consacrées à son étude, si elles sont nombreuses, ne nous ont jamais paru longues. Parmi les ouvrages importants publiés dans ces dernières années sur l'obstétrique soit en France, soit en Angleterre, soit en Allemagne, le livre de M. Matthews Duncan ne sera pas mis au dernier rang, tant s'en faut : ce livre est en effet une œuvre originale dans toute l'acception du mot (1).

Les écrivains scientifiques peuvent en général être divisés en plusieurs classes. Les uns consacrent leur temps à écrire des traités dogmatiques dans lesquels ils réunissent tout ce qui est destiné à devenir classique. C'est là un travail considérable, car il faut sans cesse se tenir au courant de la science qui évolue, c'est un travail qui exige non-seulement de nombreuses lectures, mais encore un grand esprit de critique. — On ne saurait donc être trop reconnaissant envers ceux qui après avoir appris pendant longtemps, après avoir longtemps aussi enseigné, consentent à résumer pour les praticiens aussi bien que pour les élèves, toutes les connaissances nouvellement acquises. D'autres, réunissent dans des leçons cliniques, tout ce qu'une longue pratique et une grande expérience ont pu leur apprendre. D'autres enfin, travailleurs infatigables préfèrent les recherches personnelles, ils n'étudient souvent que des chapitres isolés, parfois même ils se bornent à approfondir quelques points particuliers, mais ils élucident journellement quelque nouvelle question; ce sont ceux qui, véritables pionniers de la science, contribuent le plus à ses progrès.

M. Matthews Duncan est un de ces derniers ; il a fait depuis plusieurs années un certain nombre de travaux qui ont été fort remarqués en Angleterre. Une partie de ses recherches a été réunie dans le volume qui vient de paraître : ce volume se compose d'une série de mémoires qui se rapportent presque tous au mécanisme de l'accouchement. Ancien élève de Simpson à Edimbourg, ancien élève de Paul Dubois dont il a suivi les leçons cliniques à Paris, parfaitement au courant de la littérature obstétricale anglaise, française et allemande, et de plus expérimentateur ingénieux, observateur exact et profond penseur, M. Matthews Duncan est pour ainsi dire armé de pied en cap pour mener à bonne fin toutes les recherches qu'il entreprend. S'il traite une question, rien de ce qui a été écrit sur son sujet ne lui est étranger, il apporte toujours à l'appui de la thèse qu'il soutient des arguments nouveaux qu'il sait classer et coordonner habilement, il entasse preuve sur preuve et arrive de la sorte à une démonstration claire et précise.

Nous ne pouvons malheureusement que citer ses études sur l'obliquité ou la flexion latérale de la tête du fœtus, pendant l'accouchement, où il montre et rectifie quelques erreurs commises par Naegelé ; — le chapitre consacré au mouvement synclitic de la tête du fœtus, chapitre dans lequel il prouve l'inexactitude des assertions de Kuneke ; — la description des courbes du canal génital, courbes qui jouent un grand rôle dans le mécanisme de l'accouchement et qui sont si importantes à connaître pour les opérations ; — les études sur les conditions qui favorisent les présentations de la face où sont discutées les opinions de Hecker et de Schrœder. Nous signalerons aussi la description de la bosse séro-sanguine et de son mode de formation ; — quelques pages très-intéressantes relatives aux articulations du bassin, aux mouvements dont elles peuvent être le siége et à l'importance de leur mobilité pour l'acte de la parturition. — Nous citerons encore des recherches minutieuses, longues, aussi précises que possible dans l'état actuel de la science, sur la puissance de la contraction utérine, question que les travaux de Schatz ont mise à l'ordre du jour, et sur laquelle nous aurons sans doute bientôt l'occasion de revenir ; — des idées nouvelles sur le mode d'expulsion du placenta, idées tout-à-fait différentes de celles qui ont été émises par Guillemeau et acceptées par tous les auteurs ; — une description des modifications que subit le col de l'utérus pendant l'accouchement et surtout après l'expulsion du fœtus, description fondée sur un certain nombre d'examens cadavériques. — Nous signalerons enfin des recherches expérimentales sur la résistance que présente le corps du fœtus lorsqu'on exerce des tractions sur le membre inférieur ; — et sur le degré d'ou-

(1) Un vol. 468 pages, chez Adam et Charles Block. Edimbourg 1875.

verture que doit nécessairement offrir le col pour laisser passer le placenta et la main de l'accoucheur.

Dans les dernières pages de ce volume, la question des hémorrhagies dans les cas d'insertion vicieuse du placenta a été étudiée sur toutes ses faces : l'hémorrhagie pendant la grossesse, la manière dont se fait la séparation spontanée du placenta prœvia, les causes de l'hémorrhagie pendant la fausse couche et l'accouchement à terme, les sources qui fournissent le sang, le mécanisme en vertu duquel les hémorrhagies, dues au placenta prœvia, peuvent s'arrêter etc., etc... tous ces points, minutieusement et clairement discutés, sont l'objet d'autant de chapitres intéressants. Cette question des hémorrhagies par insertion vicieuse est une des plus graves de l'obstétrique, elle a intéressé non-seulement les accoucheurs, mais encore un certain nombre de médecins français éminents, et comme le choix du traitement dépend bien souvent des idées théoriques qui ont cours, il est important, en un pareil sujet, d'arriver à des notions scientifiques aussi exactes que possible. Nous ne rappellerons pas les théories de Levret, de Jacquemier, de Simpson et de Barnes, nous dirons seulement quelques mots des principales idées émises par M. Matthews Duncan. Pour le dire de suite, il n'admet pas que le placenta puisse s'insérer sur le col lui-même ou dans la cavité du col : dans un autre ouvrage (1), après Stoltz et d'autres auteurs, mais en apportant de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion, il a montré que, jusqu'à la fin de la grossesse, le col ne jouait aucun rôle. C'est seulement sur le segment inférieur de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col que le placenta peut s'insérer.

Dans les hémorrhagies dues au placenta prœvia, il faut distinguer, suivant M. Matthews Duncan : 1° les hémorrhagies qui se font pendant la grossesse, hémorrhagies plus ou moins favorisées évidemment par la situation et la disposition des parties, et 2° les hémorrhagies qui surviennent au moment du travail de l'accouchement, hémorrhagies qui ont été appelées inévitables. Les hémorrhagies qui surviennent pendant la grossesse ne sont, le plus souvent, autre chose que des hémorrhagies accidentelles, et elles ne sont point constamment dues à un décollement du placenta. Souvent, en effet, on voit ces hémorrhagies apparaître pendant les derniers mois de la gestation, et cependant, au moment de la naissance, on ne retrouve nulle part sur le gâteau placentaire l'aspect pathologique, les lésions qui devraient exister comme conséquence de cette séparation partielle, datant d'un ou plusieurs mois. Ces hémorrhagies qui ne sont pas dues à un décollement du placenta peuvent être produites : 1° soit par la rupture d'un vaisseau utéro-placentaire, au-niveau ou au-dessus de l'orifice interne du col utérin, si l'insertion est centrale ; 2° soit par la rupture du sinus marginal utéro-placentaire, sinus circulaire qui existe au pourtour du placenta. Dans ces deux cas, on comprend que le sang puisse s'écouler en grande abondance parfois par l'orifice du col, sans pénétrer dans le placenta, sans s'infiltrer dans son tissu, sans donner lieu, par conséquent à aucune lésion de cet organe.

Il peut exister aussi une séparation particlle du placenta, conséquence d'une cause accidentelle, coup, chûte, etc., ou conséquence de la contraction de l'utérus ; mais alors on trouve dans le placenta des lésions caractéristiques ; toutes ces hémorrhagies qui surviennent avant le travail, ne sont donc en réalité que des hémorrhagies *accidentelles*.

Au moment de l'accouchement, l'hémorrhagie est non plus accidentelle, mais fatale, *inévitable*. Toujours alors le placenta est détaché, mais sa séparation n'est pas due seulement, comme on l'a dit à tort, aux contractions utérines, elle est aussi la conséquence du retrait qu'éprouve le col au moment où il se dilate. C'est cette dilatation et ce retrait du col qui amènent en réalité la séparation du placenta. Plus le placenta sera inséré près du centre, plus l'enfant sera volumineux, plus la dilatation devra être grande, et plus, par conséquent, le décollement devra être étendu et l'hémorrhagie considérable. M. Matthews Duncan estime que la surface de séparation spontanée du placenta correspond à une portion de sphère ; le centre de la surface sphérique convexe répondrait à l'orifice interne du col, et le rayon de cette surface mesurerait 6 centimètres. L'arc de cette portion de sphère qui représente une partie du segment inférieur de l'utérus, mesure environ 5 centimètres. Toutes les fois qu'il y aura insertion du placenta sur cette zône, il se produira presque fatalement une hémorrhagie au moment de l'accouchement. Des idées analogues avaient déjà été émises mais jamais ce point n'avait été étudié avec la précision que vient d'y apporter M. Matthews Duncan. Du reste, les opinions de Paul Dubois, Simpson, Legroux, Gendrin, Duparcques, Désormeaux, Sirelius, Cazeaux, Barnes, Charpentier, etc... sont discutées dans ce travail, qui est certainement le plus considérable que nous connaissions sur les hemorrhagies par insertion vicieuse du placenta.

Nous n'avons pu, malheureusement, que donner un aperçu bien rapide et bien insuffisant des nouvelles recherches publiées par M. Matthews Duncan ; mais le peu que nous en avons pu dire suffira, nous l'espérons, pour montrer à ceux que l'obstétrique intéresse, combien de sujets importants et nouveaux cet auteur a traité dans son livre.

P. Budin.

(1) Voy. Researches in obstetrics. p. 243-272.

BIBLIOGRAPHIE

Des accidents produits par la piqûre des hyménoptères porte-aiguillons, par le Dr P.-G. Mabaret du Basty. Thèse in-8 de 45 pages, 1875. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

M. le Dr du Basty, dans sa thèse inaugurale, a constitué, avec des éléments épars ou inédits, un chapitre de pathologie qu'on ne trouve nulle part. Une pareille étude était donc aussi utile qu'intéressante, et nous avons désormais sur la matière un travail très-soigné, très-clairement écrit et tout entier à lire. La piqûre des hyménoptères porte-aiguillons (abeilles, bourdons guêpes) ne présente, le plus souvent, aucune gravité. Quelquefois, cependant, elle donne lieu à des accidents locaux plus ou moins aigus ; dans d'autres cas, elle détermine des phénomènes généraux, d'intensité variable, qui peuvent très-rapidement amener la mort.

En quelques pages, l'auteur résume l'histoire naturelle des hyménoptères et de leurs produits. Dans ce premier chapitre, très-habilement condensé, nous trouvons les renseignements suivants. Si des abeilles ont butiné sur des fleurs vénéneuses, le miel peut acquérir leurs propriétés toxiques et déterminer par son ingestion des accidents graves. Dans les trois espèces, abeilles, bourdons, guêpes, les femelles et les ouvrières seules portent l'appareil venimeux et sont armées d'un aiguillon. Le venin des hyménoptères porte-aiguillons, d'après Philouze, agit sur l'économie à la manière d'un ferment.

Dans le chapitre II, l'auteur décrit le mécanisme de la piqûre : pénétration de l'aiguillon dans les téguments, puis dépôt d'une certaine quantité de venin dans la plaie ainsi faite. Chez les bourdons, le dard est dentelé, et, de même que celui des abeilles, il pénètre en sciant ; très-fréquemment aussi il reste dans la plaie. Chez les guêpes et les frêlons, au contraire, il n'y a pas de dentelures, l'appareil piquant pénètre directement, et le plus souvent ces insectes le retirent. L'acuité de la douleur et la gravité des accidents dépendent de diverses circonstances. Pour le docteur du Basty, les piqûres des abeilles sont habituellement les moins graves et les moins douloureuses ; celles des bourdons, dont l'aiguillon est plus fort, occasionnent une douleur plus vive et une inflammation plus intense ; celles des guêpes sont encore plus à craindre sous tous les rapports, et celles des frelons sont quelquefois terribles. Quel que soit l'insecte, la douleur et le danger sont toujours plus grands lorsque l'aiguillon reste dans la plaie.

Dans le chapitre III, les accidents sont examinés d'abord au point de vue du siége de la piqûre voile du palais, œsophage, œil ; puis au point de vue des complications proprement dites, dépendant de causes déterminantes ou productrices, imparfaitement connues et partant diversement appréciées. Ces accidents, signalés par les auteurs, sont des abcès, des phlegmons, des gangrènes, des eschares, des ulcères, des érysipèles. Ces

faits sont mis en lumière par d'excellentes observations presque toutes personnelles ou inédites.

Les accidents généraux auxquels peuvent donner lieu des piqûres multiples ou très nombreuses et même une piqûre unique sont décrits dans le chapitre IV et font l'objet de plusieurs observations très-utiles à consulter. Ces accidents qui sont dans la dépendance du système nerveux, ont assez souvent déterminé la mort, due, tantôt à l'asphyxie, tantôt à l'excès de la douleur, et, le plus souvent, suivant l'auteur, à l'absorption d'une grande quantité de venins capable de produire une sédation profonde du système nerveux.

Le traitement de la piqûre simple, à accidents locaux peu étendus, passagers, consiste en lotions avec une solution d'ammoniaque caustique. Dans tous les autres cas, le traitement devra être dirigé d'après la nature des accidents qui se produiront. Une précaution recommandée par le docteur du Basty, consiste à ne pas fuir devant un essaim, mais à rester immobile, comme cet agriculteur qui, ayant renversé une ruche d'abeilles, resta sur place, sans mouvements, et reçut seulement deux ou trois piqûres.

Les piqûres d'abeilles, ainsi que nous l'apprend l'auteur dans le chapitre V, ont donné lieu à des applications diverses et bien opposées, tantôt criminelles, tantôt seulement bizarres. La plus curieuse, sans contredit, est celle qu'en fit M. de Gasparin pour se guérir d'un rhumatisme articulaire rebelle. Cette propriété thérapeutique du venin, mise en lumière par cette observation et d'autres que cite l'auteur, ne doit inspirer qu'une sage réserve, et nous conseillerons jamais à un malade quelconque un pareil traitement.

En résumé, M. le docteur du Basty établit dans cette étude très-consciencieuse : que la piqûre simple est bénigne et guérit en général d'elle-même ou à l'aide d'un traitement très facile ; que les complications dues à des accidents locaux n'exigent pas de médication générale, et que les complications, dues aux accidents généraux, revêtent différentes formes contre lesquelles on dirige un traitement interne.

M. le docteur du Basty, pénétré de cette vérité qu'en médecine, il n'y a pas de sujet banal, que tous sont utiles et offrent un intérêt pratique, nous a donné un travail empreint de qualités vraiment scientifiques : la clarté, l'exactitude, la précision du langage médical ; qualités qui sont encore rehaussées par la facilité et l'élégance littéraires que l'auteur avait dès longtemps acquises et fait passer dans les comptes-rendus, toujours si intéressants, qu'il nous donnait ici même, chaque semaine, des travaux de l'Académie de médecine.

Dr A. Coupey.

VARIA

Universités russes.

Voici, d'après un journal d'Helsingfors, quelques renseignements intéressants sur l'état actuel des universités russes :

Jusqu'en 1855, la Russie a possédé 7 universités, dont 5 russes : Saint-Pétersbourg, Moscou, Kiew, Khazan et Charkow ; une suédoise, Helsingfors, en Finlande ; et une Allemande, Dorpat, en Livonie, sans compter deux autres établissements d'enseignement supérieur ne rentrant pas dans les attributions militaires : l'un, l'institut agricole de Chore-Chorezk (Lithuanie), transféré en 1864 dans les environs de Moscou et annexé à l'université de cette dernière ville ; l'autre, le lycée fondé à Odessa, au commencement de ce siècle, par le duc de Richelieu, plus tard premier ministre du roi de France Louis XVIII.

Tous les autres établissements d'enseignement supérieur, quelle que fût leur destination, étaient organisés d'après le système des écoles de cadets, et ce n'est qu'avec peine que l'empereur Nicolas put se décider à laisser subsister les universités existantes ; il se contenta de régler le nombre de leurs étudiants qui, pour chacune d'elles, ne devait pas dépasser 300.

Mais, sous le gouvernement actuel, cet état de choses a complètement changé.

Délivrées de leurs anciennes entraves, les grandes universités russes comptent aujourd'hui leurs étudiants par milliers, les plus petites les comptent par centaines. Aux cinq universités anciennes de langue russe, deux autres ont été ajoutées : Odessa et Varsovie. L'an prochain, deux autres viendront encore en augmenter le nombre : une pour la Sibérie et une pour la Lithuanie.

Il a existé à Vilna, jusqu'en 183[illegible], une académie très-fréquentée surtout par les Polonais et les Lithuaniens, pourvue de professeurs polonais et catholiques (le poète Adam Mickiewicz a été pendant quelques temps professeur d'histoire littéraire à Vilna). Mais cet établissement fut supprimé à la seconde révolution comme y ayant pris part, et il n'a pas été rétabli.

La nouvelle université, d'un caractère russe, ne sera pas établie à Vilna, mais à Polozk. Il s'agit seulement de recruter le personnel enseignant ; or, c'est là, paraît-il, le grand désidératum des universités qui existent en Russie ; près du tiers des chaires, surtout celles de jurisprudence, de philosophie, d'économie sociale, de langues classiques sont innoccupées, et les cours les plus importants sont faits souvent par de très-jeunes agrégés, n'ayant que le titre de suppléants.

Quant à l'université de Tomsk, en Sibérie, le journal *Ssibir* fournit sur sa fondation des détails curieux en raison de la nouveauté de cette création.

Avant son départ pour la Sibérie, le général Kasnakow, gouverneur général des provinces occidentales de cette région, avait été chargé de s'enquérir de l'état intellectuel du pays. Au bout de quatre mois d'enquête, il présenta un mémoire sur les conditions sociales de la Sibérie. Comme conclusion, il affirmait la nécessité d'instituer la procédure publique et orale pour les tribunaux, des institutions agricoles, et, avant tout, une université.

Ce qui rend surtout cette création indispensable, suivant lui, c'est le manque de jeunes gens assez instruits en Sibérie. Il est, par exemple, étonnant qu'un pays d'une étendue aussi immense ne compte que cinquante médecins. La constitution d'un personnel médical complet n'est possible que par la fondation d'une université.

Ces points ayant été déterminés et le ministre des finances ayant accordé 250,000 roubles sur les rentes d'Etat, le gouverneur a été autorisé à dresser des statuts universitaires.

Le nouvel établissement sera établie à Tomsk, et non à Irkoutsk ; il ouvrira avec deux facultés seulement : une de droit et une de médecine.

La nouvelle de cette création a été accueillie partout en Sibérie avec une grande joie, ajoute le journal sibérien, qui pense qu'une souscription en faveur de l'université nationale future, aurait le meilleur succès.

(*Journal officiel*).

Universités catholiques.

L'Univers publie la quatrième liste de la souscription ouverte dans ses bureaux pour les universités catholiques. Le total de cette quatrième liste s'élève à 1,520 fr. 50 et le total général à 13, 212 fr. 50.

La Semaine religieuse de Laval publie en tête de ses colonnes un avis annonçant qu'une souscription a été ouverte au secrétariat de l'évêché d'Angers pour l'université catholique projetée dans cette ville (*Le Temps*).

Enseignement médical libre.

Préparation aux 5e et 4e examens de doctorat, et au 1er fin d'année. — Les conférences commenceront le lundi 20 septembre à 3 heures, et se continueront les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure. Reconnaissance des plantes et médicaments. Principales réactions et diverses expériences de chimie. Prix : 60 francs pour les deux premiers réunis ; — 25 francs pour le 1er de fin d'année. On s'inscrit au laboratoire, rue Gay-Lussac, n° 10, les lundi, mercredi et vendredi de 2 h. à 3 heures.

54. Potion albumineuse (Ricord).

Hydrolat de laitue...........	60 grammes.
Blanc d'œuf..................	n° et ou 2.
Sirop thébaïque..............	30 grammes.

Mêlez. A donner dans la journée, contre la diarrhée ou la dysentérie subaigue.

55. Potion antidysentérique.

Teinture de cachou..............	35 grammes.
Laudanum de Rousseau.........	4 —
Hydrolat de cannelle............	120 —
Sirop simple....................	25 —

F. s. a. une portion, dont on prendra une cuillerée à bouche après chaque selle, dans la dysentérie, et dans la diarrhée chronique accompagnée d'évacuations abondantes. (*Douze cents formules*, etc.)

Mortalité a Paris. — Population, 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 10 septembre 1875, on a constaté : 824 décès ; savoir : variole, 2 ; — rougeole, 13 ; — scarlatine 1 ; — fièvre typhoïde, 15 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 20 ; — pneumonie, 38 ; — dysseuterie, 3 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 38 ; choléra nostras, » ; — angine couenneuse, 13 ; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 4 ; — autres affections aiguës, 249 ; — affections chroniques, 359, dont 148 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 32 ; — causes accidentelles, 18.

Londres. — Population, 3,445,160 habitants. Décès du 29 août au 4 septembre 1,429. Savoir : variole, 2 ; — rougeole, 22 ; — scarlatine, 99 ; — fièvre typhoïde, 22 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite, 74 ; — pneumonie, 61 ; dyssenterie, 4 ; diarrhée, 188 ; — choléra nostras, 9 ; — diphthérie, 9 ; — croup, 10 ; — coqueluche, 60.

Faculté de médecine de Montpellier. — Concours pour la place de chef des travaux anatomiques. Le Jury est composé de MM. les professeurs Benoît, Boyer, Dumas, Courty, Rouget, Estor, Dubreuil, Jannes. Deux candidats se sont fait inscrire : MM. Bimar et Eustache.

Concours de l'internat. — Sur la réclamation d'élèves israélites qui, par suite de la fête du Grand-Pardon, n'auraient pu prendre part au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, l'ouverture de ce concours, annoncée pour le samedi 9 octobre, est remise au surlendemain, lundi 11 octobre, à midi.

Nécrologie. — Le *Lyon médical* annonce la mort, à Brignais, de M. le Dr Clément-Marie-Joseph Tissoet. Il était âgé de 86 ans.

—Le Dr Jamessnow vient de mourir. Il y a 73 ans qu'il avait pris son diplôme de médecin, et il était membre honoraire du collége des chirurgiens depuis 1843. Il est mort à Lincoln à l'âge de 95 ans.

Jurisprudence médicale. — Sages-femmes. — Un préfet ayant autorisé une sage-femme à pratiquer dans un département autre que celui pour lequel elle avait été reçue, le tribunal de Brives (Corrèze) a reconnu la validité de l'autorisation ; mais ce jugement a été cassé par la Cour de Limoges (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*).

Le nouvel Observatoire. — Par décret en date du 6 septembre 1875, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, il a été créé, à Paris, un observatoire d'astronomie physique, dont la direction relève exclusivement du Ministre de l'Instruction publique. Par le même décret, M. Janssen, membre de l'Institut et du bureau des longitudes, a été nommé directeur de cet observatoire.

Par décret en date du 11 septembre 1875, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, M. Frou, physicien-adjoint de 1re classe à l'Observatoire de Paris, a été nommé physicien titulaire au dit établissement.

Prostitution et religion. — Une femme, nous apprend *Placlinie*, de Cincinnati, va demander à la police de Berlin la permission de suivre sa vocation : elle veut se prostituer. Cette autorisation lui est refusée parce qu'elle ne peut produire un certificat de confirmation ! (*France médicale*).

Vacances médicales. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures.*

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

La **Véritable Eau de Botot** est le **seul** dentifrice approuvé par l'Académie et la Faculté de médecine de Paris.

Les rapports des Commissions de ces deux sociétés éminemment savantes, ont, après analyse, apprécié les qualités spéciales à l'**Eau dentifrice de Botot** et reconnu l'utilité signalée de son emploi.

Lorsque des noms figurant au premier rang de la science ont donné leur approbation **exclusive** à ce produit, il est de notre devoir de le recommander nous-mêmes tout particulièrement.

On obtient la plus parfaite blancheur des dents en employant concurremment avec l'**Eau de Botot** la **Poudre dentifrice de Botot** dont la base principale est le **quinquina rouge** Ces deux produits alliés ensemble, forment, pour l'hygiène et les soins de la bouche la plus précieuse des préparations.

Entrepôt Général : 229, rue Saint-Honoré ;
Dépôt : 18, Boulevard des Italiens.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *septembre* vient de paraître. Un an : Paris, 18 fr. ; départements, 20 fr.

Librairie J.-B. GERMER-BAILLIÈRE, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Bouchardat (A.). De la glycosurie ou diabète sucré, son traitement hygiénique. 1 vol. gr. in-8, 15 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

Chabert (Ed.). Des accidents qu'on observe dans les hautes ascensions aérostatiques et des effets de l'altitude sur les habitants des montagnes. In-8 de 30 p. 1 fr. 50.

Hocquard (Ed.). De la rétinite pigmentaire, 4 fig. en chromo-lithographie. In-8 de 93 p. 4 fr.

Nachtel (H.). De l'hématocèle péri-utérine, in-8 de 60 p. 1 fr. 50.

3e ANNÉE. — N° 39 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 25 SEPTEMBRE 1875

Le Progrès Médical

MALADIE DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — **M. le Dr E. LANDOLT.**

Du Diagnostic des maladies des yeux.

Leçon d'Introduction, recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Vous n'ignorez pas quelle est l'importance physiologique de l'appareil de la vision. A ce titre déjà, l'ophthalmologie mérite un grand intérêt, et justifie pleinement le rôle considérable qu'elle commence à jouer dans la médecine. Mais ce rôle vous paraîtra encore plus digne d'attention, si vous réfléchissez à ce fait, que tous les tissus du corps humain se trouvent représentés dans l'appareil visuel. Vous devez donc y rencontrer toutes les altérations qui peuvent frapper ces tissus divers, et de fait, la plupart des maladies générales, comme du reste beaucoup d'affections des organes particuliers, retentissent très-souvent sur l'œil d'une façon ou d'une autre.

Or, la facilité de l'exploration médicale de cet organe permet souvent d'y constater les manifestations d'un état morbide qui doit bientôt envahir des organes encore indemnes ou qui sont seulement atteints d'une manière encore inappréciable. Quelques développements vous feront mieux saisir ma pensée :

Voyez d'abord la richesse anatomique de l'appareil visuel. Vous y rencontrerez en premier lieu le tissu osseux représenté par la cavité orbitaire qui protége l'œil. Le tissu conjonctif y abonde, sous toutes ses différentes formes : ici comme tissu cellulo-graisseux entourant le globe oculaire, là comme tissu élastique dans la sclérotique et les gaînes du nerf de la vision; ailleurs à l'état homogène dans la membrane de Descemet, la membrane hyaloïde, les couches limitantes de la rétine, la couche interne de la choroïde, etc.; plus loin, sous une forme spéciale à l'œil, il constitue la cornée, et n'oublions pas le corps vitré, dérivé du même feuillet du blastoderme.

L'épithélium n'y est pas moins abondant ni moins varié. A l'état pavimenteux, il recouvre les faces antérieures et postérieures de la cornée et de l'iris, et la capsule antérieure du cristallin. Vous connaissez sa remarquable transformation pigmentaire dans la rétine, et sa parenté avec le tissu fondamental du cristallin. Ai-je besoin d'insister sur la présence du tissu cartilagineux, du tissu musculaire lisse et strié ?

Mais le tissu nerveux est encore celui qui se distribue dans l'œil avec le plus de profusion. Nous pouvons mettre l'œil au premier rang dans la classification physiologique de nos organes, si nous considérons que des douze paires de nerfs crâniens, il en est quatre qui sont préposées uniquement à son office, et deux autres qui lui donnent encore des rameaux; six paires nerveuses sont donc affectées à son fonctionnement : nerf optique, moteur oculaire commun, pathétique, moteur oculaire externe, trijumeau, facial, sans compter de nombreux filets du sympathique. Et ces nerfs s'y montrent sous toutes les formes possibles : fibres, cellules, ganglions et tissu rétinien, cette merveilleuse terminaison du nerf optique.

Combien de maladies variées peuvent affecter tous ces tissus divers, c'est ce que je n'entreprendrai pas de vous énumérer. Je veux seulement vous rappeler quelques-unes des maladies générales qui peuvent donner lieu à des manifestations oculaires.

Prenons, par exemple, la *scrofulose*. Vous savez que parmi les signes extérieurs attribués généralement à cette diathèse, le gonflement habituel des paupières, avec rougeur et ulcérations, est un des plus constants. Mais, en dehors de cette blépharite, qui n'a rien de spécial et ressemble à toutes les manifestations cutanées de la scrofule, on trouve très-souvent chez ces sujets, des affections oculaires de formes nombreuses : les unes sont remarquables seulement par leur fréquence dans cette maladie, les autres ont de plus un cachet spécifique.

Parmi les premières, nous citerons les conjonctivites et kératites phlycténulaires; parmi les secondes, la kératite interstitielle ou parenchymateuse. Et il n'est pas de médiocre importance de savoir, par exemple, que les ulcérations de la cornée que l'on rencontre si souvent chez les enfants lymphatiques nécessitent, en dehors du traitement de la diathèse, un traitement local minutieux, faute duquel elles laisseront des traces indélébiles. Combien n'avez-vous pas vu de ces taches blanchâtres, de ces leucômes de la cornée, qui, une fois formés, constituent une infirmité incurable ?

D'autres diathèses atteignent de préférence le fond de l'œil, où l'on peut lire facilement leur présence. Ainsi, les *anémies*, quelles que soient leurs causes, se révèlent à l'ophthalmoscope par une décoloration de la papille. Cependant, nous avons observé à Zurich une forme particulière d'anémie, que le professeur Biermer a nommée anémie pernicieuse, et qui est caractérisée par la production d'hémorrhagies rétiniennes multiples.

C'est à notre savant maître et ami, M. le professeur Horner, qui a tant fait pour mettre en lumière les applications médicales de l'ophthalmologie que l'on doit les premières connaissances des phénomènes optiques de cette maladie.

La *tuberculose* peut, dans certains cas où sa présence n'est pas manifeste dans le poumon, être reconnue par l'existence de tubercules dans la choroïde. J'en ai pu voir naguère un exemple, dans lequel l'exploration médicale ordinaire laissait le diagnostic incertain entre une méningite et une fièvre typhoïde. Quand l'ophthalmoscope m'eut montré des tubercules choroïdiens, il fut facile de reconnaître qu'on avait affaire à une méningite tuberculeuse. Un fait analogue a été publié l'année dernière par un interne de M. Bouchut : il s'agissait d'une tuberculisation aiguë des poumons.

Le *rachitisme* même, qui semble s'attaquer uniquement au système osseux, peut mettre son empreinte sur l'œil : il s'y manifeste alors par une cataracte zonulaire.

Mais c'est la *syphilis* qui possède les manifestations oculaires les plus variées et souvent les plus caractéristiques : iritis, gommes de l'iris, rétinites syphilitiques simples, névro-rétinites accompagnant les tumeurs gommeuses de l'encéphale, et jusqu'à ces kératites interstitielles, si rebelles, que produit la syphilis héréditaire.

A propos des gommes de l'iris, il est bon de se rappeler une autre maladie qui produit des tumeurs analogues en apparence, et pourtant d'une nature tout-à-fait différente. Je veux parler d'une forme particulière de *leucémie*, dans laquelle on observe en même temps que l'hypertrophie des ganglions cervicaux et de la parotide, des kératites ponctuées et des tumeurs jaunâtres de l'iris. Ces tumeurs ne laissent pas de traces de leur passage, tandis que les gommes détruisent le tissu de l'iris où elles siégent, à l'exception du feuillet pigmentaire postérieur de cette membrane.

Au premier rang des organes dont les maladies peuvent entraîner des troubles oculaires, se place le *cerveau* et la *moelle*. Vous savez, en effet, que les maladies du système nerveux central peuvent produire du côté de la vision, soit des troubles purement fonctionnels, soit des lésions objectivement appréciables.

Parmi les premiers, nous citerons comme les plus importants les paralysies des muscles oculaires, soit extrinsèques,

soit intrinsèques, comme le muscle de l'iris et celui de l'accommodation. De là les strabismes, les inégalités pupillaires et autres symptômes si fréquents dans beaucoup d'affections de l'encéphale et des méninges.

Il en est de même des perturbations que peuvent présenter les parties périphériques ou centrales de la rétine sous le rapport de l'acuité visuelle et de la perception des couleurs : le rétrécissement du champ visuel, les scotomes. et surtout l'hémiopie sont autant de symptômes qui, dans beaucoup de cas, ont une grande valeur diagnostique, qu'il s'agisse de spécifier la lésion ou de localiser son siége.

Les affections encéphaliques peuvent aussi produire, avons-nous dit, des lésions du fond de l'œil accessibles à l'examen ophthalmoscopique : La méningite, par exemple, peut se propager directement au nerf optique et à la rétine, quelquefois même elle atteint le corps vitré. — Les tumeurs qui augmentent la pression intra-crânienne et celle de l'espace sous arachnoïdien produisent par cela même la stase des veines de la rétine, des exsudations séreuses et hémorrhagiques sur cette membrane, l'engorgement du nerf optique, l'étranglement de la papille avec ses suites.

A un moindre degré, l'augmentation de la pression intra-crânienne peut encore se traduire par l'hypérémie de la papille, de sorte que celle-ci est en quelque sorte le cadran sur lequel on peut lire toutes les variations que cette pression subit.

Ce n'est pas tout. Certaines *maladies du cœur* retentissent sur les vaisseaux centraux de la rétine en rendant leurs pulsations appréciables à la vue. — Oublierons-nous la *maladie de Bright,* dont la rétinite à forme spéciale a pu maintes fois faire reconnaître l'existence, alors que l'albuminurie n'avait pu encore être constatée ?

Il n'y a pas jusqu'aux *parasites* qui ne puissent être retrouvés dans l'organe visuel, et souvent leur présence constatée à l'ophthalmoscope a pu établir la nature d'une affection organique auparavant indéterminée, et dont ils étaient la cause directe.

Il nous serait facile de multiplier les exemples : cataracte des diabétiques, dyschromatopsie de l'ictère, etc., etc. Mais ces quelques mots suffiront, je l'espère, à vous montrer de quelle importance sont les connaissances ophthalmologiques élémentaires, surtout celles qui ont trait à l'exploration de l'œil, et de quelle utilité elles peuvent être même pour ceux d'entre vous qui laisseront aux spécialistes le traitement des affections oculaires.

On pourrait dire, sans exagération, que, de même que les objets extérieurs viennent se peindre dans l'œil, celui-ci devient souvent aussi le miroir où se reflète ce qui se passe dans l'intérieur du corps.

Mais si l'ophthalmologie est devenue depuis 25 ans une science complète, ce n'est pas seulement à cause de l'intérêt qu'elle excite généralement, mais cela est dû surtout à l'aptitude que possède l'œil à devenir le sujet de recherches exactes.

Je me souviens encore qu'au commencement de mes études médicales, un de mes amis, un de ces esprits impatients de la jeune Russie, me disait : « Nous ne devons pas nous faire d'illusions, la médecine ne mérite pas le nom de science, c'est du pur empirisme. » Ces paroles me frappèrent vivement, car elles contrariaient un peu l'enthousiasme que m'inspiraient ces études nouvelles pour moi.

Plus tard, à mesure que je visitais les cliniques, je ne dirai pas que j'ai reconnu entièrement la vérité des paroles de mon ami, mais je vis qu'elles pouvaient trouver de fréquentes applications dans la manière dont on étudiait alors cette science. Et pour vous en convaincre, vous n'avez pas besoin de regarder bien loin en arrière : la médecine empirique n'est pas déjà si vieille.

Eh, bien ! qu'est-ce qui a donné une âme à ce corps mort de l'empirisme ? A quoi faut-il attribuer cette impulsion qui a créé la médecine scientifique, et qui lui est venue surtout de la France ? A ceci, messieurs, que la médecine a voulu profiter pour son compte des enseignements de la physique et de la chimie : c'est l'analyse chimique, c'est l'analyse histologique, c'est la percussion, l'auscultation, la thermométrie, l'usage des instruments tels que le spiromètre, le sphygmographe, le microscope ; c'est, comme par exemple dans la numération directe des globules sanguins, l'application à la clinique des méthodes et des instruments de la physique et de la chimie; c'est tout cela, qui, en fondant l'investigation clinique sur des bases scientifiques a renouvelé la médecine tout entière.

Et quel est l'avantage essentiel de tous ces moyens d'exploration ? C'est de permettre d'exprimer exactement, par des chiffres, des courbes ou des dessins, les formes et les fonctions des organes du corps. — Un seul fait suffira pour caractériser ce mouvement : c'est un médecin, Messieurs, qui a établi les lois de la transformation des forces et de l'immutabilité de la matière, base de toute la science actuelle.

Nous pouvons aujourd'hui estimer exactement la valeur nutritive d'un aliment, la chaleur et le travail qu'il peut fournir, et nous savons utiliser ces données suivant les besoins de l'organisme, comme on détermine, d'après la force que l'on veut tirer d'une machine, la quantité de combustible qu'elle demande. L'examen des urines, grâce à l'analyse chimique est devenu un des moyens les plus scientifiques du diagnostic. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**

Compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière concernant l'épilepsie.

Par BOURNEVILLE

De l'Oxyde de zinc (1)

Tandis que dans les deux premières observations nous avons eu à signaler une influence heureuse de l'oxyde de zinc sur la fréquence des accès, pour les deux dernières malades nous n'avons que des résultats négatifs à mentionner; le traitement, d'ailleurs, a été moins rigoureusement suivi chez elles, en raison surtout de leur indocilité, indocilité aggravée encore par des troubles psychiques consécutifs à leurs accès.

OBSERVATION III. — Ko..., Eugénie, 25 ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 20 janvier 1872. — Les premiers accidents remontent à l'âge de 14 ans. — *Epilepsie* et *hystérie* à crises distinctes; étourdissements. Parmi les particularités de son histoire nous relèverons les suivantes : 1° après une attaque, elle serait restée pendant deux jours sans pouvoir distinguer ni les personnes, ni les objets : tout lui semblait noir; 2° Une autre fois, ayant eu plusieurs crises successives, elle fut prise d'une vive frayeur, elle voyait du feu partout, la maison brûlait, elle-même était la proie des flammes. Maintes fois, depuis qu'elle est à la Salpêtrière, nous avons été témoins de ces sortes de peurs.

Traitement. — 8 *avril* : 1 pil. de 0 gr., 02 d'oxyde de zinc. 5 *décembre* : 12 pil. de 0 gr., 13. — Le traitement a duré environ 240 jours, pendant lesquels Ko... a pris 160 grammes d'oxyde de zinc. Son poids qui était de 64 kilogrammes, le 11 août 1874, était descendu à 62 kilogrammes, 500 le 5 décembre. Mais, dans cette diminution de poids, un accès de folie assez prolongé a peut-être exercé une action plus sérieuse que l'oxyde de zinc. (2)

En 1872 :	20 accès,	62 attaques,	24 étourdissements.			
En 1873 :	16 —	10 —	1 —			
En 1874 :	21 —	30 —	2 —			

Du 1er mai au 31 décembre 1873, Ko... a eu 9 accès et

(1) Voir les nos 16, 24, 25, 26, 27, 28 et 38.

(2) Cette explication est d'autant plus probable que le 7 octobre la malade pesait 65 kilogr., ce qui la rapprochait de la malade de l'obs. I.

7 attaques ; du 1er mai au 31 décembre 1874 (période de traitement) elle a eu 15 accès, 14 attaques et un étourdissement. Il s'ensuit que l'oxyde de zinc, loin de favoriser l'espèce de tendance à une amélioration de l'état de cette malade, qui avait présenté moins d'accès en 1873 qu'en 1872, aurait plutôt entravé cette tendance.

OBSERVATION IV. — *Incontinence nocturne d'urine. — Epilepsie, consécutive à une émotion vive. — Marche de la maladie. — Caractères des accès : aura ; — vision colorée ; — secousses, etc. — Traitement par l'oxyde de zinc.*

Brulo.. Adèle, 26 ans, est entrée le 27 septembre 1862 à la Salpêtrière. Elle donne elle-même sur ses antécédents les renseignements qui suivent ; c'est annoncer d'avauce qu'ils sont incomplets et sujets à caution.

Elle a été élevée en nourrice. Elle iguore si elle a eu des convulsions, mais elle se souvient qu'elle a eu le carreau, une maladie des yeux qui l'a rendue presque aveugle de deux à ciuq ans, et qu'elle n'a marché qu'à cinq ans. Vers sept aus. elle aurait été atteinte d'une varioloïde, de 8 à 9 ans, elle a eu souvent des épistaxis. Enfin, elle aurait été affectée d'une *incontinence nocturne d'urine* jusqu'au début de l'épilepsie.

Celle-ci s'est montrée à 13 ans. Voici la cause à laquelle elle l'attribue ; tandis qu'elle descendait dans une cave, un rat monta dans ses jupes ; de là, une grande frayeur. Six ou sept jours plus tard, éclata le premier accès d'épilepsie. Auparavant, elle n'avait éprouvé aucun phénomène qui pût faire craindre l'apparition de cette maladie : ni syncopes, ni faiblesses, ni étourdissements. Le second accès vint 8 jours après le premier. Duraut les trois premiers mois, les accès se succédèrent approximativemeut toutes les semaines ; puis, ils s'éloignèrent, ne survenant que tous les 10 à 15 jours. Ils se manifestent surtout le matin, au moment du réveil.

Avant l'*accès*, Br... a dans les bras, les jambes, le tronc, des secousses subites, rapides. A-t-elle alors quelque objet eutre les mains, elle le laisse choir ; de plus, elle voit des étincelles qui sautent, des éclairs qui passent devant les yeux et elle a des envies d'uriner. Ces phénomènes précurseurs de l'accès durent en général de 5 à 15 minutes, parfois davantage. B... a été mise, en 1866, au traitement par le bromure de potassium et, sous l'iufluence de ce médicament, les secousses auraient diminué.

Ces phénomènes, qui constituent le plus souvent une véritable *aura*, disparaissent quelquefois sans être suivis d'accès, la laissent souffrante, triste et lui donnent l'humeur noire.

Si l'*aura* aboutit à un accès, celui-ci éclate sans cri ; B... se mord la langue à gauche (autrefois la morsure portait sur le bord droit), elle écume, urine sous elle. A la suite de l'accès, et pendant toute la journée, abattement, céphalalgie, sensation de froid par tout le corps, et comme si elle avait de la glace dans les veines.

Cette malade a un caractère sombre. Les moindres discussions l'affectent vivemeut. Elle a même, sans motif apparent, des accès de mélancolie dans lesquels elle ne parle que de la mort, de l'ennui de vivre, etc. — L'examen des fonctions organiques, en particulier des fonctions [illegible] l'habitude, avant l'institution du traitement, nous apprend seulement qu'elle est sujette de temps en temps à des uausées et qu'elle a, mais assez rarement, des « aigreurs. »

Traitement. — 13 *mars* : 1 pilule de 0 gr. 02 d'*oxide de zinc* (1). — 22 *mars* : 2 pilules. — 24 *mars* : B... assure que son appétit diminue. que les aigreurs la tourmenteut plus souveut. — 27 *mars* : hier, diarrhée précédée de coliques. — 29 *mars* : B... saliverait davantage (?).

6 *avril* : Hier, étant à travailler, elle s'est levée tout d'un coup, s'écriant : « Ah ! que je suis donc drôle ! Ah ! que je suis drôle ! » On l'a fait marcher, et cela saus peine. Elle se plaiguait d'un eugourdissement daus le membre supérieur gauche qu'elle était obligé de soutenir avec la main droite. La tête était penchée sur l'épaule gauche ; les yeux étaient dirigés vers la gauche. Les pupilles, assure-t-on, étaient dilatées. B... parlait avec beaucoup de difficulté, disait : « Je.... .... n'ai........ pas bu ; je........ n'ai........ pas bu ! » Le cou et la face étaient rouges et brûlants ; la peau sur le reste du corps (mains, pieds et tronc), était, au contraire, pâle et froide. La main droite était plus froide que l'autre : on eût dit qu'elle était morte. B... ne souffrait que dans le bras gauche. Elle n'avait point de battements de cœur. Ces accidents, inconnus jusqu'à présent chez elle, ont commencé à 6 1/2 du soir et ont persisté avec la même intensité jusqu'à 8 1/2. Ils ont ensuite diminué progressivement. A onze heures B... avait encore froid aux pieds et se sentait aussi fatiguée que si elle avait eu un accès.

Ce matin, pendant l'interrogation, elle devieut tout à coup immobile, hébétée ; les membres supérieurs sout euvahis par des *secousses* ; la tête s'iucline sur l'épaule droite ; les pupilles sont à peu près normales ; la face est plus colorée. Interpellée, la malade ne répond pas. Au bout de cinq minutes, les larmes coulent des yeux de la malade qui prononce quelques paroles incohéreutes ; eufin, après 2 ou 3 autres minutes, elle revient tout-à-fait à elle.

7 *avril* : Hier, après notre départ, B.. a pleuré eucore abondamment et a éprouvé jusqu'à 3 heures, la seusation d'eau glacée qui passait dans son bras gauche, depuis la main jusqu'à l'épaule. Elle a ensuite ressenti des picotements dans les membres et surtout dans les doigts. Le soir, au lit, elle a eu de l'engourdissement dans la cuisse gauche, des picotements du pied au genou.

Ce matin, B... est mieux ; il ne lui reste qu'une douleur contusive, occupant le sommet de la tête. Elle déclare que, dans sa crise d'hier, elle n'a pas perdu connaissauce, qu'elle voyait les personnes, qu'elle entendait, quoique vaguement, ce qu'on disait, mais qu'elle n'a pas conservé le souvenir des paroles. « Dans ces momeuts-là, dit-elle, la vie m'apparait toute sombre : il y aurait là une guillotine, que je mettrais ma tête sous le couteau.... Si j'étais seule, je crois que je me ferais mal. »

13 *avril* : 3 pilules de 0 gr. 02.... 16 *mai* : 5 pilules. — 27 *mai* : Br... a pris régulièrement des pilules. Le 25, quelques instants avant l'apparition des *règles*, elle a eu un accès, — 26 *mai* : nouvel accès ; les règles coulent médiocrement et s'accompagneut de coliques. Depuis deux jours, la malade est triste, refuse de prendre ses pilules, sous prétexte qu'elles la rendent plus souffrante. Elle voudrait du bromure de potassium. On finit par lui faire avaler ses pilules. — 30 *mai* : Les idées tristes persisteut. — 15 *juin* : Après avoir été calme, raisonnable pendant quelques jours, elle est retombée dans son état mélancolique.

29 *juillet* : 6 pilules de 0 gr. 03. — 1er *août* : 7 pilules de 0 gr. 03. — 11 *août* : 7 pilules de 0 gr. 04. Poids 55 kilogr. — 15 *août* : 7 pilules de 0 gr. 05. — 17 *août* : 8 pilules de 0 gr. 05. — 19 *août* : 8 pilules de 0 gr. 06. — 25 *août* : 8 pilules de 0 gr. 07. — 1er *septembre* : 9 pilules de 0 gr. 08.

15 *septembre* : [illegible] inappétence, bouche amère, uausées, constipation. *Injection d'un centigramme [illegible] morphine* au niveau du deltoïde gauche. Cinq à six minutes plus tard, vomissements glaireux assez abondants, favorisés par l'ingestion d'eau tiède.

25 *septembre* : 10 pilules de 0 gr. 10... 23 *octobre* : 10 pilules de 0 gr. 11. Poids 59 kilogrammes... 31 *octobre* : 11 pilules de 0 gr. 12. A la date de ce jour, la maladie a ingéré 71 grammes d'oxyde de zinc. Ses accès sont rares, bien qu'elle se soit trouvée, dans ces deruiers temps, plus attristée encore par suite de chagrins. (Elle a prêté du linge et des vêtements à une malade qui partait, laquelle a oublié de les lui rendre). — 12 *novembre* : 11 pilules de 0 gr. 13. — 21 *novembre* : 12 pilules... 5 *décembre*. Poids 57 kilogrammes 500. — B.. refuse de continuer son traitement, parce qu'elle a des nausées. Malgré tout, il a été impossible de la décider. — Elle sort le 13 mars 1875.

(1) Voici la formule que nous avons employée au début :

Oxyde de zinc........ 2 grammes.
Manne de Valet...... 5 —
F. S. A., cent pilules.

	1870 — Accès	1871 — Accès.	1872 — Accès.	1873 — Accès.	1874 — Accès.
Janvier...	1	1	3	2	1
Février...	»	2	1	[illegible]	1
Mars.....	1		1	[illegible]	2
Avril.....	3	3	3	[illegible]	1
Mai......	1	2	2	1	2
Juin......	2	1	2	»	2
Juillet....	»	2	[illegible]	1	4
Août.....	1	1	[illegible]	»	[illegible]
Septembre	»	1	[illegible]	[illegible]	1
Octobre...		1	1	2	
Novembre	2	1			»
Décembre.	3	2		1	1
Totaux.	14	18	13	[illegible]	12

Durée approximative du traitement : 230 jours
Dose prise : 115 grammes.
Poids initial 53 kilogr.
Poids le 5 décem. : 5 kil. 500.

On voit qu'il s'agissait là d'une malade qui était dans des conditions excellentes pour être mise en traitement. Il est rare, en effet, de rencontrer parmi les épileptiques de la Salpêtrière, des malades ayant des accès aussi peu nombreux. En dépit de ces bonnes conditions, les résultats fournis par l'oxyde de zinc ont été nuls.

Effets physiologiques. — Herpin a relevé chez ses malades les phénomènes suivants : inappétence, amertume de la bouche, nausées, douleurs gastriques, deux fois des vomissements ; selles relâchées, quelquefois diarrhée ; dans d'autres cas, constipation. « L'état nauséeux, écrit-il, a été presque toujours temporaire ; l'habitude l'a le plus souvent fait cesser, malgré l'accroissement graduel des doses et il n'a reparu que rarement et momentanément dans le cours de la cure. Les autres indispositions, comme vomissements, diarrhée et embarras gastrique, ont été fort rares, et toujours plus fugitifs encore que les nausées. En un mot, si ces symptômes divers ont pu ralentir l'accroissement graduel des doses, ils n'ont jamais été, pour les malades placés dans notre main, un obstacle à la continuation du traitement. » (*Loc. cit.*, p. 562). Chez nos quatre malades nous n'avons eu à noter que des accidents semblables à ceux qu'a signalés Herpin ; ils ont toujours été légers et n'ont jamais justifié, même chez le malade de l'OBSERVATION IV, la moindre répugnance à poursuivre le traitement. Nous n'insisterons pas non plus sur les modifications de poids ; nous ne les avons consignées qu'à titre de renseignement.

En résumé, des quatre malades auxquelles nous avons fait prendre de l'oxyde de zinc, les deux premières ont été améliorées ; la troisième n'a éprouvé aucun changement avantageux ; enfin, chez la dernière, la moins malade des quatre, les accès n'ont pas diminué (1). (*A suivre.*)

(1) Parmi les travaux qui méritent d'être consultés sur l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de l'épilepsie, nous citerons une note de M. A. Voisin, intitulée : *Contribution à la thérapeutique de l'épilepsie, par les préparations de cuivre et de zinc ; maintien des guérisons depuis dix ans et plus* (*Bulletin du thérap.*, t. LXXVIII, p. 193-200.). Elle résume neuf observations de malades soignés par Herpin, et chez lesquels on a pu s'assurer que la guérison s'était maintenue. Mais, comme Herpin avait eu recours, dans presque tous ces faits, à plusieurs médicaments, on ne saurait faire la part, soit du sulfate de cuivre ammoniacal, soit du cuivre, du lactate et de l'oxyde de zinc, soit, enfin, de la jusquiame et de l'armoise, qui ont été administrés concurremment ou simultanément avec les sels métalliques.

BOURNEVILLE. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. 1er fascicule : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau.* In-8 de 168 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50. 2e fascicule : *Urémie et Eclampsie puerpérale ; — Epilepsie et hystérie.* In-18 de 160 pages, avec 14 figures : 3 fr.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours de l'Adjuvat à l'Ecole de médecine.

Parmi les réformes urgentes que nécessitent les concours de l'Ecole, il en est une sur laquelle tout le monde est d'accord : chaque épreuve doit être cotée par un règlement officiel, selon son importance relative, et, à la fin de toute séance, le jury doit délibérer sur le nombre de points qu'il faut attribuer à chaque candidat. Certainement la faveur peut s'introduire encore et des combinaisons savantes pourront se nouer — certaines nominations du Bureau central nous en donnent la preuve — mais du moins elles deviendront plus difficiles, et, grâce à cette mesure indispensable, juges et candidats seront beaucoup plus à l'abri — ceux-ci des passe-droits et des injustices, ceux-là des soupçons malveillants. Nous avons parlé des jurys du Bureau central : certaines de leurs décisions n'ont pas toujours été ratifiées par l'opinion ; mais, nous croyons pouvoir dire que leurs verdicts sont mieux acceptés que ceux des jurys de l'Agrégation, par exemple : ils soulèvent des réclamations bien moins vives et des reproches bien moins ardents.

Comment d'ailleurs pourrait-il en être autrement ? Nous voulons prendre comme exemple le récent concours de l'Adjuvat ; et si nous le choisissons, c'est pour éviter que le lecteur puisse sous-entendre des noms propres ni voir des insinuations où nous ne saurions en mettre ; les nominations qui ont été faites alors sont, paraît-il, des plus heureuses et les candidats élus étaient parmi les plus méritants.

Les épreuves de l'Adjuvat sont au nombre de sept : quatre théoriques et trois pratiques. Des quatre théoriques, une est écrite ; les trois autres sont orales. L'épreuve écrite porte sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie externe. Les trois épreuves orales reprennent une à une chacune de ces trois parties et le candidat doit traiter dans la première une question d'anatomie, de physiologie dans la deuxième et de pathologie externe dans la troisième. — Les épreuves pratiques sont, avons-nous dit, au nombre de trois : dissection, médecine opératoire et pièces sèches. Ce programme nous semble parfaitement entendu, et sauf l'épreuve des pièces qui pourrait être améliorée, transformée, mais non complétement supprimée d'après nous, c'est sans réserve que nous l'approuvons : Un jury qui discuterait à l'issue de chaque séance et qui fixerait son jugement par des points pourrait, après sept épreuves, se rendre un compte sérieux de la valeur des candidats.

Mais avec le système actuel où l'on ne discute pas, où l'on ne donne pas de points, que se passe-t-il ?.... Les candidats sont en général dix à douze pour se disputer une ou deux places. Lorsque la composition écrite a été faite et lue, les juges ont bien une opinion individuelle et sauront vous dire quelles sont les copies qu'ils préfèrent et leur classement approximatif. Encore est-ce beaucoup accorder et l'on prétend assez généralement qu'ils n'écoutent que leurs élèves ou ceux que le bruit public désigne comme spécialement forts et capables d'arriver. D'ailleurs, que nous importe pour notre cause ? Nous supposons que chaque juge ait écouté et bien écouté, que son siége est fait sur la valeur de la composition. Il a son opinion, mais elle est *individuelle*, or, ce n'est pas l'opinion d'un juré que l'on veut, c'est l'opinion d'un jury et cette opinion ne peut naître que

d'une discussion où chacun apporte ses arguments et ses preuves. Un point inexact, une assertion erronée passent inaperçus pour un juge, mais un autre les relève ; une description nette et vigoureuse a été lue dans un moment d'inattention — le bon Homère lui-même dort quelquefois — du moins il se trouvera un juge pour la signaler et la faire ressortir.

Et puis tous les juges n'ont pas une compétence égale : les uns sont anatomistes, les autres physiologistes, d'autres enfin, s'occupent de pathologie. Or les compositions portent sur ces trois sujets : chacun juge à son point de vue et telle copie absolument insuffisante pour l'anatomiste sera jugée bonne par le physiologiste. Voilà pourquoi, du reste, on a institué un jury composé de plusieurs membres et que l'on a rendu obligatoire la présence des professeurs d'anatomie, de physiologie, d'un professeur de pathologie externe. Cette mesure était indispensable, mais elle est rendue illusoire par l'absence de discussion, ou, si cette discussion a lieu, par l'absence d'une sanction quelconque. Nous ne saurions trop le répéter : ce qu'il faut, ce n'est pas l'opinion d'un juge, c'est cette opinion mixte, fondue, pour ainsi dire, qui se dégage des opinions particulières ; elle seule a de la valeur, et dans le système actuel, on ne sait comment elle pourrait se former.

Certainement, une copie remarquable, une épreuve orale supérieure fixera l'attention du jury et pourra recueillir tous les suffrages. Mais cela même est un danger : il est pour le moins exceptionnel qu'un même candidat soit brillant dans toutes les parties que comprend le programme et ce n'est pas d'une épreuve, mais de l'ensemble des épreuves, que doit sortir la nomination. Or, ces épreuves sont au nombre de sept et tel des douze candidats qui est classé premier en anatomie, par exemple, peut bien être jugé cinquième en pathologie, troisième en physiologie. Nous le demandons en toute conscience, comment les juges pourront-ils au bout d'un mois de concours se reconnaître dans un pareil enchevêtrement d'épreuves et de candidats s'ils n'ont pas fait leur travail de classement au fur et à mesure des séances ? On prétend qu'à l'issue d'une séance d'internat il est difficile de s'entendre sur l'attribution des points aux dix copies qui viennent d'être lues, que doit-il en être pour l'adjuvat, lorsque la première épreuve date de plus d'un mois et qu'il s'agit d'en juger non pas une mais sept ?

Nous savons bien que le jury est censé discuter après chaque séance ; nous affirmons qu'il n'en est rien, mais qu'importe, et quand même on ferait en commun ce classement approximatif dont nous parlions, la justice serait-elle satisfaite ? Une copie ou une leçon peut être considérée comme la meilleure, mais de combien l'emporte-t-elle sur celles qui arrivent deuxième, sixième, dixième ? L'écart peut être presque nul ou très-considérable et ce point est des plus importants, car tel candidat classé premier dans plusieurs épreuves peut parfaitement être distancé dans une dernière épreuve par un concurrent qui, jusqu'alors, s'était tenu modestement au troisième et au quatrième rang, mais avec un faible écart. Cela se voit tous les ans au bureau central. Rien de semblable ne se passe ordinairement à l'adjuvat et dès la première épreuve la lutte paraît se circonscrire entre trois individus tout au plus.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait aussi des revirements subits : mais eux-mêmes sont dangereux par leur trop grande soudaineté. L'impression du moment domine et tel candidat qui aura fort mal concouru jusqu'alors peut se relever par une seule épreuve brillante. Et ce n'est véritablement pas toujours juste. Mais nous sommes ainsi faits que le dernier sentiment domine et la médiocrité des épreuves passées, n'ayant pas été fixée par une note, par un certain nombre de points inscrits au procès-verbal, rien n'est plus facile, avec la meilleure foi du monde, d'oublier ce que ces épreuves avaient de faible pour un sujet, de s'en tenir à ce que la dernière avait de bon. Ce fait est plus fréquent qu'on ne le croit et nous avons entendu dire que l'année dernière un candidat dont la composition écrite avait été classée tout à fait parmi les dernières par les assistants — qui au demeurant sont de bons juges — fut, dès sa première épreuve orale placé au premier rang dans l'esprit du jury. Or, si les deux épreuves avaient été cotées par des points, il se fût trouvé tout au plus, à ce moment, troisième ou quatrième.

Il arrive encore, grâce à ce système, que les épreuves pratiques, sauf toutefois les surprises que peut réserver la médecine opératoire, ont perdu beaucoup de leur importance et les nominations sont presque faites après la dernière composition orale. Cette préparation des pièces sèches qui coûte deux mois d'un travail fort pénible et qui est, de fait, l'épreuve la plus laborieuse, est une duperie véritable, car elle n'influe en rien sur le résultat du concours. Les habiles le savent bien et se gardent de se livrer avec trop d'ardeur à une aussi ingrate besogne. Et pendant que les naïfs malavisés y travaillent assidûment, laissant de côté notes, rédactions, livres et conférences, ils dirigent la main de quelques amis, eux, en hommes pratiques, présidant à la confection de pièces que M. Vasseur montera avec art. C'est ainsi qu'il leur reste du temps pour continuer leur préparation au concours.

Non ! l'Ecole ne peut persister plus longtemps dans ce système injuste et tel que, malgré la bonne foi des juges et leur désir d'impartialité, il peut à lui seul fausser les intentions les plus droites. Aussi ne comprenons-nous pas qu'un jury l'accepte et endosse une responsabilité pareille devant les candidats et l'opinion publique. Il est un fait, du reste, c'est que cette responsabilité leur a parfois paru lourde à porter et n'a-t-on pas vu récemment un président hésiter longtemps et n'oser user de sa voix prépondérante pour départager un jury divisé en deux camps égaux ?

Aussi est-ce pour sauvegarder la dignité du juge et l'intérêt du candidat que nous réclamons une réforme urgente. Mais nous voudrions être entendu. Nous n'en sommes plus au temps où l'on signalait en sceptique et comme par acquit de conscience les abus et les injustices. C'était sans espoir et presque sans désir de les voir disparaître : il n'y avait point encore péril en la demeure. Mais maintenant des Facultés rivales s'élèvent, la lutte s'engage et nous voulons vaincre. Pour cela, il faut que chacun, aussi bien le maître que l'élève, secoue un peu sa torpeur.

On lit dans le *Levant Hérald* :

Un télégramme du 24 août annonce la complète cessation du choléra à Damas. Il est vrai qu'une autre dépêche annonce qu'un cas a été enregistré le 30 août, mais la personne attaquée venait [illegible]. Dans les environs de Damas, on signale encore quelques cas. A Alep, du 24 au 30 août, il y a eu 197 attaques et 126 décès. A [illegible], du 7 au [illegible] août, on a enregistré 217 décès cholériques. A [illegible], du 24 au 30, il y a eu 22 attaques et 16 décès. A Beyrouth, du 23 au [illegible], il y a eu [illegible] attaques et 5 décès. A Gueblé, du 19 au 25, il y a eu 61 décès cholériques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès périodique international des sciences médicales.

4e SESSION. *Bruxelles.* — 19-25 *septembre* 1875.

La séance solennelle d'ouverture du Cougrès médical de Bruxelles a eu lieu le dimanche 19 septembre, dans la grande salle du Palais Ducal, en la présence du roi et sous la présidence de M. Vleminckx, président de l'Académie royale de médecine de Belgique. Le bureau est composé de MM. Deroubaix, Bellefroid et Crocq, membres, et de M. Warlomont, secrétaire général. M. Delcour, ministre de l'intérieur, et M. Anspach, bourgmestre de la ville de Bruxelles, siègent à côté du président.

Les membres du Congrès, nombreux déjà, remplissent la salle. Nous remarquons dans l'assistance MM. le baron Larrey, Bouillaud, Giraldès, Verneuil, Jaccoud, Bouchut, Gallard, Dujardin-Beaumetz, Meyer, Maurice Perrin, Oré, Magitot, Forget, Bonnafont, Parise (de Lille), Testelin, Houzé de l'Aulnoit, etc.; Hébra et Sigmund de Vienne; Langenbeck, de Berlin; Pasquali, de Rome; Amabile, de Naples; Bertini, de Florence; Weber, de Darmstadt; Lubinsky, de Kronstadt; Ahmed-Pacha, de Constantinople; Donders; Bowmann, Critchett, etc.

A une heure, la séance est ouverte. Le président remercie le roi d'avoir bien voulu honorer le Congrès de sa présence et souhaite la bienvenue aux étrangers qui se sont rendus à l'appel du comité organisateur : « Sur cette terre hospitalière de la Belgique, dit-il, vous ne rencontrerez que des visages amis, et vous pourrez y discuter en toute liberté. » Et de grandes, d'importantes questions se présentent; car la médecine, dit-il encore, doit avoir pour but, par dessus tout, de régénérer l'espèce humaine et de tarir les sources des maladies qui déciment les populations à la surface de toute la terre. A ce point de vue, combien peuvent être utiles les grandes réunions périodiques des membres du corps médical !

La science pure a certainement de l'attrait, mais les questions pratiques présentent bien plus d'intérêt, celles surtout qui ont pour objet les grands problèmes d'hygiène publique. C'est sur ce point que doit se porter et se concentrer l'attention : et pour commencer, pourquoi n'établirait-on pas de grandes conventions hygiéniques internationales, comme on fait des conventions pour les guerres, les relations commerciales, etc... Il termine en proposant de nommer comme président d'honneur M. Delcour, ministre de l'intérieur, qui a prêté son puissant concours à l'organisation du Congrès. M. Delcour prend alors la parole pour souhaiter aussi, au nom du Gouvernement, la bienvenue à tous les membres du Congrès. Puis, les bureaux définitifs sont constitués : le président et les membres du bureau provisoire sont maintenus et l'on acclame comme présidents honoraires : MM. Langenbeck pour l'Allemagne; Bouillaud, Verneuil et Jaccoud pour la France; Critchett et Bowmanu pour l'Angleterre; Hébra et Sigmund pour l'Autriche-Hougrie; Donders pour les Pays-Bas; Marcowitz pour la Roumanie; Ahmed-Pacha pour la Turquie, etc... La nomiuation de M. Bouillaud est une véritable ovation pour l'émiuent professeur de la Faculté de Paris : on aime la France ici, et l'on est heureux de la voir si bien représentée !

Le secrétaire général, M. Warlomont, prenant ensuite la parole, fait l'historique des différents congrès internationaux qui ont eu lieu jusqu'ici : le premier à Paris en 1867, le second à Floreuce en 1869 et le troisième à Vienne en 1873; et passe rapidement en revue les points les plus importants sur lesquels ont porté les discussions. C'est la tuberculose et le choléra, dit-il, qui ont été étudiés dans ces grands cougrès : on a déterminé l'influence du tubercule sur la mortalité dans u pays, et comparativement dans diverses contrées, — on a discuté sa nature, son inoculabilité, — on a recherché les moyens de préveuir son développement et de le combattre; mais toutes ces questions n'ont pas été résolues d'une manière définitive et elles restent à l'ordre du jour. Le choléra aussi a suscité de nombreux travaux et provoqué de longues discussions; tout récemment encore, il a été l'objet de conférences spéciales à Constantinople et à Vienne; bien des points sont élucidés, mais reste encore la question de sa contagion, de la solution de laquelle dépend sa prophylaxie. M. Warlomont se déclare partisan de la contagion du choléra et de sa transmissibilité d'individu à individu; aussi, dit-il, ne doit-on pas hésiter sur les mesures hygiéniques qu'il faut prendre pour le combattre : « *Salus populi suprema lex.* » — La variole, fléau redoutable autrefois, a trouvé, elle, dans la vaccine, un obstacle à sa diffusion, et pourtant que de choses à faire encore pour retirer de ce moyen tout ce qu'il peut donner. Plusieurs nations ont admis la vaccination obligatoire; l'Académie de médecine de Bruxelles a émis aussi un vœu dans ce sens, mais elle est encore à en attendre le résultat. — La mortalité des *parturientes* dans les maternités, est tellement effrayante, qu'il faut de toute nécessité trouver un remède immédiat à ce mal. Ne sait-on pas que, tandis que les femmes assistées à domicile ne présentent qu'un cas de morts sur 200, la mortalité est de 1 sur 29 chez les femmes accouchées dans les services hospitaliers ? M. le Secrétaire attire toute l'attention des membres du Congrès sur cette importante question.

Tels sont les grands points à élucider; le Congrès aura bien mérité de l'humanité, s'il y parvient.

En terminant, M. le Secrétaire expose les raisons pour lesquelles Bruxelles a été choisi pour la quatrième session du Congrès médical. La Belgique est un terrain neutre, dit-il; elle est parfaitement placée politiquement et géographiquement pour ces grandes réunions internationales; puis on y trouve, dans ce bon pays, une hospitalité franche et cordiale, et surtout « on y respire l'air pur de la liberté. » Ces dernières paroles de M. le Secrétaire sont couvertes d'applaudissements. M. Anspach se lève alors pour inviter les membres du Congrès, au nom de la municipalité bruxelloise, au raout qui aura lieu le soir dans les salons de l'Hôtel-de-Ville. Il exprime toute sa satisfaction de recevoir le Congrès, satisfaction intéressée peut-être, ajoute-t-il, car la ville de Bruxelles a bien besoin en ce moment des lumières de ce corps savant : elle réclame son aide pour la solution de trois questions d'une importance capitale : 1° la création d'un bureau d'hygiène; 2° la distribution des eaux; 2° l'assainissement de la Senne et la création d'égouts collecteurs; on a déjà dépensé pour ces derniers travaux 57 millions, et les résultats sont loin d'être satisfaisants. Il termine en souhaitant aussi la bienvenue aux membres du Congrès au nom de la ville de Bruxelles.

A deux heures et demie, la séance d'ouverture est levée. Les membres du Congrès se réunissent dans les sections (salles de l'Académie, Musée), pour constituer les bureaux de sections.

Séance du lundi 20 septembre.

Les travaux du Congrès sont répartis entre neuf sections qui sont :

1° Médecine, comprenant la pathologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique.

2° Chirurgie, avec la chirurgie des champs de bataille et la syphiliographie.

3° Accouchements, y compris les maladies des femmes et celles des enfants.

4° Sciences biologiques : anatomie, physiologie et médecine comparée.

5° Médecine publique : hygiène, médecine légale et statistique médicale.

6° Ophthalmologie.

7° Otologie.

8° Psychiatrie.

9° Pharmacologie.

Il existe en outre une section d'exposition des appareils ou instruments nouveaux, usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc.

Lundi, 20 septembre, à 10 heures du matin, travaux dans les sections. A 2 heures, reprise de ces travaux.

1re SECTION. *Médecine.* Lundi et mardi. — Le bureau est composé de MM Thiry, professeur à l'Université de Bruxelles, Bouchut de Paris et Sigmund de Vienne.

L'ordre du jour appelle la discussion de la *Prophylaxie du choléra.* M. Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain, lit son rapport sur cette question et la discussion est ouverte. MM. Bonnafond, Sigmund, Semmola (de Naples), Drysdall (de Londres) et Lefebvre prennent successivement la parole, et définitivement la section adopte les conclusions suivantes :

I. La prophylaxie du choléra asiatique doit avoir pour base une notion étiologique aussi complète que possible de la maladie.

II. Le choléra est une maladie spécifique, c'est-à-dire qu'elle est produite par un principe morbide toujours le même et qu'elle ne peut être produite par d'autres causes.

III. Le principe cholérigène nous est inconnu dans son essence, comme du reste le principe générateur de la variole, de la scarlatine, de la petite vérole, etc., mais nous possédons des connaissances très-importantes, au point de vue de la prophylaxie, sur son origine, ses attributs, les lois de sa propagation et de son évolution.

IV. Origine. Le miasme cholérigène se développe spontanément dans certaines contrées de l'Inde, spécialement le Delta du Gange et les contrées basses qui environnent Madras et Bombay. En partant de ces foyers originels, il s'est transporté à différentes reprises en Europe, en Afrique, en Amérique, en constituant ces grandes épidémies qui sont présentes à tous les souvenirs.

Toutefois on a vu se produire en Europe des explosions plus limitées du choléra asiatique après la disparition des grandes épidémies dont il vient d'être question. Ces explosions sont-elles dues à la production spontanée, sur le sol européen, du miasme cholérigène, ou bien faut-il les attribuer au développement tardif de miasmes, laissés en quelque sorte en provision par l'épidémie asiatique précédente ? Cette dernière opinion est la plus généralement adoptée.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que le choléra indien peut s'acclimater en Europe.

V. Attributs du miasme cholérigène.

1° Ce miasme se régénère dans le sujet qui est atteint du choléra et est transporté de là sur des individus sains : il provoque chez eux le développement de la maladie ; en d'autres termes, le choléra est essentiellement contagieux.

2° Le miasme cholérigène se conduit à la manière des corps solubles et volatiles : ainsi il se dissout dans l'eau, il se répand dans l'atmosphère où il se maintient à l'état de diffusion homogène, c'est-à-dire sans s'accumuler dans les points déclives.

3° Le pouvoir morbifique du miasme cholérigène est moins énergique, moins fatal dans son action que d'autres miasmes et d'autres virus connus.

4° Il est peu stable : il paraît se détruire très-promptement, surtout quand l'air est fortement ozonisé. Toutefois, dans certaines conditions de confinement, à l'abri de l'air, il peut se conserver très-longtemps.

5° Ce miasme est détruit par une température élevée (100° et plus) et par un certain nombre d'agents chimiques à affinités énergiques. Cette question réclame encore des études pour arriver à une précision et à une netteté véritablement pratique.

6° Les individus exposés à l'action du miasme cholérigène acquièrent, au bout de quelque temps, une sorte d'accoutumance qui les met à l'abri de la maladie.

VI. — Lois de propagation du choléra asiatique :

1° Le contage cholérique réside principalement, peut-être exclusivement, dans les déjections du malade (matières vomies et surtout évacuations intestinales ;)

2° Il peut se transporter du sujet malade aux individus sains par différents véhicules, parmi lesquels il faut noter, après les déjections elles-mêmes :

Le malade,
Le cadavre,
Les linges et les vêtements qui leur ont servi,
Les appartements, les navires, les voitures où ils ont séjourné,
Les latrines,

L'eau qui a pu être contaminée par les déjections cholériques,

L'air, mais à faible distance, c'est-à-dire à quelques centaines de mètres,

Les animaux, les marchandises qui ont pu être chargées de miasmes cholérigènes, etc.

VII. Imprégnation cholérique et évolution :

1° Le miasme cholérigène pénètre principalement par les voies pulmonaires et par les voies digestives ;

2° La durée de l'incubation est généralement très courte.

3° Les conditions morales et hygiéniques de nature dépressive favorisent l'évolution de l'empoisonnement cholérique.

VIII. La prophylaxie du choléra dérive de ces notions étiologiques.

La première indication est de détruire par des travaux d'assainissement les foyers originels du choléra dans l'Inde, et ses foyers secondaires en Europe.

Le second précepte est d'empêcher le transport du principe morbide dans les pays sains par toutes les mesures d'isolement vraiment efficaces et compatibles avec les exigences de la civilisation moderne.

La troisième règle prophylactique est de neutraliser ce principe par des moyens désinfectants qu'il reste à déterminer.

Le quatrième précepte consiste à chercher à diminuer les ravages du choléra par des mesures hygiéniques bien entendues.

Enfin le Congrès espère que les grands travaux d'assainissement entrepris dans l'Inde par l'Angleterre seront menés à bonne fin, et parviendront à éteindre l'épidémie asiatique dans son foyer originel.

Telles sont les conclusions que la section admet à la presqu'unanimité. Elles sont d'ailleurs la reproduction de celles du Congrès de Vienne de 1874. On remarquera dans ces conclusions la suppression du mot quarantaine remplacé par « mesures d'isolement » : les membres de la section ont en effet condamné le système des quarantaines actuellement en vigueur (Jaccoud. — Sigmund de Vienne. — Semmola de Naples).

P.-S. — Ces conclusions seront soumises demain mercredi au vote du Congrès réuni en Assemblée générale. Je ferai connaître de suite les modifications qui auront été adoptées en dernier ressort.

Séance du mardi 21 septembre.

A deux heures, les trois premières sections (médecine-chirurgie-accouchements) se réunissent pour entendre la communication de *M. Hyernaux*, professeur à la Maternité de Bruxelles, sur le *Forceps-scie* de Van Huevel.

Le céphalotome de Van Huevel, dit M. Hyernaux, est pour ainsi dire, la caractéristique de l'École obstétricale de Bruxelles. C'est en 1842 que cet instrument fut inventé : appliqué alors pour la première fois et avec plein succès sur le cadavre d'une femme morte à la suite d'une céphalotripsie, il entra bientôt dans la pratique et donna les meilleurs résultats. M. Hyernaux n'hésite pas à déclarer que, de tous les instruments destinés à réduire les diamètres de la tête fœtale dans les cas d'angustie du bassin, le forceps-scie est le plus inoffensif, le plus utile et le plus facile à appliquer. Et pourtant il resta longtemps inconnu à l'étranger, et si dans ces dernières années quelques auteurs en ont fait mention dans leurs ouvrages, c'est pour en contester les avantages et le rejeter de la pratique. C'est en France surtout qu'on a fait la guerre à cet instrument et cela sans le connaître. Est-ce que l'autorité des noms l'emporterait dans ce pays sur l'autorité des faits ? M. Hyernaux se garde bien de cette insinuation ; c'est pourtant un médecin français qui l'a émise, en parlant de l'école obstétricale de Paris. En Angleterre, en Italie, les jugements n'ont pas été aussi sévères à l'endroit du forceps-scie ; et même en France, il compte des défenseurs : Verrier l'accepte, Joulin en reconnaît les avantages et souhaite d'en voir répandre l'application dans son pays.

Il suffit d'ailleurs de considérer les résultats obtenus pour se faire une conviction sur ce point. De 1847 à 1875, 175 femmes ont été délivrées par le forceps-scie dans les services hospitaliers de Bruxelles ; 41 cas ont été en outre observés dans la clientèle privée : en tout 216 cas, 46 morts ont été causées par des accidents étrangers à l'opération. Il reste donc 170 femmes sur lesquelles 16 seulement ont succombé, c'est-à-dire une proportion de 9 pour 100, tandis que la céphalotripsie donne une mortalité de 30 0/0. Donc 21 0/0 de différence en faveur du forceps-scie.

Il ne faut pas confondre, continue M. Hyernaux, l'instrument belge avec le forceps-scie de M. Tarnier. Celui-ci n'est qu'une « pâle copie » de l'autre, et M. Tarnier n'a fait que reproduire le céphalotome de Van Huevel, en s'ingéniant à le compliquer sans aucune utilité.

On a reproché au céphalotome son prix trop élevé : mais on n'a pas le droit devant la science et l'humanité de condamner un instrument pour une semblable raison. — Le maniement, a-t-on dit encore, en est difficile : il ne faut pas une habileté exceptionnelle pour se servir du forceps-scie ; certainement un apprentissage est nécessaire ; mais quelle est la grande opération chirurgicale qui n'en réclame pas ? Bien plus cette opération de céphalotomie est inoffensive, elle est moins douloureuse que le céphalotripsie, et elle dure bien moins longtemps : 5 à 8 minutes suffisent pour la pratique. Enfin on peut recourir au forceps-scie quand l'angustie pelvienne n'est pas inférieure à 40 millimètres : M. Pajot fait bien la céphalotripsie à 27 millimètres, mais a-t-il obtenu des succès avec cette méthode au-dessous de 50 ?

M. Hyernaux termine en revendiquant pour son pays ce qu'il y a d'original dans le céphalotome : il ne veut pas laisser ravir à son maître et ami, M. Van Huevel l'honneur et le mérite de son invention. Dr R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 septembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

La séance a été nulle ou presque nulle au point de vue scientifique, mais non au point de vue pécuniaire. En effet, la correspondance non officielle comprend :

1° Un extrait du testament de M. DESPORTES, qui lègue à l'Académie de médecine une somme de 30,000 fr., dont les intérêts annuels seront employés à distribuer des prix ou des récompenses aux auteurs de mémoires sur l'histoire naturelle ou la thérapeutique ;

2° Un extrait du testament de M. DEMARQUAY, qui lègue en toute propriété la somme de 100,000 fr. à l'Académie de médecine de Paris. Cette somme est destinée à lui créer une habitation digne d'elle. Dans le cas où le Gouvernement y pourvoirait, l'Académie créerait un prix de la valeur du revenu de la somme accordée pour le meilleur ouvrage sur l'anatomie, sur l'anatomie pathologique ou histologique, sur la pathologie externe ou interne, ou l'hygiène.

M. GOSSELIN présente, au nom de M. Vergne, de la Châtre (Indre), un travail manuscrit relatif à un nouveau procédé de rhinoplastie destiné à éviter la torsion du lambeau.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

13. Récidive d'épulis. — Myxo-sarcome du maxillaire supérieur. — Résection du maxillaire supérieur. — Guérison; par Gaston GRAUX, interne des hôpitaux.

La nommée Lel.... Estelle, âgée de 33 ans, entre le 14 mars 1875 a l'Hôtel-Dieu, service de M. Guérin (salle Saint-Maurice, n° 31), pour une tumeur du maxillaire supérieur gauche. Cette femme a déjà subi il y a une dizaine d'années une opération pour une épulis de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur siégeait du même côté entre deux dents, au niveau des petites molaires. L'opération fut pratiquée assez largement. Le chirurgien arracha plusieurs dents et reséqua le bord alvéolaire du maxillaire.

Environ deux ans après cette opération, la malade constata l'apparition d'une nouvelle tumeur. Celle-ci se développa peu à peu, sans jamais provoquer de douleur.

Etat actuel. Pas de cachexie, pas d'altération des ganglions. Il existe dans la joue gauche une tumeur du volume d'une orange qui soulève les téguments, mais n'y adhère pas : la peau de la joue a conservé sa coloration normale et sa mobilité sur les parties profondes.

Le maxillaire supérieur semble altéré dans sa totalité. Tout le corps de l'os est augmenté de volume et a perdu sa consistance normale; en déprimant les parois osseuses on sent une résistance élastique et par places on produit de la crépitation parcheminée. Le corps du maxillaire et ses prolongements (apophyse palatine et apophyse montante), sont intéressés, mais l'altération semble bien limitée au maxillaire; elle paraît s'être arrêtée brusquement aux limites de l'os et avoir respecté les sutures.

M. Guérin diagnostique un sarcome du maxillaire supérieur. M. Nicaise, qui le remplace, porte le même diagnostic et pratique la résection du maxillaire le 1er avril.

La malade n'est pas endormie. Le chirurgien emploie le procédé de Nélaton (première incision sur la ligne médiane de la lèvre, contournant l'aile du nez, remontant jusqu'au grand angle de l'œil; deuxième incision perpendiculaire à la première et parallèle au rebord orbitaire); la tumeur s'énucle facilement et l'opérateur cautérise avec le fer rouge quelques points qui paraissent altérés.

Les suites de cette opération sont très-simples : la malade n'a pas de fièvre, la plaie se réunit par première intention, sauf en un point (près du grand angle de l'œil) où s'établit une petite fistule.

La tumeur extirpée a le volume d'une petite orange ; elle est constituée par une masse charnue contenue dans une coque osseuse extrêmement mince. Sur une section de la tumeur on voit cette masse charnue cloisonnée par de minces travées osseuses qui se détachent de la coque périphérique et la divisent en une grande quantité de loges.

M. Ranvier, qui en a fait l'examen à l'état frais, considère les minces lamelles osseuses comme des débris de l'ancien os; la partie sarcomateuse de nouvelle formation qu'on trouve entre ces lames est constituée par les éléments du sarcôme fasciculé. Dans un certain nombre de points la tumeur a subi la dégénérescence myxomateuse.

14. Du violet de méthylaniline; de son emploi dans l'étude des tissus en dégénerescence amyloïde; par M. V. CORNIL.

Le violet de méthylaniline pur ou le violet de Paris se dissocie en deux couleurs, l'une violet-rouge, l'autre bleu-violet, en présence de certains tissus organiques, soit normaux, soit pathologiques. Les préparations histologiques que je vous soumets sont relatives à la dégénérescence amyloïde. Les parties dégénérées sont colorées en violet-rouge, tandis que les parties normales sont de couleur bleu-violet. La répartition de l'altération est ainsi indiquée d'une façon très-précise.

La lésion commence, dans les vaisseaux, par leur membrane interne; les cellules d'endothélium sont normales. Dans le *foie*, les membranes seules des capillaires sont altérées, ainsi que la membrane interne des artérioles ; les veinules portes et hépatiques sont normales; les cellules hépatiques sont simplement atrophiées.

Dans le *rein*, les cellules de revêtement des vaisseaux et de la capsule des glomérules restent normales, tandis que la paroi de ces vaisseaux est altérée. Les cylindres hyalins se colorent en bleu, ce qui démontre qu'ils ne sont pas formés de matière amyloïde.

Dans la *rate*, les cellules lymphatiques, le tissu réticulé et la paroi des capillaires des corpuscules sont dégénérés; les artères des corpuscules sont normales (rate sagou). Dans l'infiltration amyloïde totale de l'organe, la paroi de tous les vaisseaux est dégénérée.

Pour se servir du violet de méthylaniline, on en fait une solution concentrée. On place la pièce que l'on veut colorer dans une certaine quantité d'eau, à laquelle on a ajouté deux ou trois gouttes de cette solution; on peut aussi mettre une goutte de cette solution en contact pendant quelques instants avec la pièce déposée sur une lame de verre. Les préparations ainsi obtenues restent parfaitement colorées; on peut les conserver dans la glycérine, qui n'a que l'inconvénient de dissoudre une partie de la matière colorante. L'addition d'une quantité très-minime d'acide acétique enlève une partie de la matière colorante et fait paraître plus nettement les noyaux des cellules; avec une quantité plus considérable d'acide acétique, tout le violet est dissous et entraîné par le réactif.

On peut employer ce procédé de coloration pour des pièces fraîches et pour des pièces durcies soit dans l'alcool absolu, soit dans l'acide chromique, etc. Il n'altère pas la forme des éléments et permet de conserver longtemps les préparations avec la coloration qu'elles ont acquises, avantages que ne donne pas l'emploi de l'iode et de l'acide sulfurique.

Cette dissociation du violet de méthylaniline en présence des matières colloïdes est d'autant plus singulière qu'elle ne peut s'effectuer par des procédés chimiques.

Séance du 16 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

15. Grossesse extra-utérine; par E. DECAUDIN, interne.

X. (n° 38, Salle Sainte-Eugénie, service de M. Gombault) entre à l'hôpital le 19 mars 1875. Cette femme présente dès l'abord tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Elle raconte qu'elle est entrée à la Clinique il y a environ deux mois pour des douleurs qui lui faisaient croire qu'elle allait faire une fausse couche, et dit que M. Depaul avait diagnostiqué *une grossesse extra-utérine.* Cette femme sortit améliorée de l'hôpital de la Clinique. Le 18, elle fit une course d'environ une demi-heure ; en rentrant chez elle, elle se mit au lit avec des douleurs abdominales très-vives, de la fièvre et des vomissements.

Elle entre à la Pitié le 19 mars; le ventre n'est presque pas développé, il est aplati et dur ; le palper des régions iliaques est très-douloureux et ne permet pas de sentir la tumeur extra-utérine. Le toucher vaginal ne révèle rien quant au siége de la tumeur supposée; T. 39°2.

20 mars. Aggravation des accidents; mort à 6 heures du soir.

AUTOPSIE.— A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une quantité considérable de pus, les intestins sont météorisés. L'épiploon, noir et couvert de fausses membranes jaunâtres et purulentes, recouvre tous les viscères, adhère par sa base à tout le pourtour de la cavité pelvienne ; une incision pratiquée suivant la longueur de l'épiploon, laisse écouler des flots de pus verdâtre. Les anses intestinales sont uniformément ballonnées et accolées les unes aux autres.

En plongeant la main dans la fosse iliaque gauche au milieu du pus on sent un corps dur, aplati et petit que l'on extrait sans peine ; ce corps est un os temporal. Replongeant la main on retire un occipital; puis et sans aucun déchirement tout le reste du fœtus qui possède encore son cordon et son placenta macéré. Le fœtus est complétement macéré; les os sont à nu, privés de muscles et disjoints; il mesure environ 17 centimètres. Les culs de sac utérins sont comblés par des fausses membranes. L'utérus est normal avec les diamètres normaux. Le col a tout à fait l'aspect d'un col ordinaire. — Les ligaments ronds sont intacts ; les trompes intactes dans toute leur portion canaliculée. Les ovaires, se voient nettement, et ne semblent avoir été le siége d'aucune dilatation kystique.

Les ligaments tubo-ovariens sont normaux. Mais en revanche le pavillon de la trompe gauche est assez développé; il a la forme d'un cône, adhérent par son sommet au ligament de la trompe, et très-évasé du côté de la cavité pelvienne ; c'est vraisemblablement dans ce point qu'a dû se faire l'insertion placentaire.

16. Kyste du corps thyroïde; par M. Chenet, interne.

Le nommé C. âgé de 35 ans, fondeur de verres, entre le 2 janvier 1875, à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Proust).

Cet homme porte une tumeur occupant la partie latérale gauche inférieure du cou, du volume du poing environ. Elle est sous-jacente aux muscles ; elle a amené une déviation notable de la trachée, mais ne suit pas le larynx dans les mouvements de déglutition. Cette tumeur présentait une consistance inégale dans ses différents points ; rénitente et fluctuante en certains endroits, ferme, sans dureté, avec quelques bosselures manifestes à sa partie interne. Pas de difficulté ni de douleurs dans les divers mouvements de la tête et du cou ; pas de cornage ; pas de gène dans la déglutition ; compression des gros troncs veineux profonds ayant amené une dilatation énorme des veines superficielles au devant du sternum ; point d œdème habituel de la tête et du bras gauche. Inégalité des pupilles, non constante. Cette tumeur était réductible partiellement, mais sa réduction amenait de violents accès de toux pendant lesquels elle paraissait subir une augmentation du volume ; en même temps, il se produisait un gonflement considérable des vaisseaux superficiels. — Matité absolue au niveau de la tumeur, aucun souffle à son niveau.

Cœur sain. — Signes non douteux de ramollissement aux sommets des poumons ; fièvre hectique.

Le développement de cette tumeur avait été lent. Son début a passé inaperçu. — Il y a un an, elle a forcé déjà le malade à entrer à l'hôpital. Dans ses antécédents, nous trouvons la syphilis, ayant amené des engorgements ganglionnaires multiples, aux aines, sous le maxillaire, et le long du bord antérieur du trapèze où existe une chaine très-sensible au palper. Bonne santé chez les père et mère, une sœur scrofuleuse. — Enfin, dans son pays (Italie du Nord) les habitants des vallées voisines ont assez fréquemment le goître ; mais, lui, est né dans la montagne où le goître est inconnu. — Notre malade a fait un congé dans l'armée italienne et il habite la France depuis cinq ans.

La mort arrive à la suite de la fièvre hectique, et avec une accélération énorme de la respiration qui atteint 56 et même 64 dans les derniers jours.

A l'AUTOPSIE, nous avons reconnu que la tumeur était en rapport immédiat avec la trachée ; mais elle descendait aussi dans le thorax jusqu'au deuxième espace intercostal, ce qui explique comment on pouvait la refouler en partie, et comment cette espèce de réduction était immédiatement suivie d'accès de toux. Sa projection et son augmentation de volume s'expliquent de même par ce fait aussi bien que la dilatation des veines superficielles, effet de la compression du tronc veineux brachio céphalique gauche — Son volume est celui du poing environ ; sa forme ressemble vaguement à celle d'un rein. La trachée refoulée à droite n'a cependant subi aucun rétrécissement. Le volume de la tumeur, ses adhérences aux divers plans aponévrotiques permettaient de comprendre comment elle ne suivait pas le mouvement d'ascension du larynx dans la déglutition.

La tumeur, incisée suivant son grand axe, a donné issue à du sang et à de la sérosité, contenus dans des sortes de loges secondaires ; mais ces liquides ne formaient qu'une faible partie de sa masse. Elle renferme en outre des masses fibrineuses, irrégulières, qui ont donné lieu à la formation des kystes secondaires et qui sont colorées en brun par le sang. — Une partie de ces dépôts se détachent sous un filet d'eau ou par la plus légère traction. L'enveloppe de cette masse est de nature fibreuse, résistante, et se détache assez facilement des tissus avoisinants par la dissection avec le manche du scalpel. Nous trouvons alors, à sa partie interne, et la séparant de la trachée, une lame aplatie, contenant à son centre un noyau induré, présentant exactement la même coloration que le lobe droit du corps thyroïde, resté en connexion avec ce même lobe et qui semble à l'œil nu, le lobe gauche atrophié de la glande. Nous passons sous silence les lésions constatées dans les poumons qui ne présentent ici qu'un intérêt secondaire.

A quelle variété de goître avons-nous affaire ici? Nous devons éliminer d'abord l'hypertrophie simple de la glande thyroïde. S'agit-il d'un kyste développé aux dépens de la glande elle-même ou en dehors d'elle? La première opinion paraît plus vraisemblable, et rentre du reste dans les descriptions classiques. — Le kyste se serait développé dans un des lobules de la glande et aurait atrophié consécutivement les autres. L'enveloppe de la tumeur est formée par du tissu conjonctif, et elle contient, outre une matière colloïde habituelle dans ces sortes de kystes, de la fibrine colorée par du sang ; enfin du sang à peu près normal.

Devons-nous croire, au contraire, que nous avons eu affaire à un kyste congénital dans lequel se seraient faites secondairement des ruptures vasculaires ?

Enfin devons-nous penser à une dégénérescence kystique ganglionnaire ? — Rien dans l'histoire du malade ou dans l'examen histologique de la tumeur, (que nous devons à l'obligeance de M. Cadiat), ne nous y autorise.

Nous concluons donc à un kyste du corps thyroïde et nous insistons encore sur la difficulté du diagnostic à cause de ces deux points : 1° La tumeur ne suivait pas les mouvements du larynx ; 2° elle était partiellement réductible.

17. Lipome de l'encéphale; par M. Hirtz, interne.

Lamy, âgé de 21 ans, fait remonter le début de sa maladie à l'année 1871. Elle débuta par une céphalalgie violente localisée à la région sus-orbitaire et temporale du côté droit. Sa douleur s'établissait par des crises répétées qui respectèrent pourtant le sommeil du malade. Il dormait même si profondément que rien ne pouvait le réveiller. A plusieurs reprises à la même époque, il eut de l'incontinence d'urine nocturne. En juin 1872, les maux de tête deviennent plus pénibles encore ; la vue commence à se troubler ; des bourdonnements dans l'oreille droite, et des étourdissements fréquents tourmentent le patient. Vers la fin de 1873, la vue se perd complétement à droite ; les vomissements cessent. Cette série d'accidents progressifs laissent la santé générale dans un état relativement satisfaisant. Ce n'est qu'en novembre 1874 que le malade entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Brouardel). Il est soumis pendant un mois, à un traitement par l'iodure de potassium, sans la moindre amélioration. La maladie progresse sans cesse ; bientôt la vision devient moins nette à gauche. De temps en temps des douleurs lancinantes dans le membre inférieur droit s'ajoutent à la céphalalgie qui ne cesse de torturer le malade.

Au mois de janvier 1875, M. Brouardel prend le service et constate ce qui suit : Lamy est un homme d'une constitution robuste qui a les apparences de la santé ; la nutrition a très-peu souffert, et aucune lésion évidente ne peut faire croire qu'il soit entaché de syphilis. La face est très-colorée sans déviation des traits. — Les deux paupières jouent librement, aussi bien d'un côté que de l'autre. L'œil droit est strabique en dehors ; les deux pupilles sont également dilatées. L'examen ophthalmoscopique révèle une atrophie complète de la pupille droite, qui ne fait que débuter à gauche. La vision est encore assez bien conservée pour permettre au malade de circuler sans aide dans les corridors. La motilité paraît légèrement atteinte à droite. Le malade traîne un peu la jambe en marchant. La sensibilité est intacte dans ses différents modes ; les mouvements réflexes subsistent sans exagération. La puissance virile est atténuée depuis le début de l'affection. L'appétit est toujours bien conservé et le sommeil facile.

En face de ces symptômes généraux, vomissements et céphalalgie persistante à droite ; s'appuyant spécialement sur l'atrophie de la papille, et sur le manque de troubles moteurs appréciables, M. Brouardel se prononce pour une tumeur cérébrale qui aurait son siége au niveau des tubercules quadrijumeaux.

Lamy se maintenait dans cet état relatif de santé lorsque

le 28 février après s'être fait raser la tête pour soulager ses crises douloureuses, il est pris de vomissements dans la nuit. Le lendemain 1[er] mars, à la visite du matin, on le trouve dans le décubitus dorsal, profondément affaissé, la face pâle, les pupilles très-dilatées, et le strabisme externe plus marqué encore à droite. — Quand on le réveille de sa torpeur, il répond aux questions d'une façon claire mais lente. Il reste ainsi, se nourrissant à peine, dans cet état de somnolence continue jusqu'au 3 mars au soir. Il tombe dans le coma sans avoir eu de mouvements convulsifs, et meurt avec abaissement de température de quelques dixièmes de degrés. — Les jours précédents le thermomètre avait oscillé de 37°, 8 au matin à 38° 8 le soir.

Autopsie.— Poumons très-congestionnés sans aucune lésion apparente. Rien au cœur. Le rein droit présente une injection bien plus manifeste que le rein gauche à la coupe. Le foie a son volume ordinaire sans aucune altération de structure. Rate saine.

Cavité crânienne. Les os de la voûte sont remarquables par leur transparence. Aux endroits correspondant à la saillie des circonvolutions, le diploé n'a que l'épaisseur d'une feuille de parchemin. La dure-mère présente un feutrage extrêmement ténu et délicat. La pie-mère est plutôt amincie.

Cerveau. La substance grise à la coupe ne semble pas atrophiée. Les ventricules latéraux et les ventricules moyens sont considérablement dilatés et distendus par une hydrocéphalie aiguë. L'inondation ventriculaire produit à la base du cerveau une sorte de poche transparente qui s'étend depuis la partie postérieure du chiasma des nerfs optiques, jusqu'à l'espace interpédonculaire. Au niveau de l'isthme de l'encéphale, on découvre une tumeur de la grosseur d'une noix. Par les deux tiers de sa face inférieure elle repose sur les tubercules quadrijumeaux et le corps genouillé interne du côté droit. L'autre tiers comprime les tubercules quadrijumeaux à gauche. Son extrémité postérieure n'est bien visible qu'après une section verticale du cervelet; on voit alors la tumeur comprimer les veines de Galien et peut-être légèrement le nerf pathétique droit après son origine.

Cette compression a sans doute occasionné l'œdème aigu qui a emporté le patient. Par ses faces supérieure et latérale, la tumeur refoule la voûte à trois piliers. Elle paraît formée aux dépens de la toile choroïdienne dont on la détache pourtant facilement.

Examen microscopique fait par M. Déjerine, dans le laboratoire de M. Vulpian.

La tumeur du volume d'un œuf de poule environ est entourée par une membrane nacrée de nature fibreuse et de peu d'épaisseur. Cette membrane présente à sa surface une série de bosselures de volume variable donnant à la surface de la tumeur une apparence perlée.

Le contenu de la tumeur est mou et se laisse écraser facilement; il n'y a pas de liquide. Examinés au microscope, les fragments enlevés se montrent composés de cristaux de cholestérine.

Après durcissement dans le liquide de Muller, on pratique des coupes minces ; celles-ci ne se colorent nullement par la solution ammoniacale de carmin. La tumeur paraît constituée par les parois de cellules adipeuses qui auraient perdu leur contenu graisseux et qui se présentent sous forme d'éléments de forme irrégulièrement polyédrique, accolés les uns aux autres et ne contenant dans leur intérieur ni noyaux ni graisse. Entre ces éléments se trouvent en grand nombre des lamelles de cholestérine.

La structure de cette tumeur fait présumer que l'on a affaire à un lipôme encéphalique dont la graisse serait sortie par exosmose des vésicules adipeuses, et se serait déposée sous forme de lamelles de cholestérine. (C'est l'opinion émise par M. le professeur Vulpian après l'examen microscopique de l'une de nos préparations.)

18. Anévrysme de la crosse de l'aorte, à poches multiples; par Alf. Jean, interne.

Morisset, Marie, âgée de 62 ans, est entrée le 3 février 1875 à l'infirmerie de la Salpétrière, service de M. Luys. Depuis près de deux ans, cette malade souffre d'accès d'asthme et d'une oppression très-considérable. Ces accidents augmentant progressivement, la forcèrent d'entrer à l'infirmerie. La poitrine de la malade est globuleuse, le sternum porté en avant, les veines superficielles du thorax sont dilatées et indiquent une gène de la circulation. La dyspnée est très-intense; elle va à certains moments jusqu'à l'orthopnée. La percussion de la poitrine indique une matité presque complète derrière le sternum, s'étendant en bas dans la partie latérale gauche du thorax. En arrière, un peu de submatité à la base des poumons. Les bruits du cœur présentent un rhythme normal; on n'entend pas de bruit de souffle cardiaque dans la région précordiale, mais on perçoit un second centre de battements à l'extrémité interne de la clavicule droite ; il n'existe pas de soulèvement anormal de la poitrine à ce niveau. Le pouls droit et le pouls gauche n'offrent pas les mêmes caractères: on constate quelques irrégularités, mais, tandis que le pouls droit a conservé son ampleur normale, le pouls gauche, au contraire, est filiforme et parfois presque imperceptible ; l'isochronisme paraît exister entre les deux radiales. A l'auscultation des poumons on trouve des râles sous-crépitants à la base et en arrière ; pas de souffle bronchique de compression. La voix est rauque, enrouée, et la malade prétend avoir été complétement aphone il y a un an. Dysphagie manifeste, surtout au moment des paroxysmes de dyspnée. Diminution de l'acuité visuelle à gauche, avec dilatation de la pupille. La face est un peu bouffie, les membres inférieurs sont très-œdématiés. L'urine est très-albumineuse et contient des urates en grande abondance.

La malade mourut le 13 avril par suite de l'augmentation des symptômes précédents, surtout de la dyspnée.

Autopsie — *Cavité crânienne.* Quelques granulations tuberculeuses sur la pie-mère à la base de l'encéphale.

Cavité thoracique. Dilatation des veines et artères mammaires internes. Le poumon droit est sain et ne présente pas d'adhérences à la paroi thoracique. Les deux feuillets de la plèvre gauche sont très-épaissis et adhérent par des néo-membranes. A la partie inférieure, kyste pleural contenant environ 150 gr. de liquide. Les deux poumons sont écartés sur les parties latérales, et entre eux on trouve une masse considérable occupant tout le médiastin et formée en bas par le cœur considérablement augmenté de volume; en haut, par de nombreux ganglions hypertrophiés, de la graisse, et une dilatation très-accusée de l'aorte. Symphyse cardiaque complète. Dilatation du ventricule gauche. Insuffisance des valvules aortiques. Dilatation circonférencielle de toute l'aorte ascendante, qui est entièrement athéromateuse ; elle est remplie de caillots mous, gélatiniformes, qui peuvent être enlevés par un filet d'eau. A deux centimètres au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique, vient s'ouvrir une poche occupant à peu près la ligne médiane, située en arrière de la première pièce du sternum qui est en partie détruite. Cette poche s'étend en haut à 2 centimètres au-dessus de la fourchette sternale et est recouverte par les muscles sous-hyoïdiens. La paroi supérieure de cette poche présente une épaisseur de 3 centimètres 1[2 ; elle est formée par un grand nombre de couches concentriques de fibrine, d'autant plus foncées qu'on se rapproche davantage du centre, de telle sorte que la cavité est en partie comblée par les couches de caillots fibrineux. Une couche fibrineuse détachée de la périphérie, vient oblitérer, en partie du moins, l'ouverture de cette poche dans l'aorte. Une seconde poche anévrysmale vient s'ouvrir dans la dilatation fusiforme de l'aorte à sa partie antérieure ; ce second sac, de la grosseur d'une noix, a envahi le lobe supérieur du poumon droit ; il est rempli de caillots fibrineux blanchâtres. Plus en dedans, la paroi de l'aorte s'est encore laissé distendre, et on constate une troisième poche remplie de caillots blancs et s'étendant dans le tissu adipeux de la base du cœur.

En résumé, nous avons affaire à une dilatation fusiforme de l'aorte ascendante et de la crosse sur laquelle sont venus s'implanter trois anévrysmes sacciformes.

L'origine du tronc brachio-céphalique est représentée par un canal rigide. Les artères sous-clavière et carotide primitive droite ont conservé leur volume normal. L'artère carotide primitive gauche est normale. L'ouverture de la sous-clavière gauche n'existe plus ; celle-ci est oblitérée par un caillot et des

plaques athéromateuses s'étendant dans une étendue de 3 centimètres. Le calibre de la sous-clavière est au moins deux fois plus petit que celui de l'artère de l'autre côté.

Les ganglions prétrachéo-bronchiques, sus-bronchiques droits et gauches, et rétro-sternaux sont très-hypertrophiés.

Le récurrent gauche est englobé dans la tumeur, surtout au moment où il passe sous la crosse de l'aorte.

Cette observation est intéressante par la forme particulière des poches anévrysmales. Nous devons aussi remarquer l'abseuce de souffle, de thrill et de soulèvemeut de la paroi thoracique. Ces derniers faits s'expliquent par la réplétiou presque complète des dilatations sacciformes par des caillots fibrineux et parce que cette tumeur est située sur la ligne médiane à la face postérieure de la première pièce du sternum qui est maintenue presque immobile par les articulatious sterno-claviculaires.

Nous devons remarquer aussi que la circulation artérielle du bras gauche se fait exclusivement par les anastomoses des branches de la sous-clavière avec celles de la carotide externe.

BIBLIOGRAPHIE

De la coïncidence des lésions mitrales et des lésions aortiques, par G. P. Tourtelot. — br. in 8 de 94 pages. Ad. Delahaye.

Grâce aux nombreux travaux qui ont paru sur la pathologie cardiaque, on connaît aujourd'hui parfaitement chaque lésion en particulier; mais il est bieu peu d'auteurs qui se soient occupés d'une façon spéciale de la coïncidence des lésions mitrales et aortiques. C'est ce sujet iutéressant que traite M. Tourtelot dans sa dissertation inaugurale.

L'étiologie et la pathogénie diffèrent peu de celles des affections cardiaques en général; elles doivent être rapportées à des causes de nature très-différente (rhumatisme, goutte, scarlatine, chorée, grossesse, variole, etc.) pouvant être groupées sous deux modes principaux : 1° Elles relèvent d'un mode de production purement mécanique, la dilatation du cœur ou hypertrophie excentrique du ventricule gauche de ses orifices; 2° Elles sout dues à des lésions iuflammatoires ou orgauiques. Tantôt ces lésions se montrent simultanément sur les deux orifices; tantôt elles se développent primitivement sur les valvules d'un orifice, et se propagent par coutiguïté de tissus aux valvules de l'orifice voisin.

Abordant l'anatomie pathologique et la symptomatologie, l'auteur distingue les différents cas qui peuvent se présenter en fait de lésions valvulaires ou orificielles coïncidentes, et indique leur mode de combinaison. Ce sont : 1° le rétrécissement aortique avec insuffisance mitrale; 2° le rétrécissemeut mitral avec insuffisance aortique; 3° le rétrécissement aortique avec insuffisance et rétrécissement mitral; 4° l'insuffisance aortique avec insuffisance et rétrécissement mitral; 5° le rétrécissement mitral avec insuffisance et rétrécissement aortique; 6° l'insuffisance mitrale avec insuffisance et rétrécissement aortique; 7° le double rétrécissement aortique et mitral; 8° la double insuffisance; 9° la double insuffisance avec ses doubles rétrécissements.

Nous ne pouvons insister davantage; mais en termiuant, il nous faut féliciter M. Tourtelot d'avoir étudié avec soin ce terrain eucore peu exploré jusqu'à présent et qui n'avait guère été traité que par M. Nauua Raymond, à la fin de son excellent article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

G. Peltier.

Die pneumatische Behandlung der Respirations und Circulations Krankheiten im Anschluss an die Pneumatometrie, Spirometrie und Brustmessung. (*Traitement pneumatique des maladies des appareils respiratoire et circulatoire et ses rapports avec la pneumatométrie la spirométrie et la mensuration de la poitrine*, par le Dr Waldenburg. in-8° 470 pages. — Hirschwald éditeur, Berlin 1875.

Le livre de Waldenburg comprend quatre parties, la première traite de la pneumatométrie, la seconde de la spirométrie, la troisième de la mensuration de la poitrine, la quatrième du traitement pneumatique des affections cardiaques et pulmonaires. Cette dernière, la plus importante nous occupera seule.

L'auteur se sert, pour son traitement pneumatique, d'un gazomètre spécial (1), portatif, peu encombrant, pouvant servir à des inhalations médicamenteuses et qui, grâce à une disposition ingénieuse, peut être employé : 1° Pour inspirer de l'air comprimé;—2° Pour inspirer de l'air raréfié;—3° Pour expirer de l'air raréfié; — 4° Pour inspirer dans l'air comprimé et expirer dans l'air raréfié;— 5° Pour expirer dans l'air comprimé. Cette dernière méthode n'a point eu jusqu'à présent d'application thérapeutique.

Waldenburg paraît avoir étudié avec grand soin les effets physiologiques de l'air comprimé ou raréfié sur les appareils respiratoire et circulatoire. Nous ne pouvons le suivre dans ses expériences, nous ne pouvons que citer les inductions thérapeutiques qu'il en a tirées et qu'il a ensuite contrôlées par l'observation clinique.

1. Expiration dans l'air raréfié — est l'antidote spécifique et mécanique de l'emphysème. Dans les cas de bronchite, l'air raréfié agit comme un puissant expectorant.

2. Inspiration dans l'air raréfié—est indiquée dans la pleurésie, l'emphémie, l'atelectasie pulmonaire, la phthisie pulmonaire, la bronchite, l'asthme, l'emphysème, le rétrécissemeut des voies aériennes, le croup, la syncope, ajoutons la plupart des maladies du cœur.

3. Inspiration d'air comprimé — agit comme un exercice gymnastique, est indiqué quand la poitrine est faiblement musclée.

La méthode thérapeutique préconisée par Waldenburg a déjà, en Allemagne, été l'objet de nombreux travaux parmi les plus récents nous citerons ceux de Frankel, Tobold, Hanish, Domanski, Cube, Jochheim, Stern, etc. Il est regrettable qu'il u'en ait pas été de même en France. Les résultats annoncés par les auteurs Allemands sont assez beaux pour encourager les cliniciens dans cette voie, trop beaux peut-être car les thérapeutistes nous font tant de belles promesses qui se réalisent si rarement qu'on excusera notre réserve sur une méthode uouvelle qui paraît obtenir un vif succès chez nos voisins d'outre-Rhin.

Debove.

Enseignement médical libre.

M. le Dr Mallez commencera ses conférences gratuites sur les maladies de l'appareil urinaire à sa clinique, 8, rue Christine, le lundi, 27 septembre, à une heure, pour les continuer les mercredi, vendredi et lundi suivants. L'examen des malades aura lieu à midi et demi.

M. le Dr Jardin fera répéter à MM. les Elèves les examens pratiques de chimie et de micrographie pathologiques applicables aux maladies des voies urinaires.

56. Potion contre la diarrhée (Cantani).

Laudanum de Sydenham....	1 à 2 grammes.
Extrait de ratanhia.........	3 —
Sirop de coings............	20 —
Racine de colombo.........	3 —
Eau......................	q. s.

Faites bouillir le colombo dans l'eau, pendant une demi-heure et en vase clos; filtrez pour obtenir 100 grammes de colature, puis ajoutez les trois autres substances.

Cette potion se donne par cuillerées d'heure en heure, dans la diarrhée des phthisiques. — Lotions avec la décoction de sauge, pour diminuer la transpiration.

57. Potion expectorante (Delioux).

Carbonate d'ammoniaque....	1 à 2 grammes,
Eau-de-vie...............	30 —
Eau de fleurs d'oranger.....	40 —
Sirop de gomme...........	25 —
Sirop de baume de Tolu.....	20 —
Sirop de morphine.........	15 —

F. s. a. une potion, à donner par cuillerées dans la bronchite, quand la toux est sèche, douloureuse, l'expectoration pénible, et qu'il existe une oppression plus ou moins prononcée.

Mortalité a Paris. — Population, 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 17 septembre 1875, on a constaté : 825 décès; savoir : variole, 2; — rougeole, 12; — scarlatine, 4; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 2; — bronchite aiguë, 16; — pneumonie, 31; — dyssenterie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 45; choléra nostras, »; — angine.

(1) L'appareil se vend chez Windler Dorotheen Stasse 3. Berlin.

...nneuse, 14 : — croup, 16 ; — affections puerpérales, 9 ; — autres affections aigues, 261 ; — affections chroniques, 329, dont 1.. dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgioales, 31 ; — causes accidentelles, 32.

LONDRES. — Population, 3,445,160 habitants. Décès du 5 au 11 septembre 1,492. Savoir : variole, 2 ; — rougeole, 25 ; — scarlatine, 71 ; — fièvre typhoïde, 13 ; — érysipèle, 7 ; — bronchite, 70 ; — pneumonie, 52 ; dyssenterie, 3 ; diarrhée, 190 ; — choléra simple, 12 ; — diphthérie, 5 ; — croup, 11 ; — coqueluche, 69.

NÉCROLOGIE. — Un oculiste des plus distingués, le Dr Delgado Jugo, vient de succomber à Vichy à la suite d'une attaque d'apoplexie.

Né à Maracaibo (Vénézuela) Delgado Jugo commença ses études médicales à Paris et succéda à de Græfe comme chef de clinique de Desmares, poste qu'il occupa pendant près de huit années.

Reçu docteur, il alla se fixer à Madrid et ouvrit chez lui une clinique pour les maladies des yeux, où il donnait chaque jour des consultations gratuites à 2 ou 300 malades accourus de tous les points de l'Espagne. Grâce à la munificence du roi Amédée il put installer sa clinique dans un édifice appartenant au domaine de la couronne et y joindre une trentaine de lits pour les opérés. Mais après l'abdication de son protecteur, l'Institut ophthalmologique n'aurait pu continuer à exister sans le Dr Delgado Jugo qui non-seulement ne voulut jamais accepter d'honoraires comme directeur, mais encore qui pendant trois ans a entretenu de ses deniers cet hôpital que l'Etat vient enfin de prendre à sa charge.

C'était un opérateur très-habile, un professeur brillant qui captivait son auditoire par la chaleur avec laquelle il exposait ses doctrines. Il a formé une pépinière de professeurs instruits et expérimentés, animés de son feu sacré, et qui répandent aujourd'hui, les traditions de leur cher maître.

On lui doit de nombreux mémoires d'oculistique. Nous citerons entre autre : *Du diagnostic de certaines maladies de la vue ; Traité des maladies des yeux ; De l'hygiène oculaire*, etc.

C'est donc une grande perte que la science ophthalmologique vient de faire et qui sera aussi vivement ressentie dans le monde médical qu'elle l'est dans le cœur de ses nombreux élèves qui furent tous ses amis.

La science médicale française vient de subir une grande perte : M. DUCHENNE (de Boulogne) a succombé samedi dernier aux progrès de la maladie. — Dans notre prochain numéro, nous rappellerons les traits principaux de la vie de cet homme éminent, et les œuvres remarquables qui ont rendu son nom immortel en France et à l'étranger.

Le corps de l'Internat vient encore d'être éprouvé douloureusement par la perte d'un de ses membres. M. E. COLLIN, interne à l'hôpital Lariboisière, est mort subitement le lundi 21 septembre. Son inhumation a eu lieu le mercredi à trois heures de l'après-midi.

Après la cérémonie funèbre qui a eu lieu le 22, à l'hôpital de Lariboisière, M. Tillaux, d'une voix très-émue, a prononcé les paroles suivantes :

Comment exprimer la profonde douleur dans laquelle nous plonge la mort prématurée et si inattendue de notre jeune ami !

Comment vous dire, Messieurs, combien cette mort me frappe douloureusement moi-même !

C'est que je connaissais depuis longtemps déjà ce cher Collin. Il avait débuté dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine ; il avait été mon externe dans cet hôpital en 1873 et je m'étais fait une véritable joie de l'avoir à mes côtés comme interne pendant cette année.

C'était bien mon élève, c'était mon ami. Et comme je ne m'étais pas trompé! Peut-on rencontrer un interne plus accompli que Collin ?

Vous rappelez-vous son empressement auprès des malades, sa douceur, sa patience incomparables !

Avec quelle sécurité je lui confiais les pansements les plus délicats !

Quel soin il y apportait ! Comme tout ce qu'il faisait était bien fait !

Demandez à ses camarades, demandez aux religieuses, demandez aux malades ce que valait Collin.

Et quel zèle, quelle ardeur infatigable !

Pendant son externat et dans le cours de cette année, Collin ne manqua pas une fois à son service.

Arrivé le premier dans les salles, parti le dernier, son exactitude était telle que lundi matin, ne le voyant pas à ses lits, je disais « il faut que Collin soit mort pour n'être pas à son poste. » Hélas que j'étais loin cependant de penser dire la vérité !

Ce cher ami, il avait toutes les qualités !

Vous rappelez-vous, messieurs, le courage avec lequel il supporta, il y a deux mois, cette grave affection contractée à l'amphithéâtre et qui est peut-être la cause éloignée de sa mort ? Nous étions inquiets, nous étions tristes ; lui souriait, il semblait vouloir nous rassurer.

Et comme il aimait la science ! comme il aimait son pays ! Vous tous ses collègues, n'avez pas oublié la joie exubérante avec laquelle, dans son petit voyage à Amsterdam, il avait constaté que notre chirurgie française pouvait hardiment supporter la comparaison.

Il était fier de ses maîtres, fier de son pays, et il ne lui a manqué que le temps pour que son pays et ses maîtres fussent à leur tour fiers de lui, car je vous le jure, Messieurs, moi qui connaissais à fond notre cher Collin, nous disons le dernier adieu à un homme d'élite, à un homme dont la mort est une perte non-seulement pour sa famille, mais pour l'humanité.

VACANCES MÉDICALES. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures.*

Librairie A. DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

BUCQUOY (J.). Le pleurésie dans la gangrène pulmonaire. In-8 de 30 p. 1 fr. 50.

CERNATESCO (J.-N.). Du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant la gestation. In-8 de 78 p. 2 fr.

BENJAMIN ANGER. Conférences de clinique chirurgicale faites à Saint-Antoine. In-8 de .. p. 2 fr.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, *de midi à quatre heures*

DRANSART (H. N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8° de 32 pages avec 1 fig. 60 cent.

DUPUY (.. E.). Etude sur quelque lésions du mésentère dans les hernies In-8° de 16 pages. 50 cent.

LANDOUZY (L.). Trois observations de rage humaine : réflexions. In-8° de 16 pages. 50 cent.

ONIMUS. — Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8° de 16 p. avec 4 fig. 60 cent.

PELTIER (G.). De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages, 90 centimes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

3e ANNÉE. — N° 40 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 2 OCTOBRE 1875

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas d'Atrophie générale du membre droit, consécutive à un Traumatisme

Par MM. **DESNOS**, médecin de l'Hôpital de la Pitié et **E. BARIÉ**, interne des Hôpitaux.

Le nommé H... François, âgé de 36 ans, fabricant de mottes, entre à l'hôpital de la Pitié. service de M. le Dr Desnos, le 7 mai 1875. Bonne santé antérieure, si ce n'est à l'âge de 21 ans, un érysipèle charbonneux (?) pour lequel il a été traité pendant trois mois dans le service de M. Maisonneuve.

En 1870, le malade, fuyant l'invasion, emportait son ménage dans une charrette, lorsque, étant descendu en route, et par suite d'un faux mouvement de son cheval, la roue de la voiture lui passa obliquement sur la face dorsale du *pied droit*. Ce traumatisme produisit une contusion du pied assez profonde; néanmoins le malade, tout en boîtant un peu, put reprendre ses occupations au bout de quelques jours. *Quinze mois* environ après cet accident, le malade, qui depuis avait conservé un peu de claudication, remarqua que tout le membre inférieur droit s'amaigrissait peu à peu, la cuisse surtout avait beaucoup diminué de volume ; il lui semblait également que sa jambe droite devenait plus courte que celle du côté opposé; et que sa claudication, loin de s'améliorer, devenait de plus en plus marquée. — C'est dans ces conditions qu'il se présenta à l'hôpital.

En plaçant le malade dans le décubitus dorsal, les deux jambes étendues parallèlement sur le lit, on constate à simple vue, un raccourcissement notable de tout le membre inférieur du côté droit, comparé à celui du côté opposé. — De même, *les masses musculaires du mollet et de la cuisse sont moins volumineuses que celles de gauche.* — La mensuration comparative, faite avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, nous fournit les chiffres suivants :

Longueur du membre inférieur.

	COTÉ GAUCHE.	COTÉ DROIT (memb. atrophié).
De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe.	0,90 centim.	0,86 centimètres.
De l'épine iliaque antéro-supérieure à la tête du péroné.	0,50 —	0,47 —
De la tête du péroné à la malléole externe.	0,40 —	0.39 —

Le *membre inférieur droit est, on le voit, plus court de 0,04 centimètres*; il en résulte une claudication très-accentuée, et le malade ne peut marcher sans l'appui d'une canne. — Il prétend également que depuis février-mars 1872 sa jambe s'atrophie de plus en plus.

La mensuration des masses musculaires, nous donne, par comparaison les résultats suivants :

		COTÉ GAUCHE.	COTÉ DROIT (memb. atrophié).
Jambe.	Mensuration circulaire sus-malléolaire.....	0,20 cent.	0,195 centimètres.
	Milieu du mollet......	0,31	0,29
Cuisse.	Genou et ligne passant au-dessus des condyles et de la rotule......	0,32	0,[illegible]0
	Milieu de la cuisse....	[illegible],4[illegible]5	0,33
	Racine de la cuisse....	0,49	0,42

On le voit, la mensuration confirme les résultats fournis par la simple inspection : l'atrophie porte principalement sur les muscles du mollet et ceux de la face postérieure de la cuisse ; signalons aussi un aplatissement de la fesse droite, très-visible, mais difficile à mesurer.

La marche, abstraction faite de la claudication, ne présente rien de particulier, le malade sent bien le sol, jamais ses jambes ne s'entremêlent, et il n'y a pas d'hésitation dans la progression. Notons, toutefois, que la jambe droite se fatigue vite, et qu'elle n'offre pas un point d'appui solide dans la station ; c'est pourquoi le malade, lorsqu'il est debout et immobile, se repose et porte tout le poids de son corps sur la jambe gauche.

Les *mouvements* de flexion des *orteils* du pied droit, sont un peu douloureux ; quant à la face dorsale, siége du traumatisme primitif, elle ne présente plus trace de l'accident, une pression, même forte, n'y réveille aucune douleur.

Les *articulations* métatarso-phalangiennes, et celles des phalanges entre elles sont intactes; il en est de même de l'articulation tibio-tarsienne.

Au genou, les mouvements brusques de flexion sont parfois douloureux, et le malade accuse de temps à autre des craquements articulaires. Les mouvements d'adduction et d'abduction de l'*articulation coxo-fémorale,* provoquent un peu de douleur.

Lorsque le malade est couché sur le ventre, il accuse des *douleurs passagères,* et d'ailleurs très-rares, qui traversent brusquement certaines portions du membre, tantôt la jambe et le mollet, tantôt la cuisse seule. — Il se plaint également de sensations très-pénibles de *froid* et de *picotement* très-fréquentes, marquées surtout au pied et au tiers inférieur de la jambe droite ; ces impressions sont purement subjectives, car le tégument, en ces différents points, ne nous semble pas refroidi. — Il n'y a d'ailleurs ni anesthésie ni analgésie dans toute l'étendue du membre ; il y a, tout au plus, un très-léger retard dans la sensibilité. — La *peau,* nous semble un peu plus lisse, au pourtour du mollet ; les *poils* et les *ongles* ne présentent rien de spécial.

A deux reprises, nous avons recherché comparativement l'état de la *contractilité électrique* dans les différents groupes musculaires : elle nous a paru, d'une façon générale, faiblement diminuée du côté droit, cette diminution portant surtout sur les muscles de la face postérieure de la cuisse.

Ainsi, pour résumer en quelques lignes, l'histoire de François H...., nous voyons, qu'à la suite d'un traumatisme au pied relativement peu grave, il s'est produit un processus pathologique, lent et continu, ayant amené progressivement une atrophie générale de tous les éléments du membre inférieur blessé : atrophie des muscles, des os, lésions articulaires, cutanées, etc., etc.

Comment convient-il d'interpréter ce fait ? On sait aujourd'hui, grâce aux travaux de Brown-Séquard, de Weir Mitchell et de Morehouse, quelle relation intime unit les lésions traumatiques des nerfs avec les paralysies et les atrophies musculaires.

Or, n'est-ce point à un cas de ce genre, que se rapporte l'histoire de notre malade ? Sous l'influence du traumatisme les branches nerveuses du sciatique (nerfs musculo-cutané, et tibial antérieur) qui s'épanouissent sur la face dorsale du pied, ont été fortement comprimées, il s'est produit une *contusion* plus ou moins profonde, un *écrasement,* une *section incomplète*, peut-être, de ces rameaux nerveux, et il n'en faut pas plus pour nous donner la clef du phénomène pathologique.

Dans la contusion simple des nerfs, Tillaux (1) a constaté

(1) *Affections chirurgicales des nerfs.* — Paris 1866. — Thèse d'agrégation.

qu'il y avait toujours un certain nombre de tubes nerveux, dilacérés, ou même entièrement détruits. Ces lésions, relativement peu étendues, suffisent, d'après W. Mitchell pour produire de graves désordres, elles « n'entraînent pas la » perte immédiate de l'activité fonctionnelle..... C'est seu» lement après quelque temps qu'il se manifeste des désor» dres sérieux dans le nerf affecté. J'ai rencontré quelque» fois des atrophies musculaires, résultant de contusion » nerveuse, qui n'avait manifesté ces symptômes fâcheux, » *qu'assez longtemps après l'accident* (1). »

C'est en peu de mots le cas de notre malade, qui ne s'aperçoit de l'atrophie et du raccourcissement de son membre inférieur, que quinze mois après le traumatisme. M. le professeur Charcot (2) confirme absolument les données fournies par W. Mitchell. D'après lui, en effet, les lésions traumatiques des nerfs, commotion, contusion, compression), etc. suscitent dans le nerf ainsi lésé, un processus irritatif, entrainant à sa suite une atrophie musculaire, à marche quelquefois rapide, avec diminution ou perte de la contractilité musculaire.

Ainsi, au traumatisme nerveux répond l'atrophie consécutive du muscle ; mais il ne nous suffit pas de connaître les conséquences des altérations nerveuses sur la nutrition musculaire, il nous faut rechercher par quel mécanisme se produisent ces troubles trophiques.

Sans vouloir entrer dans la discussion des diverses théories qui ont été émises, et dont on trouvera un examen critique complet dans le livre de Liégeois (3), nous dirons, qu'après avoir rejeté l'hypothèse qui fait dépendre l'atrophie musculaire de l'immobilité du muscle, consécutive à la perte de sa contractilité (théorie de Reid) ainsi que la théorie des nerfs trophiques de Samuel, qu'après avoir également repoussé, contrairement à l'opinion de Liégeois, qui la regarde comme la plus probable, une autre hypothèse qui fait dépendre les altérations de nutrition des muscles, des lésions des nerfs vaso-moteurs dans leur continuité, nous conclurons avec Brown-Séquard et M. le professeur Vulpian (4) que l'atrophie musculaire consécutive aux lésions nerveuses, est produite par l'affaiblissement ou par la suppression d'une *influence particulière, influence trophique*, exercée à l'état normal par les centres nerveux sur les muscles et les nerfs. Donc les altérations pathologiques ne se développent dans ces organes que lorsqu'ils sont séparés des centres. Cette influence trophique, d'après Vulpian et W. Mitchell, ne serait pas portée aux muscles par des nerfs spéciaux (nerfs trophiques de Samuel), mais par les fibres musculo-motrices elles-mêmes.

Recherchons maintenant, par quelle voie s'est ici produit le processus morbide, et comment du nerf, point de départ, il s'est étendu jusqu'aux muscles. Peut-on admettre qu'il s'est développé une névrite ascendante dans tout le trajet du sciatique ? On pourrait y être autorisé par l'opinion de W. Mitchell, qui regarde la névrite, surtout dans sa forme chronique, comme ayant une grande tendance à se propager de la périphérie vers le centre, et de s'étendre de là directement par irritation aux autres branches du tronc nerveux.

Il nous semble préférable, de supposer avec M. Vulpian, que sous l'influence de l'irritation du nerf sciatique et de ses rameaux, il se produit « une altération du noyau d'origine du nerf, qui s'étend aux parties voisines de la » substance grise, laquelle déterminera ensuite une altération centrifuge dans le tronc nerveux, et finalement une » atrophie des muscles animés par ces fibres nerveu» ses (5). »

Outre l'atrophie considérable des masses musculaires du mollet et de la cuisse, nous ferons remarquer qu'il y a également chez notre malade, une *atrophie des os* du membre inférieur, se manifestant par un raccourcissement de 0,04 centimètres.

Ce fait nous semble beaucoup plus rare que les amyotrophiés, et M. Charcot (1) comme altérations osseuses consécutives aux lésions nerveuses, ne signale que la périostite et la nécrose.

Nous avons dit également que notre malade se plaignait de sensations douloureuses, de picotement et de froid persistant. W. Mitchell qui rapporte plusieurs faits intéressants de cette nature, les attribue à des désordres de l'innervation vaso-motrice. — Il signale également comme fréquentes, des éruptions cutanées de toute sortes (vésiculeuses, herpétiques, bulleuses); elles ont fait défaut chez notre malade.

Il faut encore mettre sur le compte du traumatisme nerveux, les altérations (craquements, raideurs) que nous avons signalés dans quelques articulations. Enfin, on a encore décrit des modifications du côté du système pileux, des ongles et de la peau ; rien de pareil dans notre cas, si ce n'est l'aspect lisse du tégument que nous avons noté autour du mollet. Quant aux douleurs passagères accusées par le malade, elles sont dues à ce que le nerf sciatique est un cordon mixte ; elles sont, dit M. Charcot, l'indice de l'irritation que subissent les fibres sensitives.

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — M. le Dr E. LANDOLT.

Du Diagnostic des maladies des yeux (2).

Leçon d'Introduction, recueillie par A. CHARPENTIER.

Nous savons déterminer exactement la position, les rapports, les dimensions de beaucoup d'organes sur lesquels on ne pouvait avoir jadis que des données très-incertaines. Les changements de température du corps nous sont accessibles, non pas en gros comme autrefois, mais jusque dans leurs plus petites variations. Les caractères du pouls ne sont plus seulement soumis à l'appréciation plus ou moins sentimentale de chaque médecin, mais sont exactement fixés dans leurs détails les plus délicats.

Toutes ces méthodes, et tant d'autres que nous ne pouvons citer, ont assuré à la médecine une place honorable et légitime parmi les sciences, parce qu'elles ont substitué à des suppositions plus ou moins vagues, des éléments certains d'appréciation, et à la variabilité des sensations individuelles, l'inflexible rigueur des chiffres.

Eh bien, Messieurs, aucun autre organe du corps humain ne se prête aussi facilement que l'œil à l'application des sciences exactes. C'est là le secret pour lequel l'étude des fonctions de l'œil, quoique commencée depuis si peu de temps, est devenue la partie la plus développée de la physiologie. C'est aussi pour cela que le traitement des maladies de l'œil, basé sur un diagnostic certain, et facilité par la position si accessible de cet organe, est la partie la plus efficace de la thérapeutique.

C'est la partie diagnostique de l'ophthalmologie qui nous occupera dans ce cours : en d'autres termes, nous étudierons les moyens d'exploration des formes, des fonctions et des maladies de l'œil.

La science de l'exploration de l'œil sain et de l'œil malade, la *métrologie* de l'œil, comme nous l'appellerons, est de date toute récente. Il n'y a pas plus de trente ans qu'on se contentait encore d'établir si le malade voyait ou non ; on distinguait alors deux grandes affections oculaires, l'amaurose et l'amblyopie, qui se différenciaient ainsi : dans l'amblyopie le malade ne voit rien, mais le médecin voit quelque chose ; dans l'amaurose, ils ne voient rien ni l'un ni l'autre. On confondait sous le nom d'amblyopie tous les troubles visuels produits par des lésions accessibles à l'œil nu, comme dans les cas de leucomes, d'occlusion de la

(1) Weir Mitchell. — *Des lésions des nerfs, et de leurs conséquences*. — Page 101.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux*. — Page [illegible]2.

(3) Liégeois. — *Physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie*. — Page [illegible]1.

(4) Préface du livre de W. Mitchell, page 3[illegible]

(5) Idem, page [illegible]4.

(1) *Loc. cit.*, page 22.

(2) Voir les nos 29, 30, 32, 33, 35 et 37.

pupille, etc. Au contraire, tous ceux qui avaient leur siége dans l'intérieur de l'œil, comme dans les cas de rétinites, de choroïdites, d'atrophie du nerf optique, etc., étaient des amauroses.

Il est tout-à-fait incroyable de voir quelles idées on avait alors sur la réfraction et l'accommodation. L'action des milieux dioptriques de l'œil était pour les physiciens eux-mêmes le sujet des plus absurdes conjectures. Aussi le médecin était-il fortement embarrassé par les questions qui nous semblent aujourd'hui les plus vulgaires, comme celles qui ont trait à l'emploi des lunettes. Que de cas de myopie ne sont pas dus à un usage inopportun ou mal réglé de ces instruments si utiles !

Quant aux mouvements des yeux, les notions qu'on avait à ce sujet n'étaient pas non plus fort développées : témoins les résultats détestables des anciennes opérations de strabisme. Combien de malheureux pouvons-nous guérir aujourd'hui, qu'on a dû abandonner autrefois, faute de moyens suffisants de diagnostic.

C'est à l'anglais Th. Young, homme d'une sagacité et d'une intelligence vraiment exceptionnelles, que nous devons les premiers travaux sérieux sur l'exploration de l'organe visuel. Mais ses idées étaient tellement avancées pour son temps (il vivait à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci), qu'elles restèrent peu comprises et ne furent pas appréciées par ses contemporains. Helmholtz eut le mérite de remettre au jour l'ouvrage du savant anglais, mais de plus ce grand génie, par ses propres travaux, fonda réellement l'ophthalmologie scientifique et spécialement la métrologie ; par son ophthalmomètre il posa les bases de l'optique physiologique, par son ophthalmoscope celles de l'optique médicale.

En s'appuyant sur ces données, Donders, le grand physiologiste d'Utrecht, a pu exposer avec une clarté et une précision sans pareilles, les lois de la réfraction et de l'accommodation, et leurs applications à la pratique. Ce n'est que depuis l'ouvrage classique de Donders que nous connaissons avec précision la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme, la presbyopie, que nous pouvons corriger rationnellement l'amétropie et rendre ainsi à une foule de malades les moyens de travailler. Il serait injuste de ne pas citer ici les noms de ceux qui ont enrichi et complété l'œuvre de Donders ? Mac-Gillavry, Javal, Giraud-Teulon, Nagel, Mauthner et bien d'autres.

Pendant ce temps, l'ophthalmoscope, introduit dans la pratique surtout par de Graefe et Liebreich, subissait une foule de modifications propres à augmenter sa valeur. Donders l'appliquait à la mesure des objets du fond de l'œil. Giraud-Teulon donnait le relief de l'image ophthalmoscopique en l'adaptant à la vision binoculaire. Sichel, Monoyer rendaient l'examen possible à plusieurs observateurs à la fois. Une foule d'autres noms s'attachent à l'histoire des améliorations successivement apportées à cet instrument. Nous avons pu nous-même donner des notions sur le grossissement de l'image ophthalmoscopique et sur l'appréciation de la grandeur réelle des objets observés.

A Snellen revient l'honneur d'avoir défini le premier l'acuité visuelle et fourni par ses échelles typographiques, les moyens de la mesurer. C'est à lui que nous devons aussi la solution d'un problème longtemps recherché, la détermination exacte de la tension intra-oculaire. Enfin, indépendamment de ses mérites dans la pratique opératoire, il a enrichi la métrologie de divers instruments pour mesurer l'exophthalmos et le strabisme, et au premier rang desquels se place le métroscope, qui étend ses applications jusqu'à la géométrie. Nous avons nous-même proposé un instrument le *chiastomètre*, qui permet de mesurer exactement la distance entre les deux yeux, donnée si importante pour apprécier l'insuffisance musculaire et développement du strabisme.

Les mouvements des yeux sont devenus l'objet des travaux les plus intéressants et les plus [illegible], depuis que [illegible] et J. J. Müller ont déterminé le centre de rotation de l'œil, Hering, Graefe, et avant tous M. Javal, notre très-distingué confrère, se sont attachés à résoudre la question.

Aubert et Fœrster nous ont donné les méthodes pour examiner la perception lumineuse et les limites du champ visuel. Après quelques médecins russes, Reich et Uschakoff entre autres, nous avons nous-même, et à l'aide de notre *périmètre*, exploré les fonctions des parties périphériques de la rétine, exploration dont la médecine générale a déjà pu retirer quelques avantages.

L'exploration de la perception des couleurs a enrichi la symptomatologie oculaire de faits importants, grâce aux recherches de Dalton, Mawxell, Lebel et d'autres. Et vous verrez dans la suite de ces conférences que de moyens nous avons pour apprécier cette fonction délicate et quels services cet examen peut rendre à la médecine générale.

Ainsi une petite mais vaillante armée d'opthalmologistes travaille sans relâche à augmenter et à perfectionner les moyens d'exploration de l'œil, pour pouvoir combattre avec plus de succès ses altérations et celles de l'organisme en général. Aussi verrons-nous prochainement s'accomplir un nouveau progrès qui a pris son origine dans l'ophthalmologie, mais dont profitera l'optique tout entière. C'est l'introduction du système métrique dans l'optique.

Cette idée, émise tout d'abord par M. Javal, a été depuis discutée et approfondie par Burow, Donders, Giraud-Teulon, Nagel ; mais c'est à Monoyer que revient l'honneur d'avoir indiqué le vrai chemin à suivre ; sa proposition a été adoptée et commence déjà à être appliquée à Paris. Vous voyez, Messieurs, que le seul chapitre des moyens d'exploration de l'œil est très-riche en développements intéressants et se prêterait aux recherches les plus étendues.

Aussi la tentative est-elle grande de traiter ce sujet suivant la manière scientifique qui fait son charme et sa valeur. Mais il y a un autre point de vue, qui sera à la fois tout aussi attrayant pour vous et plus conforme à votre but et à vos intérêts : c'est le point de vue pratique. C'est pourquoi nous laisserons aux phisiologistes la tâche d'épuiser les questions purement scientifiques du sujet, et nous nous occuperons seulement de ce qui est indispensable à la pratique médicale journalière.

Ceux qui désirent approfondir la matière, la trouveront développée dans la *métrologie* que nous avons publiée en commun avec Snellen.

Voici les différentes parties que nous traiterons ici : 1° l'inspection objective générale des yeux ; 2° l'exploration des paupières, de la conjonctive, des voies lacrymales et de toutes les parties du globe oculaire accessibles à l'œil nu ; 3° la détermination de la distance entre les deux yeux, de leur hauteur et de leur protrusion ; 4° la détermination de la tension intra-oculaire ; 5° l'exploration des mouvements des yeux, surtout au point de vue du strabisme ; 6° la détermination de l'acuité visuelle ; 7° celle de la réfraction et de l'accommodation ; 8° l'examen de la perception des couleurs ; 9° la détermination des limites du champ visuel et de la vision indirecte ; 10° enfin l'ophthalmoscopie, y compris l'examen des milieux dioptriques de l'œil à l'aide de l'éclairage oblique.

Toutes ces choses, messieurs, sont de celles qu'un médecin ne doit pas ignorer aujourd'hui. Vous ne devez pas en abandonner l'étude aux spécialistes, si vous voulez prétendre à mettre en œuvre toutes les ressources du diagnostic moderne.

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LES HARAS EN FRANCE. — Savez-vous ce que l'Etat consacre à l'enseignement supérieur? *huit millions trois cent cinquante mille francs.* Il entretient avec cela l'Ecole normale, les Facultés, la Bibliothèque de l'Université, l'Ecole des hautes études, l'Institut de France, l'Académie de médecine, le Collége de France, le Muséum d'histoire naturelle, les établissements astronomiques, l'Ecole des langues orientales vivantes, l'Ecole des Chartes et l'Ecole d'Athènes.

Or, les produits universitaires figurent au budget des recettes pour une somme égale, sinon supérieure, à la moitié de celle que nous venons d'indiquer. C'est ce qui s'appelle s'en tirer à bon marché.

Q[illegible] MILLIONS [illegible] Les haras nous coûtent plus [illegible] : [illegible] L'Etat juge plus utile sans doute d'élever des chevaux que des hommes. (*Bordeaux médical*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins réservistes.

Une partie des réservistes de la classe 1867 vient de rentrer dans ses foyers, après une absence de 28 jours. Le 25 septembre, les réservistes des 15e-18e corps d'armée, ainsi que les réservistes qui, tout en appartenant aux quatorze premiers corps, font partie de régiments stationnés momentanément dans les 15e-18e régions, ont dû, à leur tour, se mettre en route. Ce sont là, diront sans doute quelques-uns de nos lecteurs, des faits que nous connaissons et d'ordre essentiellement militaire. Assurément; mais, en dehors même des questions d'hygiène, telles que les conditions d'un bon campement, l'alimentation du soldat, etc., qu'il serait peut-être intéressant d'examiner à propos des grandes manœuvres qui viennent d'avoir lieu, il est un point plus circonscrit qui mérite d'être abordé immédiatement, car il touche plus particulièrement le corps médical.

En effet, un certain nombre de médecins, les uns exerçant déjà leur profession, les autres remplissant les fonctions d'internes ou d'externes dans les hôpitaux, ont été appelés sous les drapeaux. Contre cet appel même, nous n'avons rien à dire, et certes il y a trop de patriotisme parmi les médecins pour qu'ils excipent des nombreux sacrifices qu'ils font à chaque instant et que ne supporte aucune autre profession, afin d'échapper à l'accomplissement des devoirs qui incombent à la majorité des citoyens. Mais, si nous ne trouvons pas mauvais l'appel des médecins, ou des internes et des externes réservistes, nous croyons devoir nous élever contre l'inégalité choquante qui existe entre eux et contre leur emploi comme soldats et non comme médecins.

Aussi des médecins distingués, des internes des hôpitaux de Paris sont ou ont été enrégimentés comme simples soldats, soumis à toutes les exigences du service militaire et tenus quelquefois plus sévèrement que les autres réservistes. Voici un exemple entre plusieurs : Un de nos amis, le dr X..., incorporé comme simple soldat a eu toutes les peines du monde à obtenir l'autorisation d'aller voir, à quelques kilomètres de là, son père qui venait de tomber malade, alors que des permissions, moins sérieusement motivées, s'accordaient aisément à d'autres réservistes.

Des médecins, malgré les démarches qu'ils avaient faites pour avoir le titre d'aides-majors, ont reçu, néanmoins, leur feuille de route..., à titre de simple soldat. De ceux-ci, les uns, bien avisés, sont allés à la place, à Paris, et ailleurs, et ont été autorisés à rester chez eux; c'est ainsi qu'à Paris, il s'est trouvé des internes qui sont partis simples réservistes, tandis que d'autres n'ont pas quitté leur service; — les autres, comme le Dr N... de Paris, une fois arrivés à leur corps, ont été, sur le vu de leur diplôme, renvoyés par les colonels à leurs occupations, etc. L'incorporation des médecins, comme soldats, ne saurait se comprendre que s'il y avait plus de médecins qu'il n'en faut pour les besoins de l'armée. Or, chacun sait que leur nombre est insuffisant.

Nous avons à rechercher à qui incombent les inégalités choquantes que nous avons mentionnées, et, aujourd'hui, nous n'insisterons que sur le rôle de l'administration de l'assistance publique.

Il est surprenant que cette administration n'ait pas songé à intervenir pour s'opposer à la désorganisation de son service médical. En effet, c'est un mois à peine après avoir publié un avis dans lequel, pour assurer le fonctionnement régulier de ses hôpitaux, elle s'avoue obligée d'invoquer le concours des étudiants libres, qu'elle se laisse priver encore d'internes et d'externes (Voir *Progrès médical*, p. 480). L'intervention de l'administration hospitalière était pleinement justifiée dans cette circonstance. Elle n'aurait pas dû non plus oublier que parmi les internes provisoires et les externes réservistes, il en est qui, dans quelques jours, vont être appelés à concourir pour l'internat. Ceux qui ont fait partie du premier ban des réservistes pourront concourir, il est vrai, mais dans des conditions défavorables, ayant été forcés d'abandonner l'étude de la pathologie pour apprendre le maniement du chassepot. Quant aux externes candidats à l'internat, qui font partie du second ban, nous ignorons ce qu'on a daigné faire pour eux.

Nous n'aurions pas adressé ces critiques à l'Administration de l'assistance publique, si déjà son attention n'avait été appelée sur ce point d'une façon spéciale (1), et si en face de l'appel plus ou moins rapproché des réservistes des classes 1868, 1869, etc., il n'était pas urgent de lui rappeler qu'elle doit avoir d'autant plus à cœur la défense des intérêts des médecins, des internes, des externes et des pharmaciens des hôpitaux, que ceux-ci lui rendent des services plus importants et moins rémunérés.

Nous examinerons prochainement si l'administration militaire, de son côté, a pris véritablement toutes les mesures nécessaires pour l'incorporation des médecins comme *officiers de réserve.*

SOCIETES SAVANTES

Congrès périodique international des sciences médicales.

3e SECTION. — ACCOUCHEMENT.

Séances des 20 *et* 21 *septembre* 1875.

La première question à l'ordre du jour est celle des *Maternités*. Après la lecture du travail de M. *Hubert* Eugène, de Louvain, M. *Lefort* prend la parole pour demander, contrairement aux conclusions du rapport, la suppression des grandes Maternités et la disséminatiou des accouchées. On connait les mortalités dans les hôpitaux et en ville : dans les services hospitaliers, il meurt une femme sur 27, parmi les accouchées; il en meurt 1 sur 202, en ville. Qu'on accouche donc les femmes à domicile, et, pour les indigentes, qu'on les reçoive, aux frais de l'Administration, dans le logis des sages-femmes. — Les dépenses ne seront guère plus grandes. — L'enseignement obstétrical se fera d'une manière suffisante dans les polycliniques.

MM. Pasquale, Hyernaux, Vleminckx n'acceptent pas la suppression des Maternités : l'enseignement en souffrirait trop. Ils sont pourtant d'avis qu'il serait préférable d'élever de petits hôpitaux en plein air, dans des endroits bien exposés, et composés de pavillons séparés et divisés eux-mêmes en plusieurs pièces distinctes qui seraient occupées successivement. La mortalité est si grande dans les Maternités, dit M. Hyernaux, parce que les femmes qui vont y accoucher sont fatiguées, surmenées avant leur entrée.

M. Pigeolet demande l'accouchement à domicile et chez les sages-femmes, et la création de petites Maternités isolées et sans rapport les uues avec les autres.

M. Marcowitz défend les Maternités daus l'intérêt de l'enseignement. La mortalité n'y est pas d'ailleurs aussi grande qu'on le pense : comment accoucheraient chez elles ces femmes qni arrivent épuisées dans les services hospitaliers? *M. Sigmund* cite les bons résultats que l'on obtient à la grande maternité de Vienne, grace à une scrupuleuse observance des lois de l'hygiène.

M. Galbard s'étonne de voir défendre le principe des Maternités : les statistiques ne sont-elles pas assez éloquentes? Il faut secourir les femmes à domicile : et pour celles qui n'ont pas de domicile ou ne peuvent y trouver les soins indispensables, il faut les admettre dans des services hospitaliers.

(1) Voyez, entre autres, le no 21 du *Progrès Médical* p. 287.

Le nombre de ces dernières est d'ailleurs bien minime. Les préceptes les plus importants consistent à éviter l'encombrement dans les salles d'accouchement et à disséminer les accouchées malades dans les salles voisines. C'est en agissant ainsi qu'on a obtenu de bons résultats dans les petits services d'accouchement des hôpitaux de Paris.

M. Crocq, admettant les maternités, les veut dans de bonnes conditions hygiéniques. — *M. Borlé*, de Liége, soutient qu'il ne peut y avoir de bonnes maternités, partout où il se trouve des femmes accouchées en certain nombre, il y a un foyer infectieux.

La discussion terminée, on vote à la presque unanimité les conclusions suivantes ;

1° Une réforme radicale est urgente dans le système d'assistance des femmes en couches ;

2° Abandon du système des grandes maternités ;

3° Remplacement, pour l'enseignement, des grandes maternités par de petites maisons d'accouchement, à chambres séparées ;

4° Création d'une maison de rechange, placée dans le voisinage de la maternité, mais avec un personnel médical et un mobilier séparés ;

5° Etendre autant que possible l'accouchement à domicile.

M. Lefort propose d'ajouter, comme amendement, que les femmes sans domicile doivent être accouchées chez les sages-femmes de la ville.

PREMIÈRE SECTION. — MÉDECINE.

Séance du 22 septembre.

Communication de *M. Mariano Semmola*, professeur à l'Université de Naples, sur l'*Albuminurie.*

L'albuminurie n'est qu'un symptôme. On le rencontre même dans des conditions physiologiques, et sans altération organique du rein, après une injection considérable d'aliments albuminoïdes ; on peut de même le produire expérimentalement en supprimant les fonctions de la peau ; un animal dont on enduit le corps d'un vernis, devient albuminurique.

M. Semmola distingue, au point de vue clinique, trois sortes d'albuminurie :

1° Les albuminuries mécaniques; dues aux troubles mécaniques de la circulation rénale, comme celle qui survient dans les affections cardiaques;

2° Les albuminuries dyscrasiques. Il n'y a pas augmentation de pression dans les vaisseaux, mais dyscrasie; une certaine quantité d'albumine du sang est altérée, elle ne peut plus être assimilée et dès lors elle est rejetée. C'est l'albuminurie qui s'observe dans la tuberculose, la syphilis, etc ;

3° Il y a enfin des albuminuries mixtes, dues et à l'augmentation de pression dans le système circulatoire du rein et à un état dyscrasique. C'est l'albuminurie du mal de Bright.

La cause ordinaire de la maladie de Bright est le froid humide; sous son influence, le sang est refoulé des parties périphériques vers les organes intérieurs, d'où augmentation de la pression intra-vasculaire dans ces organes, — puis la suppression des fonctions de la peau détermine un état dyscrasique qui empêche l'albumine de s'assimiler entièrement et provoque son élimination partielle. Et selon que le froid agit lentement ou rapidement, le mal de Bright est chronique ou aigu : dans ce dernier cas, l'augmentation de pression intra-vasculaire est grande, mais l'état dyscrasique faible ; dans le premier, au contraire, la pression est faible mais le dyscrasie très-prononcée.

La diminution considérable de l'urée dans les urines est la caractéristique la plus importante du mal de Bright ; elle ne se rencontre pas, à un degré aussi marqué du moins, dans les albuminuries mécaniques ou dyscrasiques pures : elle est donc un symptome pathognomonique de la maladie de Bright.

On peut donc dire que cette affection présente les symptômes constants et caractéristiques qui suivent : albuminurie, anasarque, diminution considérable de l'urée, accidents urémiques (qui sont l'aboutissant de la maladie) et lésions rénales.

Dans les albuminuries produites par l'alcool, la goutte, la scarlatine, on trouve les mêmes symptômes et la même pathogénie ; toujours il y a deux facteurs pour engendrer la maladie, le facteur dyscrasique (altération des albuminoïdes) et le facteur rénal (augmentation de la pression intra-vasculaire ou dépôts irritants dans le parenchyme de l'organe).

Une méthode de traitement est basée tout entière sur ces considérations pathogéniques :

1° Il faut priver, autant que possible, les malades de substances albuminoïdes : on voit ainsi diminuer la quantité d'albumine dans les urines.

Il faut les soumettre au régime lacté.

2° Activer les fonctions de la peau : placer les malades dans des étuves à la sortie desquels ils prennent une douche froide et se livrent à un exercice modéré.

3° Les adjuvants de ce traitement sont l'iodure de potassium à haute dose et les inhalations actives d'oxygène. Les ferrugineux sont inutiles, ils ne sont pas assimilés.

M. Bouchut approuve les considérations étiologiques et thérapeutiques de M. Semmola. Il emploi aussi le régime laité ; il y a ajouté la pulpe d'oignon cru, mais contre l'hydropisie ; il donne des bains d'étuve et fait emmailloter les enfants dans des couvertures de laine chauffées et imprégnées de vapeurs de benjoin.

L'iodure de potassium, ne donne aucun résultat chez les enfants : il agit chez les adultes, sans doute dans les cas où il y diathèse syphilitique.

Il administre le tannin et l'acide gallique à la dose de 10-5 centigrammes et s'en trouve bien. Il donne aussi la saponine et la décoction de saponaire.

M. Semmola n'a jamais obtenu le moindre résultat avec le tannin et les substances astringentes, surtout aux doses indiquées par M. Bouchut.

Séance générale du mercredi 22 septembre.

Les conclusions sur la prophylaxie du choléra acceptées par la 1re section sont admises à la séance générale. Quelques modifications sont cependant introduites :

1° Dans l'article IV, au lieu de : « Quoi qu'il en soit; il n'en reste pas moins vrai... », on met « il n'en est pas moins vraisemblable... »

2° Article VII, au lieu de « La durée de l'incubation est très-courte, » on accepte : « est de quelques heures à quelques jours. »

Puis ont lieu plusieurs communications :

1° M. Bouchut : De la cérébroscopie.

2° M. Leudet, de Rouen : De l'aliénation chez les alcooliques.

3° M. Pallasciano, de Naples : Hygiène des tombeaux.

4° M. Chapman, de Londres : De la prostitution en Angleterre.

Lecture du rapport de la 4e *section* sur « les nerfs vaso-moteurs et leur mode d'action » par MM. Masius et Vanlair, professeurs à l'Université de Liége. Ci-contre les conclusions de ce rapport qui sont adoptées après quelques observations de M. *Bouillaux.*

Des nerfs vaso-moteurs et de leur mode d'action. Rapporteurs : MM. Masius et Vanlair, professeurs à l'Université de Liége.

CONCLUSIONS PROVISOIRES.

1° Les nerfs vaso-moteurs font partie du système nerveux végétatif ; ils ont leurs origines principales dans la moelle épinière et le bulbe rachidien ; ils naissent accessoirement de la portion sus-bulbaire de l'encéphale, des ganglions du sympathique situés sur les cordons et répartis à la périphérie sur le trajet des fibres nerveuses.

2° Pour aller de l'axe médullaire aux cordons latéraux, les nerfs vaso-moteurs passent par les racines antérieures ; ils se rendent aux vaisseaux, soit en s'unissant aux nerfs rachidiens et crâniens, soit en accompagnant les artères.

3° Les filets vaso-moteurs sont destinés à la couche musculaire des vaisseaux, et ils forment à leur terminaison plusieurs réseaux pourvus de ganglions microscopiques.

Il n'est pas certain que les fibres nerveuses pénètrent dans l'intérieur des cellules qui constituent la tunique musculaire.

4° L'influence exercée par les nerfs vaso-moteurs sur le calibre des vaisseaux est incontestable ; parmi ces nerfs, les uns déterminent, lorsqu'ils sont irrités, la constriction des vaisseaux auxquels ils arrivent ; d'autres, au contraire, produisent par leur excitation un effet dilatateur.

5° Des fibres vaso-constrictrices et des fibres vaso-dilatatrices sont vraisemblablement réunies dans un même nerf, de telle façon que l'action provoquée par un excitant peut différer selon la prédominance de l'une ou de l'autre espèce de fibres.

6° Les nerfs vaso-moteurs sont placés sous la dépendance de centres dont ils tirent leur origine et dont l'activité se manifeste par leur intermédiaire.

L'activité des centres peut être directe ou réflexe et donner lieu à des effets vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs.

7° Il faut admettre l'existence d'appareils nerveux terminaux placés dans les parois vasculaires; ils sont constitués par les ganglions microscopiques répandus dans les réseaux auxquels aboutissent les nerfs vaso-moteurs.

Ces ganglions sont de petits centres vaso-moteurs *toniques*.

8° Les nerfs vaso-dilatateurs ont pour fonction de modérer le pouvoir constricteur de ces derniers centres et d'augmenter par là le calibre des vaisseaux.

9° Les nerfs vaso-moteurs dans leur trajet à travers la moelle restent dans la moitié d'où ils naissent.

L'influence des parties de l'encéphale au contraire situées en avant des tubercules quadrijumeaux est croisée.

10° Les nerfs vaso-moteurs, par suite de l'action qu'ils exercent sur le calibre des vaisseaux, n'ont pas seulement le pouvoir de modifier la vitesse du courant sanguin, mais ils agissent aussi sur la tension vasculaire, ainsi que sur la température, la coloration et la composition du sang.

Ils interviennent également dans les phénomènes d'absorption, de nutrition et de sécrétion.

Vᵉ SECTION. — MÉDECINE PUBLIQUE.

A la 5ᵉ section (médecine publique), a eu lieu, dans les premières séances, la discussion sur « les moyens d'assainissement des ateliers où se manipule le phosphore. » MM. Magitot, Crocq, Gallard, Vérité et Thibaut y prennent part. A l'unanimité, la section exprime le vœu que l'on substitue le phosphore rouge, amorphe au phosphore ordinaire, et admet la térébenthine comme antidote, mais sans en expliquer le mode d'action. Les conclusions de M. le rapporteur (ci-contre indiquées) sont d'ailleurs adoptées.

DES MOYENS D'ASSAINISSEMENT DES ATELIERS OU SE MANIPULE LE PHOSPHORE, Rapporteur : M. le professeur CROCQ.

CONCLUSIONS PROVISOIRES. — 1° L'intoxication phosphorique est le résultat de l'introduction du phosphore en nature dans l'économie ; 2° L'oxydation anéantit les propriétés toxiques propres du phosphore ; 3° La présence de l'air ozonisé qui brûle immédiatement le phosphore, constitue donc un moyen rationnel préservatif de l'action délétère de ses vapeurs ; 4° Indépendamment d'une bonne ventilation qui entraîne au dehors les vapeurs, il faut placer, dans les ateliers où se manipule le phosphore, des substances capables de transformer l'oxygène en ozone. Parmi ces substances, l'essence de térébenthine figure en première ligne et son usage est dans ce cas parfaitement rationnel.

20 *septembre. — Conférence de M. Marey sur la méthode graphique en physiologie.*

Le 20 septembre, à 8 h. du soir, *M. Marey*, professeur au Collége de France, a donné dans la grande salle du Cercle artistique et littéraire (au Parc) une conférence sur la méthode graphique en physiologie. Il était assisté de M. le Dʳ Franck, son préparateur.

Il fait d'abord l'historique des enregistreurs à indications continues : il rappelle que la première machine de ce genre est celle de MM. Poncelet et Morin. Puis, il décrit ses propres appareils avec les principes sur lesquels ils reposent, et en montre le merveilleux mécanisme.

Il passe alors aux expériences et mesure d'abord la contraction musculaire ; le tracé qu'il obtient est projeté, considérablement agrandi, sur un écran où l'on distingue tous les détails du phénomène. Il étudie ensuite le mouvement des muscles qui président à la respiration ; puis, enregistre avec son cardiographe les battements du cœur, décrit son sphygmographe, et termine en présentant d'autres appareils indiquant la vitesse du sang et mesurant, au moyen de courbes, les variations de la température.

Durant toute sa conférence, M. Marey a été vivement applaudi.

23 *septembre. — Excursion à Louvain pour la visite de la prison cellulaire.*

Jeudi 23 septembre, une partie des membres du Congrès se sont rendus à Louvain pour visiter le pénitencier de cette ville, où est appliqué depuis plusieurs années le système cellulaire. Ils furent reçus dans l'établissement par M. de Vischere, directeur de la prison et M. Berden, administrateur de la sûreté publique. Celui-ci, après avoir souhaité la bienvenue à ses visiteurs au nom du Ministre de la Justice et de l'administration des prisons, leur adressa une éloquente allocution dans laquelle il retrace l'histoire du système cellulaire en général et du pénitencier de Louvain en particulier. « L'établissement que vous allez visiter, dit-il, est véritablement une maison modèle et vous apprécierez si nous avons obtenu les résultats que nous cherchions. Le régime cellulaire est depuis quelque temps remis en question. On se demande si la Belgique a bien réalisé les vrais principes de l'amendement des détenus. Même en Amérique, il y a maintenant une tendance à préférer ce qu'on appelle le système irlandais, c'est-à-dire d'abord l'encellulement pendant un certain temps ; puis, après un certain amendement obtenu, la vie en commun ; puis la liberté provisoire, jusqu'au moment où l'on peut accorder au détenu la libération définitive. L'Allemagne hésite encore à adopter dans toute son extension le régime cellulaire. La France vient d'en décréter une application, mais seulement très-restreinte. Enfin la question est encore en litige. Vous verrez si nous avons réalisé le desideratum. »

La prison de Louvain est une prison de condamnés criminels. Elle contient les condamnés à perpétuité, qui, après 10 ans ont la faculté d'opter pour le régime cellulaire à Louvain ou pour le travail en commun à Gand ; les condamnés aux travaux forcés à temps ; les réclusionnaires et les condamnés à plus de 5 ans d'emprisonnement correctionnel.

Elle comprend 600 cellules, dont 574 sont actuellement occupées. La mortalité y est d'un et demi pour cent ; l'aliénation mentale d'un demi pour cent et les suicides dans la même proportion.

Les détenus sont occupés à des travaux industriels divers ou aux travaux domestiques. Il y a des tailleurs, des cordonniers, des relieurs, etc. ; l'établissement fournit au Ministère de la Guerre bon nombre de vêtements militaires.

Il reste à fonder le patronage des détenus libérés. M. Berden s'occupe de cette œuvre éminemment charitable et il espère réussir.

M. le Dʳ Testelin, député du Nord, remercie M. Berden de ses explications. Le système cellulaire, dit-il, est usité en France, mais pour les détenus les moins criminels. Il a combattu à Versailles, à la Chambre des représentants, l'application de ce système ; aussi il est heureux d'en voir de près les résultats.

Tout est cellulaire dans cet établissement, dont le principe est la séparation des détenus les uns des autres. En voici la disposition d'ensemble. Les bâtiments de la direction et de l'administration forment un rectangle qui constitue la façade principale ; derrière, au centre même de la prison, s'élève un bâtiment circulaire, observatoire central duquel se détachent et rayonnent les six ailes de prisons cellulaires entourées de jardins ; à l'extrémité de chaque aile, les préaux, promenoirs cellulaires aussi, où chaque jour et une heure par jour, les détenus vont prendre un peu d'air et d'exercice, à tour de rôle et par groupes, mais toujours séparés les uns des autres et surveillés. Il y a en outre des parloirs cellulaires, une infirmerie avec pharmacie, chambre de consultation, etc. ; une cuisine et une chapelle. Cette chapelle est peut-être la plus ingénieuse application du principe qui consiste à séparer les détenus sans les isoler ; l'autel et l'orgue sont au centre sur une sorte d'éminence d'où rayonnent les nefs destinées aux prisonniers. Chaque nef est un amphithéâtre dont chaque rangée est divisée en logettes en bois, ouverte par devant, fermées au-dessus et des deux côtés. En moins de dix minutes, on concentre tous les détenus dans cette chapelle et on les case dans leurs logettes. — La chapelle sert aussi de maison d'école.

Les détenus sont habillés de toile grise (costume d'été), la

tête couverte d'un capuchon bleu, troué au niveau des yeux. — A la porte de leurs cellules est suspendu un petit écriteau indiquant le délit ou le crime du prisonnier, la langue qu'il parle, la peine qu'il subit. Point de nom. Un petit guichet laisse voir l'intérieur de la cellule et permet la surveillance.

Telle est en quelques mots l'organisation du système cellulaire. Le condamné n'est pas, comme on le croirait, abandonné dans ces établissements à ses remords et à ses rêveries malsaines : il est isolé de ses co-détenus, mais il voit ses gardiens, son aumônier, son instituteur, son sous-directeur ou le directeur lui-même, le médecin quand il y a lieu; il voit en un mot des gens qui valent mieux que lui, et ces bonnes visites lui suffisent !

24 septembre. — Excursion à Gheel.

Le Jeudi 24 septembre, quelques membres du Congrès sont allés visiter l'intéressante colonie de Gheel, sous la conduite de M. le Dr Bulckens, son excellent directeur.

Gheel est, on le sait, un village de la province d'Anvers où, depuis plusieurs siècles, les aliénés sont traités à l'air libre et sans contrainte d'aucune sorte. Il possède une population de 11.000 habitants et compte, en ce moment, 1.300 aliénés environ. Ce sont MM. les Drs Bulckens et Pieters qui ont la direction du service de santé.

L'aliéné de Gheel reçoit l'hospitalité chez l'habitant, « il vit au milieu de la famille, prend son repas et travaille avec elle, s'occupant du ménage, circulant librement au milieu des femmes et des enfants, et maniant à volonté les outils les plus dangereux. » Mais on choisit avec soin les paysans à qui on les confie; on leur impose des conditions de propreté, de nourriture et de salubrité, et une inspection régulière signale les abus et s'efforce de les prévenir.

Esquiros et Félix Voisin ont visité la colonie de Gheel en 1821 ; M. J. Falret a fait aussi ce voyage il y a quelques années, et dans un rapport présenté à sa suite à la société médico-psychologique de Paris, dans la séance du 30 décembre 1861, il a fait ressortir tous les avantages et les inconvénients de ce mode d'organisation. Je renvoie à ces auteurs pour les détails.

Séances générales (au Palais Ducal), à 2 heures après-midi.

Le 20, le congrès ne s'est pas réuni en assemblées générales.

Séance du 21. — PRÉSIDENT : M. VLEMINCKX.

1° Rapport de la 3e section sur les *maternités* et discussion de ce rapport.

(Le compte-rendu de cette partie de la séance a été communiqué déjà).

2° Rapport de la 5e section sur le travail de *M. Crocq*, sur « les moyens d'assainissement des ateliers où se manipule le phosphore. »

3° Rapport de la 7e section, sur « les moyens de mesurer l'ouïe et d'en enregistrer le degré de façon uniforme pour tous les pays, » par M. le Dr *Delstanche*, père.

4° Rapport de la 8e section sur « la situation morale et légale du placement des aliénés criminels et dangereux, » par M. le Dr *Semal*, directeur de l'hospice d'aliénés de Mons.

5° Rapport de la 9e section sur cette question : « Faut-il étendre l'emploi médical des principes immédiats chimiquement définis et en multiplier les préparations dans les pharmacopées? par M. *Van Bastelaer*.

Séance du 22. — PRÉSIDENT : M. VLEMINCKX.

1° Rapport de la 1re section sur la « prophylaxie du choléra. Les conclusions de la Commission sont adoptées.

2° Rapport de la 4e section sur « les nerfs vaso-moteurs et leur mode d'action, » par MM. *Masius et Vanlair*, professeurs à Liége.

(Je vous ai communiqué aussi les conclusions de ce rapport.)

3° Communication de M. *Bouchut*, de Paris, sur le diagnostic des affections cérébrales par l'ophthalmoscopie.

4° Communication de M. *Leudet*, de Rouen, sur « l'aliénation chez les alcooliques.

5° Communication de M. Palasciano, de Naples, sur « l'hygiène des tombeaux. »

Séance générale du 23. — PRÉSIDENT : M. BOUILLAUD.

1° Procès-verbal de la séance du 22.

2° Le secrétaire de la 2e section lit les conclusions du rapport sur l'anesthésie chirurgicale. — Une discussion s'élève sur la question des *injections intra-veineuses de chloral. M. Bouillaud*, qui a présenté à l'Institut et à l'Académie les travaux de M. Oré, prend la parole en sa faveur : il renouvelle tous les éloges qu'il a accordés déjà à cette méthode et demande que, sans l'accepter *à priori*, on y fasse au moins bon accueil. *M. Lefort* repousse la pratique de M. Oré : il y a quarante-quatre observations d'injections de chloral, dit-il, et l'on compte deux morts : avec le chloroforme il n'y a qu'une mort sur dix mille. — *M. Forget* combat aussi très-énergiquement ces idées : M. Oré, malheureux dans son administration du chloroforme, aurait dû passer par l'éther avant d'en venir au chloral. Il n'a pas fait mieux, il a fait autrement que les autres.

L'Assemblée s'abstient de se prononcer sur cette question.

3° Suite de la discussion sur le rapport de la 3e section (maternité).

Voici les conclusions définitivement admises par l'assemblée générale sur la question des maternités :

1° Urgence d'une réforme radicale dans le système d'assistance des femmes en couches.

2° Abandon complet des grandes maternités.

3° Remplacement des grandes maternités, avec écoles d'accouchement pour l'enseignement, par de petites maisons d'accouchement à chambres séparées.

4° Création d'une maison de rechange placée dans le voisinage de la maternité, avec une séparation complète dans le personnel médical et le mobilier des deux établissements.

5° Extension aussi grande que possible de l'assistance à domicile en fournissant aux femmes enceintes et aux accouchées des secours de toute nature.

Puis l'assemblée discute l'amendement dans lequel *M. Lefort* exprime le vœu que les indigentes, en temps d'épidémie surtout, soient admises, pour accoucher, dans les logis des sages-femmes. Cette mesure, adoptée à Paris depuis quelques années déjà, a donné les meilleurs résultats.

M. Testelin combat l'amendement de M. Lefort. Au point de vue scientifique, dit-il, le logis des sages-femmes présente des conditions hygiéniques bien inférieures à celles des maternités ; au point de vue moral, on ne peut trouver un séjour plus pernicieux.

M. Lefort pense que les grandes maternités sont mauvaises, non parce qu'elles renferment un grand nombre d'accouchées, mais parce que le personnel médical nécessairement limité est sans cesse en rapport avec chacune de ces femmes et communique ainsi de l'une à l'autre, les maladies funestes qui ravagent ces établissements ; pour lui, partisan de la contagion, c'est le médecin qui est le principal vecteur du contage. L'idéal de l'accouchement est sans doute l'accouchement à domicile, mais, après lui, la mesure en question est la meilleure. — Enfin, l'entrée des agents de l'administration dans le logis des sages-femmes jusqu'ici impénétrable, permettra une surveillance sévère, un contrôle sérieux, et est ainsi une bonne garantie de mortalité. — Des affections puerpérales se déclarent aussi chez les sages-femmes sans doute : mais le fléau reste limité : et les salles évacuées ne sont rendues au service qu'au bout d'un certain temps.....

L'amendement de M. Lefort mis aux voix est adopté. Voici le texte de cet amendement : « L'accouchement fait au domicile des sages-femmes, aux » frais et sous la surveillance des établissements charitables, présente les » moyens de supprimer graduellement les maternités. Cette mesure, désirable en temps ordinaire, s'impose comme une nécessité en temps d'épidémie. »

4° M. Masoin, secrétaire de la 4e section, lit son rapport sur le travail de M. *Héger*, professeur à Bruxelles, sur « la valeur des expériences fondées sur les circulations artificielles. »

5° M. Vleminckx fils présente les conclusions suivantes du rapport de *M. Belval* sur « l'organisation du service de l'hygiène publique. »

Ces conclusions sont adoptées par l'Assemblée.

6° Conclusions du rapport du Dr *Duwez* sur les défectuosités de la vision, au point de vue du service militaire.

7° Conclusions du rapport de *M. Gille*, sur « l'établissement d'une pharmacopée universelle. »

8° Communication de M. Chapman, de Londres, sur « la prostitution en Angleterre. » Elle donne lieu à une assez longue discussion à laquelle prennent part MM. Vleminckx, Drysdall, Sigmund et Pini.

Séance générale du 24. — PRÉSIDENT : M. VERNEUIL.

1. Procès-verbal de la séance générale du 23.

2. Comptes-rendus des discussions : de la première section, sur l'alcool en thérapeutique, — de la deuxième, sur le pansement des plaies, — Et de la troisième, sur la fabrication de la bière.

3. Communication de *M. le docteur Gaëtano Pini*, de Milan, sur les *Institutions de Rachitiques en Italie.* Il a fondé à Milan, avec le concours de la charité publique, un hospice ou plutôt une école où il reçoit, pendant le jour seulement, les enfants atteints du rachitisme. Il leur donne, avec les soins médicaux nécessaires, une nourriture saine et fortifiante, leur fait faire de la gymnastique, et les rend à leur famille le soir. Il a obtenu de cette méthode les meilleurs résultats. — Le Congrès approuve cette institution toute philanthropique et encourage M. Pini à persévérer dans cette voie.

Séance générale du 25. — PRÉSIDENT : M VLEMINCKX.

1. Procès-verbal de la séance générale du 25.

2. Comptes-rendus des séances du 24 et du 25 de la deuxième section du 24 de la quatrième section.

3. Communication de *M. Lefebvre*, professeur à l'Université de Louvain, sur *les agents désinfectants.*

Les maladies épidémiques et contagieuses, dit-il, sont celles qui prélèvent le plus lourd tribut sur l'espèce humaine, et le choléra est au premier rang de ces terribles affections. — La question des désinfectants, c'est-à-dire des agents ayant la propriété de détruire les principes contagieux, est donc d'un haut intérêt. — Or, le calorique est le meilleur, le plus sûr de tous les désinfectants ; les contages en effet sont tous soit des miasmes, soit des organismes complets ou incomplets (protozoaires ou prototypes) soit des leucocytes, soit des granulations élémentaires ; ce sont tous en un mot, des principes organiques ou provenant de la matière organisée ; et l'on sait que tous les corps de cette nature sont détruits par une température élevée.

Le calorique, comme désinfectant, peut être employé sous divers modes pour la destruction des contages morbigènes en général et du principe cholérique en particulier :

1° La combustion est le mode le plus simple et le plus sûr : mais on ne peut l'appliquer qu'aux vêtements et au mobilier des malades infectés.

2° Un courant d'air chaud dirigé dans les égouts irait détruire dans leur repaire les miasmes infectieux.

3° L'eau potable, qui est bien souvent le véhicule du contage cholérique, devra être soumise à l'ébullition, quitte à l'aérer ensuite pour lui rendre sa digestibilité.

4° Il faudrait construire dans les hôpitaux, les ports, etc., de grandes étuves où l'on passerait les effets et les literies des individus malades ou suspects.

M. Vleminckx, qui, le premier, a appliqué la chaleur à la destruction des acares, approuve entièrement les idées de M. Lefebvre.

A la fin de la séance, le président déclare la quatrième session close et invite le Congrès à décider où et à quelle époque se tiendra la prochaine réunion. Sur la proposition de M. Laussédat, appuyée par M. Crocq, le Congrès déclare que la cinquième session aura lieu *dans deux ans, sur le territoire Helvétique.*

Banquet. — Le Congrès médical a « festoyé » durant son séjour à Bruxelles, et la capitale de la Belgique a justifié une fois de plus son renom bien mérité de « cité hospitalière. » — Le 19, à leur arrivée, les membres du Congrès se sont rendus chez M. Warlomont, secrétaire-général ; le lendemain, jour de l'ouverture de la session, un raoût eut lieu en leur honneur à l'Hôtel-de-Ville, au nom de la municipalité Bruxelloise et de M. Anspach, Bourgmestre. Le mardi, grande fête musicale au Jardin Zoologique. Le jeudi soir, raoût chez M. le Ministre de l'Intérieur. Enfin, pour terminer dignement les travaux du Congrès, un banquet d'adieu eut lieu samedi soir, dans la belle salle gothique de l'Hôtel-de-Ville. 300 membres du Congrès assistaient à cette fête splendide, présidée par M. Vleminckx. De nombreux toast furent portés : au Roi par le président, au Ministre de l'Intérieur par M. Deroubaix, aux savants étrangers qui ont honoré le Congrès de leur présence par M. Delcour ; M. Bouillaud répondit en termes émus aux paroles de M. le Ministre de l'Intérieur : « Certes, dit-il, nous garderons longtemps le souvenir reconnaissant de l'accueil sympathique que nous avons reçu. » L'air de la Belgique est doux à respirer : c'est l'air d'une » liberté consciente et sage, tempérée par un usage modéré » et l'amour de l'ordre. » L'éloquent discours de l'éminent professeur de Paris fut plusieurs fois interrompu par de chaleureuses acclamations à son adresse et à l'adresse aussi du pays qu'il représentait. — A la suite de M. Bouillaud, M. Crocq porta la santé de M. Anspach, qui répondit en buvant au Congrès médical.

Plusieurs autres toasts se croisèrent encore au milieu de l'animation générale, et le docteur Laussédat termina en prononçant les paroles suivantes :

« Messieurs,

» Les hommages les plus justes, les mieux mérités ont été rendus à la Belgique savante. Mais, ne l'oublions pas, messieurs, si la science a fait, si elle fait chaque jour de si magnifiques progrès en Belgique, c'est que cette terre est une terre de liberté et que l'influence seule de la liberté grandit les hommes et les choses.

» Ici la liberté ne porte ombrage à personne, ni aux citoyens, ni au pouvoir ; voulez-vous en avoir une preuve palpable, allez sur la place du Palais, vous y verrez, en face de la demeure du chef de l'Etat, respecté par tous, l'arbre de la liberté planté il y a 45 ans aujourd'hui.

» Aussi les Belges portent-ils avec une juste fierté leurs nobles couleurs nationales ; ils sentent que leur cocarde tricolore est l'emblème de leurs droits, jamais elle ne deviendra la livrée d'un homme...

» Mon témoignage n'est pas suspect, il est celui d'un républicain français qui a horreur des courtisans, d'un hôte de la Belgique qui, depuis 24 ans bientôt, l'observe, l'étudie et a appris chaque jour à l'estimer, à l'honorer plus.

» Oui, messieurs, honorons tous cette Belgique si hospitalière, si généreuse ; aimons-la, mais comme on aime une sœur, soyons jaloux de son honneur à l'égal du nôtre, et si quelque projet imprudent ou perfide la menaçait, unissons-nous tous pour la défendre, pour la faire respecter dans sa dignité, dans sa liberté, dans son indépendance... (Applaudissements unanimes.)

» La grandeur des nations, messieurs, ne se mesure pas à l'étendue de leur territoire ; ce qui les distingue et les élève, ce sont les institutions et les mœurs.

» La Belgique est, au point de vue des frontières, un petit pays, mais ce petit pays est une grande nation....

» Je propose un toast à la Belgique savante, hospitalière, libre et indépendante. »

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE (6e)

Le nombre des membres formant la sixième section s'élevait à peu près à trente, parmi lesquels nous citerons MM. Hairion de Louvain, président, Donders, président-adjoint, Critchett, Bowmann, Weber, Liebreich, Perrin, Giraud-Teulon, Javal, Galezowski, Mayer, Testelin, Warlomont, etc., et de nombreux représentants de la Hollande, du Danemarck, de la Russie et de l'Espagne etc.

La question à l'ordre du jour et sur laquelle M. Duwez (de Bruxelles), avait rédigé un remarquable rapport, était la suivante :

Des défectuosités de la vision au point de vue du service militaire.

La discussion s'est immédiatement engagée avec un caractère pratique, qui donnera aux conclusions formulées par le Congrès, une autorité d'autant plus grande que, sans chercher les moyens d'exécution, dont elle laisse le choix à chaque pays, la section, par l'organe de son illustre président, Donders, s'est bornée à émettre des règles simples, précises, mais aussi, croyons-nous, de la plus haute valeur scientifique.

Il ne faut pas oublier en effet que le Congrès avait l'honneur de posséder les hommes qui dans l'univers entier se sont le plus occupés de ces questions de réfraction oculaire. Les arrêts rendus par ce tribunal peuvent donc être considérés comme l'expression la plus éminente de la science opthalmologique.

Nous essaierons de les résumer et cela, en aussi peu de mots qu'ils ont été formulés.

La première question sur laquelle la section a discuté est celle de l'acuité visuelle dans l'amblyopie.

Tout conscrit possédant une acuité visuelle de $\frac{2}{5}$ telle qu'on la mesure avec les échelles actuellement en usage, est déclaré apte au service militaire.

L'assemblée avait d'abord pensé qu'il serait bon d'admettre comme limites extrêmes $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ pour l'œil droit, en abaissant pour l'œil gauche le chiffre exigé. Après discussion approfondie le chiffre $\frac{2}{5}$ a prévalu.

L'acuité visuelle aux couleurs n'a point paru devoir être envisagée d'une façon spéciale, car les amblyopies entre 5 et 8 vingtièmes ne laissent guère reconnaître les couleurs.

Nous ferons remarquer aussi que le Congrès a compris sous le nom d'amblyopie, surtout les lésions de la membrane nerveuse, se réservant d'examiner les défauts de transparence, soit de la cornée, soit du corps vitré.

Le strabisme interne de l'œil droit très-prononcé doit amener l'exemption.

Le *strabisme concomitant* l'amènera également, si la vision du côté gauche est assez diminuée pour que la portion externe du champ visuel soit de beaucoup retrécie.

En résumé, il faut que l'homme puisse viser avec l'œil droit et voir assez de son œil gauche pour conserver ce que l'on a nommé avec raison *champ visuel de défense.*

Il n'a pas été fait mention spéciale du strabisme paralytique qui se modifie rapidement en une autre variété et qu'on jugera suivant les règles précédentes.

Les taches de la cornée ont été examinées, non pas selon leur nature, mais d'après les troubles qu'elles produisent dans la vision. Ces opacités gênant surtout l'acuité par la réfraction anormale des rayons lumineux. et d'autre part le soldat devant surtout vivre en plein soleil, il a paru nécessaire *d'élever à $\frac{1}{4}$ l'acuité visuelle exigible,* en faisant l'expérience non pas à la lumière peu intense, mais le conscrit regardant directement au grand jour.

Nous ne nous dissimulons pas combien ce principe sera d'une application difficile ; car les cas de simulation ou d'exagération sont surtout fréquents dans les lésions cornéennes, et le médecin devra surtout s'en rapporter au dire de l'examiné, au siége et à la qualité de la lésion.

Tous les troubles du corps vitré, sont des motifs d'exemption en raison des récidives, des maladies graves de l'œil auxquelles la vie militaire exposerait les hommes atteints une fois de cette lésion.

Les *cataractes* sont en général un motif d'exemption : toutefois la cataracte polaire stationnaire laissant une acuité visuelle $\frac{1}{4}$ n'entrainerait pas l'exemption.

La pseudochromatopsie congénitale laisse une acuité visuelle compatible avec le service militaire.

La même affection acquise est un motif d'exemption, car elle accompagne une diminution de S au-dessous de $\frac{2}{5}$.

Avant d'aborder la question de l'amétropie, la section a pris *à l'unanimité*, une importante décision, ainsi conçue :

Considérant que le défaut de correction de l'amétropie, éloigne des rangs une quantité considérable de jeunes conscrits intelligents qui ont le droit de servir leur pays, sans être relégués dans les services dits secondaires de l'armée, le section pense que *le port des lunettes doit être admis dans les rangs.*

La gravité de cette décision n'échappera à personne, et les représentants de toutes les nations ont été unanimes pour reconnaître combien ce motif d'exemption était injuste et préjudiciable même au niveau intellectuel de l'armée. Deux orateurs, M. Maurice Perrin et Testelin, ont surtout fait ressortir, l'un avec un chaleureux accent de patriotisme, l'autre avec toutes les vivacités d'un esprit original, les considérations qui ont amené le vote unanime et spécial de la section sur ce sujet important.

Le Congrès a voulu noter que si les réglements militaires refusaient le port des lunettes, il serait utile de publier hautement que toute myopie même de $\frac{1}{30}$ non corrigée, ne permet pas de faire un bon soldat : tandis qu'avec la correction donnée par les verres, la limite peut être singulièrement éloignée.

Sans accepter toutefois la loi prussienne qui déclare apte au service tout homme comptant les doigts à 2 mètres, et par conséquent, des myopies n° 2; sans descendre au chiffre donné par M. le rapporteur Duwez : $\frac{1}{12}$, la Commission a déclaré bons pour le service *les myopes, portant lunettes, avec une amétropie de $\frac{1}{7}$ à $\frac{1}{8}$*; ce chiffre correspondant au n° 5 du système métrique, qui sera désormais employé pour la nomenclature.

Pour l'*hypermétropie*, le chiffre de $\frac{1}{6}$ a été accepté comme limite au-dessus de laquelle le service n'était pas possible ; toujours avec les lunettes.

Pour l'*astigmatisme*, la discussion a été plus longue; car en présence de la difficulté de trouver des verres, puis de les placer et de les conserver en place, il semblait peu pratique de faire soldats les astigmatiques. Ils ne devront pas être acceptés si, correction faite avec les verres cylindriques, l'acuité est inférieure à $\frac{2}{5}$ ou $\frac{1}{4}$ c'est-à-dire, entre 5 et 8 vingtièmes.

Prévoyant le cas peu probable, nous en avons l'assurance, où quelques gouvernements refuseraient d'accepter les lunettes dans les rangs, le Congrès a dû cependant prendre des décisions dans cette hypothèse.

Nous prierons le lecteur de se reporter à la proposition émise plus haut, dans laquelle la limite $\frac{1}{30}$ paraitrait à peine suffisante pour garder des myopes sans verres.

Après plusieurs propositions qui, toutes avaient pour but de forcer, pour ainsi dire, la main aux conseils militaires (Maurice Perrin $\frac{1}{20}$ à $\frac{1}{24}$) le chiffre $\frac{1}{12}$ (3 du nouveau système métrique) a été admis, en faisant bien remarquer, qu'en descendant même à ce degré, on ne saurait avoir que des sujets incapables de rendre de bons services.

Or, comme tout individu à 20 ans, pourrait à peu près se rendre myope à un degré aussi faible, il est vraisemblable que, d'après ces avis du Congrès, les gouvernements seront obligés de revenir à la myopie, $\frac{1}{7}$ à $\frac{1}{8}$ avec correction, comme limite d'exemption.

Pour l'*hypermétropie sans lunettes*, le chiffre est le même qu'avec la correction, c'est-à-dire $\frac{1}{6}$.

L'astigmatisme non corrigé par les verres, sera motif d'exemption dans les cas où l'acuité visuelle sera descendue *au-dessous de* $\frac{1}{8}$.

Telles sont à peu près les conclusions formulées dans cette réunion internationale et unique, on peut le dire, dans les annales de la science. Ecartant toutes les discussions particulières à l'organisation de chaque Etat, le Congrès n'a point voulu, non plus, entrer dans l'application des lois qu'il a établies. Il n'a pas fait la distinction entre le service actif et le service auxiliaire, persuadé qu'il y avait là un véritable danger, une porte ouverte aux abus, à l'inexécution des ces propositions; et les orateurs français ont surtout démontré les inconvénients de cette division.

D'autres assemblées auront à s'occuper des meilleurs moyens de rechercher la notion exacte des défauts de la vision devant les Conseils de révision ; mais en présence de législations différentes dans les divers Etats, la durée des assises scientifiques de Bruxelles ne permettait pas d'aborder la question.

Après les séances consacrées à cette discussion, d'autres communications importantes ont été faites sur des sujets variés. Au moment où nous avons quitté Bruxelles, l'une des plus intéressantes était celle de Donders, sur l'usage du système métrique, désormais adopté pour l'ophthalmologie dans l'évaluation des quantités de réfraction.

Nous avons nous-mêmes montré au Congrès des préparations histologiques de la rétine qui, faites suivant les méthodes du Collége de France, ont mérité les approbations des micrographes anglais, danois et allemands, en prouvant que nous étions en ligne pour ce genre d'études.

Nous reviendrons du reste, plus amplement sur ces différents points.

En terminant cette analyse, il nous est tout particulièrement agréable de rendre hommage à la sympathie avec laquelle les représentants français, au Congrès de Bruxelles.

ont été accueillis par les médecins de la Belgique et les habitants de la capitale. Les salons de l'Hôtel-de-ville et les demeures particulières ont été ouverts aux membres du Congrès, et dans toutes ces réunions publiques, privées ou scientifiques, les cœurs étaient dans les mains qui se serraient.

D'autres rendront un hommage plus autorisé aux organisateurs de cette grande fête scientifique, à son illustre président, mais que M. le secrétaire-général, M. le professeur Warlomont, veuille bien recevoir ici une partie du tribut de reconnaissance que lui gardent désormais les adeptes de l'ophthalmologie. (1) F. PONCET (de Cluny).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 septembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

La séance a été tout entière occupée par deux lectures, l'une de M. Jolly, sur l'influence de la volonté dans les maladies ; l'autre de M. Delasiauve, à propos d'un cas de prétendue monomanie religieuse, sur la classification des maladies mentales qu'il a proposée depuis longtemps.

Ni l'une ni l'autre de ces communications peut être analysée ; elles méritent cependant, surtout la dernière, d'être signalée.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 avril. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Croup laryngé d'emblée. Endocardite, secondaire. Infarctus pulmonaires et cutanés ; par Henry C. DE BOYER, interne.

Le 10 avril 1875, entre, salle Sainte-Catherine, (service de M. Bouchut), P..... Joséphine, âgée de 6 ans. Il y a une semaine environ que l'enfant a quitté le service de M. Archambault où elle était atteinte de coqueluche ; elle était allée à la maison de convalescence d'où on la renvoie. Accès de suffocation la nuit précédente.

Etat à l'entrée : l'enfant est robuste ; elle tousse en coqueluche, mais même après la quinte, la gêne respiratoire ne semble que peu prononcée ; l'état général est bon. La teinte rosée des téguments, l'absence de fausses membranes dans la gorge tendent à éloigner l'idée du croup ; il existe cependant un léger état fébrile, la toux et la voix sont éteintes, un petit groupe de ganglions est situé à la hauteur du larynx du côté gauche, il y a de l'expiration active sans tirage. P. 111.

Auscultation. a) du larynx. — Bruit sifflant à l'inspiration ; bruit de râle à l'expiration ; le timbre de ces bruits est humide. *b) du poumon.* — Diminution du murmure vésiculaire des deux côtés ; râles sous-crépitants à gauche, en un point où l'on trouve de la submatité. *c) du cœur.* — Pas de bruits anormaux. — Trait. Tartre stibié, 0 gramme, 025.

10 *au soir.* Même état, pas d'accès de dyspnée. La malade ne mange plus et paraît plus fatiguée.

11 *avril.* Dans la nuit la gêne respiratoire s'est prononcée ; un accès de suffocation très-violent se manifeste à 6 heures du matin ; la malade est défaite, pâle, un peu cyanosée. — Il y a une complète insensibilité ; le tirage est bien évident. La trachéotomie est pratiquée.

En introduisant la canule on est obligé de retirer avec les pinces une fausse membrane de près de 6 centimètres ; *à 8 heures du matin*, l'enfant va beaucoup mieux, elle mange un peu, la cyanose a disparu et la sensibilité cutanée est revenue : la respiration est régulière (30 par minute ;) on l'entend également des deux côtés ainsi que quelques râles muqueux aux deux bases. Pouls 99. — 10 *avril.* L'enfant dépérit rapidement ; albumine dans les urines, épistaxis le soir ; mort à 1 heure du matin.

AUTOPSIE. — Enfant bien constituée. Deux infarctus sur les membres inférieurs ; ils se présentent sous la forme de petites taches ecchymotiques, siégeant dans le tissu cellulaire souscutané, sur la face externe des cuisses en un point où l'on ne constate ordinairement pas d'ecchymoses sur les cadavres.

Le pharynx, le voile du palais, les amygdales sont un peu rouges, mais ne présentent pas de fausses membranes ni d'ulcérations.

Larynx. L'épiglotte et les cartilages aryténoïdes sont légèrement tuméfiés ; en ouvrant le larynx on trouve une fausse membrane molle et épaisse qui obstrue le canal aérien et commence au niveau des ventricules ; cette fausse membrane se détache facilement de la muqueuse sous-jacente qui ne présente pas d'ulcérations et est seulement assez pâle. La trachée et les bronches sont obstruées par des mucosités.

Poumons. Ils sont emphysémateux dans les lobes supérieurs, congestionnés et parsemés d'ecchymoses dans les lobes inférieurs. Au sommet du poumon droit on constate un petit noyau d'apoplexie, dur et de forme pyramidale dont la base est souspleurale et dont le sommet aboutit à une bronche et à une artériole. Cet infarctus contraste nettement avec le reste du parenchyme pulmonaire qui est un peu congestionné, mais crépite bien et surnage, tandis que le noyau précédent va au fond de l'eau et qu'on ne peut en exprimer d'air ni de liquide par la pression : dans l'épaisseur du poumon droit on retrouve quelques noyaux semblables. Dans le poumon gauche on constate de l'emphysème vésiculaire du lobe supérieur et une hépatisation prononcée du lobe inférieur. Sur une coupe, on voit nettement des noyaux apoplectiques marbrant la surface hépatisée et entourés par de la pneumonie. Tous ces infarctus ont une forme pyramidale ; les sommets des pyramides tendent vers le hile du poumon, tandis que les bases sont situées à la périphérie ou dans la scissure interlobaire. A la coupe on trouve quelques fausses membranes canaliculées dans les bronches, et on ne peut retrouver de caillots dans les branches de l'artère pulmonaire, au moins dans celles d'un certain calibre. Sous la plèvre on trouve quelques taches ecchymotiques dont on peut chasser le sang par la pression, et qui semblent tenir à un autre mécanisme que les infarctus signalés plus haut.

Quelques cuillerées de liquide séreux dans le *péricarde.* Le *cœur*, assez volumineux, présente à la coupe un reflet graisseux ; dans les cavités existent un grand nombre de caillots de nature différente. Ceux du ventricule gauche sont principalement cruoriques, noirs, tachant les doigts et graisseux. Ceux du ventricule droit sont blanchâtres, ambrés, enchevêtrés dans les cordages tendineux ; ils n'ont pas l'aspect des concrétions sanguines bien anciennes, mais n'ont cependant pas l'aspect de caillots purement décolorés que l'on observe souvent dans les ventricules ; ils ont dû être battus pendant la vie, car on trouve à leur surface une couche tomenteuse analogue à celle que l'on constate dans l'exsudat des péricardites récentes ; ils sont feuilletés, villeux, enchevêtrés dans les colonnes charnues auxquelles ils adhèrent assez intimement ; leur friabilité est considérable, et ils ne s'arrachent pas d'une seule pièce comme les longs caillots que contient le ventricule gauche.

La tunique interne du cœur est altérée ; sur le bord de la valvule mitrale et sur les sigmoïdes aortiques ainsi que sur la tricuspide on trouve un feston rouge bien différent de l'imbibition. En outre, ces valvules sont épaissies à leur bord libre ; elles forment de petits bourrelets festonnés et veloutés. Notons cependant l'absence de vascularisation à leur surface. Cette rougeur ne s'étend pas au reste de l'endocarde et ne se retrouve pas dans les gros vaisseaux. Dans la gaîne de l'aorte thoracique, dans celle aussi des carotides on trouve des hémorrhagies punctiformes. *Foie, rate, reins, cerveau*, sains. Une ecchymose dans le cuir chevelu.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante : 1° comme cas de croup d'emblée et en raison des difficultés de diagnostic.

2° Il y a eu, pensons-nous, endocardite secondaire et production de caillots qui ont causé par embolisme les infarctus pulmonaires, cutanés et de la gaîne des vaisseaux. Dans plusieurs cas de croup nous avons observé récemment des lésions semblables, tandis que, pendant la vie des malades, on entendait des souffles passagers se produire.

Nous croyons donc avoir eu affaire à cette variété d'endo-

(1) Nous signalerons aussi parmi les curiosités les plus agréables qu'il nous a été permis de constater pendant les loisirs du Congrès, une modification toute particulière des eaux d'Enghien, obtenue par l'honorable et très-sympathique bourgmestre de Charleroi.

cardite qui accompagne quelquefois le croup, que Bridger (1863) a rencontrée 14 fois sur 15 autopsies, affection considérée par M. Bouchut comme très-fréquente et qui fait l'objet des thèses de MM. Labadie — Lagrave (1872) et Robinson — Beverley (1872).

M. CHARCOT. Les lésions de l'endocarde ne présentent pas de caractères bien saisissants. Plusieurs pièces de ce genre ont déjà été présentées à la Société, mais n'ayant pas été suffisamment étudiées peut-être, n'ont pu servir à élucider la question.

M. LÉPINE. La présence de caillots fibrineux dans les cavités cardiaques est un fait presque constant dans le croup ; mais il est douteux qu'ils se soient formés pendant la vie et qu'ils aient déterminé des accidents ou précipité la mort. A l'époque où a paru la thèse de M. Beverley, j'ai consulté quarante observations que j'avais recueillies; j'y avais noté, dans presque toutes, cette particularité.

24. Atrophie des testicules; par P. RECLUS, aide d'anatomie.

Voici deux testicules trouvés à l'Ecole pratique, sur un sujet de 24 ans. Si je les présente à la Société, c'est qu'il me paraît difficile d'en observer de plus petits. Je ferai remarquer en effet qu'ils avaient accompli leur migration et étaient, tous les deux, descendus dans les bourses.

Le testicule gauche est plus volumineux que le droit ; le diamètre vertical est de 16 millim., le diamètre transverse de 8 millim., et l'antéro-postérieur de 10. Le testicule droit mesure 12 millim. dans son diamètre vertical, 8 dans l'antéro-postérieur et 6 dans le transverse. Quoique fort peu développés d'une manière absolue, les épididymes sont relativement plus gros que les testicules dont ils égalent presque le volume.

Il ne paraît pas s'agir ici d'une atrophie, mais plutôt d'un arrêt de développement. Les tubes séminifères ont un aspect normal; ils peuvent se dérouler facilement. Il en est de même des canaux de l'épididyme. Le liquide blanchâtre obtenu par la compression du canal déférent ne contient pas de spermatozoïde. J'ajouterai que le sujet était d'apparence débile. Le système musculaire, surtout dans les membres inférieurs, était très-atrophié.

BIBLIOGRAPHIE

De l'angine superficielle scrofuleuse chronique; par J. LEMAISTRE. — br. in 8 de 50 pages. Delahaye.

M. Lemaistre donne le nom d'angine superficielle scrofuleuse chronique à une affection qui est caractérisée par la présence de croûtes sèches, dures, minces, sur la paroi postérieure du pharynx; au-dessous de ces croûtes il n'y a pas d'ulcérations, mais simplement un gonflement de la muqueuse. Les symptômes fonctionnels manquent presque toujours. Il n'y a pas de phénomènes généraux.

Ce sont donc les signes locaux qui ont la plus grande importance. Lorsqu'on examine la gorge, on trouve la face inférieure du voile du palais, les amygdales et les piliers parfaitement sains ; mais dès qu'on regarde la paroi postérieure du pharynx, on y trouve des lésions très-accentuées et différentes suivant qu'on l'examine dans la partie inférieure ou dans la partie supérieure.

La partie supérieure est recouverte de petites croûtes minces, sèches, brunes, recoquevillées sur leurs bords qui occupent toute la largeur de la face postérieure du pharynx. Ces croûtes s'arrêtent brusquement à l'endroit où le voile du palais vient s'appliquer dans les mouvements de déglutition, sur la paroi postérieure du pharynx. Elles forment à cet endroit une ligne nettement tracée. Au-dessous de cette ligne de démarcation, c'est-à dire dans la partie inférieure du pharynx, on ne trouve plus de croûtes, mais la muqueuse pharyngée est rouge sombre, boursoufflée et présente çà et là quelques rares granulations. Ces signes vont en diminuant à mesure qu'on approche des voies respiratoires inférieures.

On n'observe jamais de lésions laryngées; c'est la partie nasale du pharynx qui est le siége du mal. La partie postérieure du pharynx, la face supérieure du voile du palais, sont toujours et plus particulièrement atteintes; c'est là que l'inflammation se cantonne; c'est de là qu'elle s'irradie vers les fosses nasales; c'est là où elle persiste le plus longtemps et où, après un traitement prolongé, lorsque les lésions des fosses nasales ont disparu, on la retrouve encore.

M. Lemaistre n'hésite pas à ranger cette maladie dans le cadre des affections scrofuleuses, parce qu'elle ne se présente que chez les scrofuleux et qu'elle a la marche et les caractères des affections strumeuses.

Le traitement de cette maladie est long; il faut, en effet, par le traitement local (gargarisme, badigeonnages, insufflations, irrigations, douches, etc.), atteindre les parties malades et les modifier, mais encore il faut refaire la constitution par un traitement général antiscrofuleux.

Sobrement écrit, exposé avec soin, le travail de M. Lemaistre sera consulté avec fruit et jettera quelque clarté sur ce sujet encore si obscur, qui a trait à l'étude des angines chroniques. G. PELTIER.

57. Mixture expectorante.

Poudre de polygala.........	8 grammes.
Ipéca pulvérisé..............	4 —
Eau bouillante..............	180 —
Faites infuser, filtrez et ajoutez :	
Miel fin....................	60 —

A donner par cuillerées à café, au début de la bronchite, pour faciliter l'expectoration.

58. Poudre contre le coryza (Van den Corput).

Sous-azotate de bismuth......	8 grammes.
Benjoin pulvérisé...........	4 —
Chlorhydrate de morphine....	10 centig.

Mêlez avec soin et divisez en 2 paquets,

Dans le coryza, priser chaque jour un ou deux paquets.

Enseignement médical libre.

M. le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles recommencera, le 4 octobre, son cours préparatoire au troisième examen de doctorat et au premier de fin d'année : herborisations, plantes fraîches, épreuves pratiques aux jardins de botanique. Durée du cours *six* semaines, *deux* heures par jour.

S'adresser chez M. le Dr Lelorain, 9, rue Bertin-Poirée, de 4 à 5 heures.

MORTALITÉ A PARIS. — Population, 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 24 septembre 1875, on a constaté : 801 décès; savoir : variole, » ; — rougeole, 8; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 25; — érysipèle, 5 : — bronchite aiguë, 22; — pneumonie, 26; — dysseuterie, 3 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 21 ; — choléra nostras, 1 ; — angine couenneuse, 9; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 11 ; — autres affections aiguës, 263 ; — affections chroniques, 348, dont 147 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 19 ; — causes accidentelles, 23.

LONDRES. — Population, 3,445,160 habitants. Décès du 12 au 18 septembre 1,338. Savoir: variole, » ; — rougeole, 15 ; — scarlatine, 82 ; — fièvre typhoïde, 16; — érysipèle, 5 ; — bronchite, 76 ; — pneumonie, 52; dyssenterie, 3 ; diarrhée, 147 ; — choléra nostras, 1 ; — diphthérie, 9 ; — croup, 5 ; — coqueluche, 50.

Les membres du jury du concours de l'internat, dont la première épreuve aura lieu le lundi 11 octobre, ont été désignés pour le sort, comme il suit :

MÉDECINS.		CHIRURGIENS.	
MM.		MM.	
Juges	Duguet.	Juges	Richet.
	Delpech.		Maisonneuve.
	D'Heilly.		Guéniaux.
	Lancereaux.		
MM.		MM.	
Suppléants	Ferrand.	Suppléants	Lucas-Championnière.
	Bouchut.		Cruveilhier.
	Charcot.		Voillemier.
	Vidal.		Duplay.
	Dujardin-Beaumetz.		

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury pour le concours de l'externat est ainsi composé: MM. Lépine, Grancher, Liouville, Gillette, Le Dentu, Périer.

On lit dans l'*Echo du Nord :*

Nous tenons de source certaine des renseignements précis sur les offres faites par l'université catholique en création à Lille, à l'administration des hospices, pour s'assurer la clinique de l'hôpital Sainte-Eugénie, et sur l'accueil fait à ces offres par la commission des hospices de Lille.

L'Université catholique a offert 140,000 francs pour l'ouverture de *deux* pavillons de l'hôpital Sainte-Eugénie, dont la clinique lui serait réservée. L'Université prendrait à sa charge les honoraires des médecins chargés du service. Dans le cas où, ses offres acceptées, l'Université, pour une cause quelconque, ne pourrait se constituer, les 140,000 francs versés par elle resteraient acquis aux hospices.

Dans une séance tenue samedi dernier, sous la présideuce de M. le maire de Lille, la Commission a décidé, sans qu'aucune opposition ait été soulevée dans son sein, l'acceptation des offres de l'Université, sous cette réserve que le chiffre des 140.000 francs est un strict minimum, qu'on s'efforcera de faire élever dans une certaine mesure.

ECOLE DE MEDECINE D'ANGERS. — M. le Dr Mottais est institué chef des travaux anatomiques pour une période de dix années. M. le Dr Guiet est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf années.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Boissarie (Gustave), médecin du collége de Sarlat, correspondant de l'Académie de médecine, cours d'hygiène au collége ;

Le docteur Caussé, ancien professeur d'accouchement à l'hospice de Toulouse ;

Delalain (Pierre Charles), inventeur d'appareils de chirurgie, lauréat de la Faculté de médecine de Paris ;

Gissain, architecte de la Faculté de médecine de Paris, inspecteur des bâtiments des facultés.

M. le Dr Ozanne est nommé médecin du lycée de Versailles, en remplacement de M. le Dr Rémilly, démissionnaire.

M. le Dr Paris est nommé médecin-adjoint du lycée de Versailles, en remplacement de M. le Dr Ozanne.

VACANCES MÉDICALES. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10.000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à quatre heures.

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies par BOURNEVILLE. Tome Ier : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques, — Hystéro-épilepsie, etc. 2e *édition*. Vol. in-8 de 428 pages avec 27 figures dans le texte. 9 planches en chromo-lithographie et une eau-forte. Prix : 12 francs.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Medecine.

CORDIER (S.). Catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole. In-8 de 44 p. 1 fr. 50.

DUQUESNAY (O.-P.) Du staphylome opaque et de son traitement. In-8 de 54 p. 1 fr. 50.

DUBOUÉ (de Pau). De quelques principes fondamentaux de la thérapeutique. In-8 de 150 p. 2 fr. 50.

DEBOUZY (A.). Considérations sur les mouvements de l'iris. In-8 de 59 p. 1 fr. 50.

DUCHAMP (L. G.) Du rôle des parasites dans la diphthérie. In-8 de 43 p. 1 fr. 50.

DE FLEURY (A.). Leçons de thérapeutique générale et de pharmacodynamie. In-8 de 720 p. 8 fr.

GUILLAUME (Ch.). Tumeurs malignes du maxillaire supérieur, cancer de cet os. In-8 de 63 p. 2 fr.

MAILHETARD (G.). Contribution à l'étude de la gale. In-8 de 54 p. 1 fr. 50.

MAURIAC (Ch.) Traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles. In-8 de 20 p. 1 fr.

ROUSSEAU (L.-J.). Des urines ictériques et pseudo-ictériques. In-8 de 125 p. 2 fr. 50.

TARTENSON. Nouveau traitement de la blenuorrhée. In-8 de 62 p. 1 fr.

TAMIN-DESPALLES. Eaux minérales de Contrexeville. In-8 de 38 p. 1 fr.

TRIDON (E.) Essai sur les signes du diagnostic de l'insuffisance mitrale. In-8 de 66 p. 1 fr. 50.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

MAURIAC (E.) et VERDALLE (H.). Etude médicale sur l'extatique de FOUTET. In-8 de 70 p. 2 fr.

Librairie O. DOIN, 2, rue Antoine-Dubois.

GOUX (J.) Du traitement de la pierre, de la gravelle, etc. au moyen de nouveaux dissolvants de l'acide urique, in-8° de 24 pages, 1 fr.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole de-Médecine.

BLUM (A.). Des arthropathies d'origine nerveuse, in-8°, de 107 p., 3 fr. 50.

FRAUX (L.). Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition, grand in-8° de 150 p., 3 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — TYP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 41 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 9 OCTOBRE 1875

Le Progrès Médical

MALADIES DU LARYNX

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — **M. ISAMBERT.**

VIe ET VIIe LEÇON. — Syphilis pharyngo-laryngée (1).

Leçons recueillies par AFFRE et MOIZARD.

SOMMAIRE. — Les idées théoriques ont présidé plus que l'observation directe aux descriptions des auteurs. — Les accidents primaires ne vont pas jusqu'au larynx. — Syphilis secondaire et tertiaire. — Chez les nouveau-nés.— Chez l'adulte. — Elle procède par poussées successives, sans ordre chronologique déterminé, sans coïncidence fixe avec les manifestations cutanées. — Accidents de généralisation précoce ou tardive. — Erythème ou roséole de Cusco. — Plaques muqueuses — Autres éruptions. — Symptômes divers, diagnostic. — Ulcérations syphilitiques superficielles ou graves. — Hypertrophie, gommes ? — Rétrécissements du larynx. — Symptômes généraux. — Marche, durée, terminaison, traitement.

Messieurs,

Nous venons de voir que la plaque muqueuse perdait en partie sur les amygdales son aspect caractéristique, par son mélange avec les produits de sécrétion caséeux ou pultacés de cette glande, et par la rapidité avec laquelle elles tendent à s'éclairer. Ces ulcérations et l'hypertrophie de la glande sont très-longues à amender par le traitement.

En arrivant au larynx même, il semble que les plaques muqueuses perdent encore plus leur aspect typique, au point qu'on peut se demander si cette lésion si spécifique, si commune sur les muqueuses des orifices naturels, ne fait pas défaut dans le larynx lui-même. La plupart des auteurs ont pourtant admis son existence, et l'ont affirmé si haut, et comme une chose si naturelle, qu'on semble soutenir un paradoxe en contestant sinon son existence, du moins sa fréquence. En effet, la plaque muqueuse a été signalée dans le larynx par les fondateurs mêmes de la laryngoscopie : Czermak et Türck ; elle a été décrite depuis par MM. Gerhard et Roth, par MM. Cusco et Dance (2) ; elle l'est encore en ce moment dans un mémoire de MM. Krishaber et Mauriac (3). En revanche, sa présence dans le larynx a été mise en doute par nos collègues, MM. Alf. Fournier (4), Simon Duplay et par nous-même, et cette manière de voir a été développée dans la thèse de M. Ferras (5). Que faut il penser de ces opinions contradictoires ?

D'abord il faut bien poser la question : Que doit-on considérer comme une plaque muqueuse laryngienne ? Suffit-il de rencontrer sur la muqueuse laryngienne une rougeur limitée, plus ou moins arrondie, plus ou moins éraillée ou ulcérée, et coïncidant avec une éruption syphilitique de la peau, ou de la muqueuse bucco-pharyngienne, pour la nommer plaque muqueuse du larynx ? Ce serait résoudre la question par la question, et c'est malheureusement ce que nous paraissent avoir fait dans la grande majorité des cas les partisans de la plaque muqueuse laryngienne. Pour nous, nous pensons qu'il faut réserver ce nom à une lésion présentant les mêmes caractères morphologiques que la plaque muqueuse des muqueuses génitales de la bouche, ou du voile du palais ; c'est-à-dire, à des *plaques de forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire*, faisant au-dessus des parties voisines *une saillie légère*, circonscrite par un *bord un peu plus saillant que le centre, qui est déprimé*. De plus cette surface *d'une couleur grise opaline*, est légèrement plissée ou gonflée, et entourée, quand elle est récente, d'une zone inflammatoire plus ou moins intense, brunâtre près du tégument externe et sur les semi-muqueuses, carminée sur les muqueuses internes. Quand elle s'ulcère, elle perd rapidement ses caractères, et pour qu'une ulcération soit reconnue pour une plaque muqueuse ulcérée, il faut que le bord au moins conserve sa saillie, son aspect plissé et sa nuance opaline. Eh bien ! nous disons avec MM. Alf. Fournier. S. Duplay et Ferras, que cet aspect typique se rencontre très rarement dans le larynx, et nous ajoutons qu'on le rencontre quelquefois pour des lésions étrangères à la syphilis.

L'épiglotte m'en fournira quelques exemples, dont l'un a été récemment sous vos yeux. J'avais cru, comme beaucoup de monde, au début de mes études laryngoscopiques, que la plaque muqueuse se montrait souvent sur cet opercule, et notamment sur sa face antérieure et sur son bord libre. Toutefois, en cherchant à préciser mes observations, et en éliminant avec soin les apparences trompeuses, je fus étonné moi-même de ne plus constater de plaques muqueuses sur l'épiglotte, et, en revanche, de reconnaître que chez les tuberculeux, un certain nombre d'ulcérations très-superficielles, très-analogues aux ulcérations tuberculeuses de la langue à leur début, présentent une extrême analogie d'aspect avec la plaque muqueuse typique, dont je viens de résumer les caractères, et notamment offrent comme elle la forme arrondie ou ovalaire, et la teinte grisâtre demi-transparente. J'y fus une première fois complètement trompé, en 1872, lorsque je faisais à l'hôpital de la Charité, comme agrégé de la Faculté, des séances d'exercices pratiques de laryngoscopie. Un malade, d'une classe un peu plus relevée que le commun de notre clientèle hospitalière, présentait au bord libre de l'épiglotte une plaque grisâtre et arrondie, que je montrai comme un type de plaque muqueuse, en annonçant qu'il était fort rare de rencontrer cette lésion aussi nettement dessinée. Le malade opposa à ma manière de voir les dénégations les plus absolues ; il n'avait jamais eu d'antécédents syphilitiques, et, de fait, sur le reste du corps, il était impossible de trouver la trace d'une macule syphilitique quelconque. Je sais que ce genre de preuves fait sourire les sceptiques de l'ancienne école du Midi, aussi je me hâte d'ajouter que, sans tenir aucun compte de cette enquête négative, et en présence d'une lésion qui me paraissait spécifique, je mis résolument ce malade au traitement antisyphilitique (Iodure de potassium hydrargyré; etc.) mais je n'obtins aucune amélioration. Au contraire, le mal parut s'aggraver de semaine en semaine, et je dus suspendre le traitement spécifique. Bientôt, au bout de deux mois environ, l'auscultation des poumons me donna la preuve évidente qu'il s'agissait d'une tuberculose commençante. Le malade fut encore suivi assez longtemps ; au bout d'un an, il était en pleine phthisie laryngée.

Depuis cette époque, la question des érosions tuberculeuses de la langue étant venue à l'ordre du jour de la société médicale des hôpitaux, j'eus l'occasion d'étudier ces lésions sur les malades présentés par mes collègues, ainsi que sur ceux que je recevais dans mon service, et de faire la comparaison entre les érosions superficielles de cet organe, et ces fausses plaques muqueuses de l'épiglotte. Et cependant, prévenu comme je l'étais par ma première erreur, je fus encore, il y a quelques mois, victime de la même illusion pour un malade que plusieurs d'entre vous ont pu voir, et qui suivait nos consultations laryngoscopiques du vendredi. Pendant une quinzaine de jours, je crus

(1) Voyez les numéros 3, 4, 5, 9, 12, 14, [illegible].

(2) Dance. *Éruptions du larynx dans la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1864.

(3) Krishaber et Mauriac, *Mém. sur les laryngopathies syphilitiques*, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875, mars, mai, juillet, septembre.

(4) *Leçons sur la syphilis secondaire*, 1 vol. Paris, 1873.

(5) P. Ferras, *De la laryngite syphilitique*. Paris, 1872, chez Delahaye

à la syphilis. La plaque de l'épiglotte était à peine ulcérée, d'un gris transparent, encore un peu rosé. Au bout de ce temps, l'abrasion de la muqueuse devint plus manifeste; d'abord semblable à un coup de râpe, elle commença à se denteler sur les bords, et à présenter ce fonds inégal, formé de petits bourgeons charnus rougeâtres, gros comme de petites têtes d'épingles, et de dépressions grisâtres, un peu caséeuses, qui caractérisent si bien les ulcérations tuberculeuses de la langue et sur lesquelles nous reviendrons



Figure 53.

bientôt en traitant de la phthisie laryngée. Le meilleur caractère distinctif serait, selon nous, l'auréole inflammatoire beaucoup plus étendue, et d'une teinte plus purpurine pour les plaques syphilitiques. La zône périphérique des plaques tuberculeuses est plus étroite et ne forme qu'un liseré d'un rouge plus ou moins foncé. On peut cependant se tromper assez facilement entre des lésions d'aspect si analogue, et il est à croire que cette erreur a été commise plus d'une fois par les personnes qui ont décrit comme fréquentes les plaques muqueuses de l'épiglotte, puisqu'il m'est arrivé de m'y tromper encore après des études assez prolongées sur les diverses ulcérations de la gorge.

Pour en finir avec cette cause d'erreur, disons tout de suite qu'on peut la rencontrer sur les cordes vocales elles-mêmes. Les deux cas qui m'ont paru présenter les apparences les plus évidentes d'une plaque muqueuse sur les cordes vocales, se sont rencontrés chez deux malades de ma clientèle, qui étaient en même temps syphilitiques et tuberculeux, car la phthisie ne donne, hélas! aucune immunité contre la vérole. Chez ces deux malades, la lésion siégeait à peu près au même point, tout-à-fait au bord libre de la corde vocale et empiétait sur la face trachéale de cette corde (Voyez l'image de droite sur la figure 53 ci-dessus). Ces lésions étaient très-fines, et rien ne put les guérir entièrement, ni le traitement mercuriel simple ou associé à l'iodure de potassium, ni les cautérisations directes avec différents topiques tels que le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, ou l'acide chromique (1). Il est donc douteux que ce fussent des accidents syphilitiques, ou du moins que la syphilis y eût la part principale, si on doit admettre que le cumul des deux diathèses soit pour quelque chose dans l'aspect spécial de la lésion.

Ce que nous venons de dire de l'épiglotte me porte toutefois à croire qu'elle peut se produire par le fait seul de la tuberculose. Un autre malade, atteint de même de ces deux maladies combinées, présenta *in extremis* à notre distingué confrère, le Dr Gimbert (de Cannes) auquel je l'avais adressé, une plaque de la luette, absolument semblable à une plaque muqueuse. Nos études récentes sur la tuberculose pharyngée, nous font croire plutôt qu'il s'agissait d'une plaque tuberculeuse simulant une plaque muqueuse, car le malade se mourait en ce moment de la phthisie, et la cause syphilitique, bien que réelle, était ancienne : ce n'était plus l'époque des accidents secondaires. En résumé, la tuberculose produit sur les muqueuses des premières voies des plaques érodées très-semblables aux plaques muqueuses, et il est remarquable que les plaques les plus typiques que j'aie rencontrées, celles qui éveillaient le plus nettement l'idée de plaques muqueuses se sont présentées justement dans des cas mixtes, où une infection syphilitique, déjà assez ancienne était greffée sur une diathèse tuberculeuse en voie d'évolution manifeste.

(1) L'état des poumons ne permettait pas d'insister longtemps sur le traitement antisyphilitique interne On dût après quelques tentatives, se borner aux topiques. L'un de ces malades est mort à Cannes de phthisie laryngée et pulmonaire, deux ans après le moment où j'avais eu l'occasion de le traiter. Le second vit encore, mais il est dans un état très-grave.

Revenons aux plaques muqueuses du larynx proprement dit.

Les voit-on au-dessous de l'épiglotte, sur les éminences aryténoïdiennes, et sur les cordes vocales vraies? Nous avons cité les autorités qui ont répondu par l'affirmative. Dans la thèse de M. Dance, qui résumait l'enseignement clinique de M. Cusco, on trouve notés 7 cas de plaques muqueuses laryngées sur 13 observations de syphilis hâtive. Sur 16 observations de syphilis tardive, l'auteur ne trouve plus que 5 cas de plaques muqueuses, qui apparaissent sous forme de plaques grisâtres, principalement sur les éminences aryténoïdiennes.

Même en admettant les données de l'auteur, nous sommes étonnés de trouver cette proportion dans des cas de syphilis tardive, car plus le temps s'écoulera, plus cette forme de la lésion spécifique devient rare, et, c'est ici le cas d'invoquer cette loi posée par M. Bazin, que jamais une diathèse ne revient complétement sur ses pas, et qu'elle ne passe pas d'une lésion ancienne à une manifestation appartenant à une période antérieure.

Il y aurait lieu d'ailleurs de reprendre et de critiquer de près les assertions de cet auteur trop préoccupé d'établir des relations de coïncidence ou d'identité entre les manifestations cutanées et les manifestations laryngiennes, identité que l'expérience n'a pas justifiée.

Gerhard et Roth (1861) admettaient aussi la plaque muqueuse laryngienne dans une proportion de 8 cas sur 54 observations, et M. Rollet a répété l'assertion de ces différents auteurs dans l'article *syphilis laryngée* du *Dictionnaire encyclopédique* et déclaré que « les plaques muqueuses ne sont pas rares dans le larynx. »

Toutes ces descriptions ont été critiquées une à une et discutées de près par un de nos anciens internes, M. le Dr P. Ferras (de Bagnères-de-Luchon) qui, dans sa thèse inaugurale (citée ci-dessus), a réfuté la doctrine du parallélisme et de l'identité des éruptions cutanées et des éruptions laryngées, et est arrivé à nier presque absolument l'existence de la plaque muqueuse. M. Ferras se basait sur les observations qu'il avait pu faire dans notre service, et dans ceux de nos collègues, MM. Alfred Fournier et S. Duplay, et sur de nombreuses recherches personnelles faites par lui aux hôpitaux du Midi, de Lourcine et Saint-Louis.

MM. Krishaber et Mauriac ont repris cette question dans un mémoire récent (cité ci-dessus) et cherché à rétablir la réalité de la plaque muqueuse laryngienne. Sans doute la position de l'un des auteurs dans un hôpital spécial de vénériens, et l habileté bien connue de son collaborateur comme laryngoscopiste, donnent à leur travail une grande autorité. Et cependant, en analysant de près leur mémoire, il est impossible de ne pas faire encore quelques restrictions. D'abord sur le vaste champ de l'hôpital du Midi, pendant tout un hiver, les deux auteurs n'ont recueilli en tout que 14 observations de laryngopathies syphilitiques et sur ces 14 cas, ils auraient trouvé 10 fois des plaques muqueuses sur la muqueuse laryngée. Mais en vérifiant le compte de ces cas sur les observations détaillées et sur le tableau qui les résume, on reconnait que ce nombre n'est pas exact (1), ou que les auteurs se sont fait quelque illusion sur la valeur des observations qu'ils nous présentent. En effet, les cas, où les plaques muqueuses sont réellement décrites d'une manière satisfaisante ne sont qu'au nombre de 2 (Observ.

(1) Les observations VIII et IX doivent être tout-à-fait rayées. La plaque muqueuse n'y est qu'une hypothèse. Dans les observations I et II, il s'agit d'ulcérations, mais il est douteux qu'elles succèdent à des plaques muqueuses. Dans les observations V et VI, les soi-disant *plaques muqueuses végétantes* sont des capsules ou des bourgeons qui n'ont aucun des caractères de la plaque muqueuse, et chez des sujets dont l'un au moins (observation VI) offre un cumul de phthisie et de syphilis. Restent donc deux observations bonnes (observations III et IV), une assez bonne (observation VIII) et une passable (observation X), où il ne paraît guère douteux que les ulcérations aient succédé à des plaques muqueuses.

III et IV) ; dans deux autres (Obs. VII et X), on peut, malgré des descriptions imparfaites, admettre encore qu'il s'agit de plaques muqueuses ulcérées Mais, dans les 6 autres, les objections les plus sérieuses peuvent être faites aux auteurs que nous citons.

Il s'agit d'ulcérations, d'érosions, de pertes de substance, d'oedèmes ou de bourgeons charnus, et non plus de plaques caractéristiques ; si les auteurs admettent que ce sont des plaques muqueuses, ou qu'elles ont succédé à des plaques muqueuses, ce n'est évidemment qu'à cause de la coïncidence de plaques muqueuses signalées dans d'autres régions. Ainsi ce sont des hypothèses, c'est une pétition de principe qui guident leur interprétation au lieu de *caractères objectifs* nettement décrits d'où devait sortir la démonstration.

Enfin, les auteurs ne semblent pas avoir entrevu la cause d'erreur que je vous signalais ci-dessus, c'est-à-dire la présence de la tuberculose. Or, un de leurs malades (Obs. VI) est certainement un phthisique, il a eu de la toux, des sueurs nocturnes, et des hémoptysies : un autre (Obs. V) a également eu un catarrhe laryngo-trachéal rebelle, et chez tous deux le traitement anti-syphilitique, ordinairement si efficace, reste sans effet. J'ai rapporté plus haut les cas où ce cumul de diathèses m'avait induit en erreur : mes confrères ont donc pu y tomber comme moi, surtout à l'hôpital du Midi, où le médecin, tout à l'étude des maladies vénériennes, doit oublier assez facilement les états thoraciques peu prononcés encore, et où les malades sont si vite perdus de vue qu'on ne sait guère ce qu'ils deviennent quelques semaines après.

Ainsi, quatre cas seulement, sur plusieurs centaines de malades que ces médecins ont été à même d'observer à l'hôpital du Midi ! Aussi, même en acceptant le chiffre de dix, qu'ils ont cru trouver, les auteurs sont obligés de reconnaître l'extrême rareté dans le larynx d'une lésion si commune autour des orifices naturels. Mais n'y eût-il qu'une observation bien authentique, elle suffirait pour faire dire avec eux que la plaque muqueuse « ne fait pas défaut dans le larynx et que la muqueuse laryngée ne possède pas d'immunité contre une pareille lésion. » (Mém. cité, p. 58, l. 18 et suivantes). Nous accordons cela, et nous n'avons jamais été aussi absolu que M. Ferras dans notre négation. Mais si la lésion, ou l'apparence morphologique connue sous le nom de plaque muqueuse, peut se présenter dans le larynx, elle y est très-rare : c'est ce que démontre le travail même de MM. Krishaber et Mauriac. De plus, même en admettant comme démontrées toutes les données de leur mémoire, il en résulterait que la plaque muqueuse n'est qu'une lésion de courte durée, remplacée très-vite par des ulcérations. Il ne faut pas trop s'étonner de lui voir perdre en cette région son aspect typique. Plus on pénètre dans les cavités des voies respiratoires, plus la température devient constante, plus aussi devient efficace cette humidité continuelle de l'air expiré des poumons, qui met les lésions laryngées dans une situation analogue à celle où seraient les lésions cutanées placées sous l'action de cataplasmes répétés, ou sous celle d'un bain de vapeur indéfini. Enfin, nous ajouterons, qu'en tant que caractère morphologique, la plaque muqueuse n'a pas de valeur absolue dans le larynx, puisque les plaques les plus caractéristiques en apparence que nous ayons rencontrées, existaient chez des sujets qui étaient à la fois phthisiques et syphilitiques, et que chez des sujets simplement phthisiques, il y a des érosions superficielles qui ressemblent à s'y méprendre à la plaque muqueuse. Nous ne pouvons donc admettre avec Krishaber et Mauriac (Ibid. p. 266) que la plaque muqueuse du larynx soit une lésion caractéristique de la syphilis, et qu'elle ne peut appartenir qu'à la période secondaire.

Nous venons de voir combien l'identité morphologique ou anatomo-pathologique est difficile à établir. Il l'est encore plus peut-être de préciser la question de coïncidence ou de parallélisme avec les autres manifestations syphilitiques. Le travail même de nos confrères prouve que ce parallélisme n'existe pas, et ils le reconnaissent eux-mêmes (Ibid. p. 266), d'abord à cause de la rareté des faits qu'ils ont pu recueillir, comparée à l'immense fréquence de la plaque muqueuse extérieure; ensuite, parce que, même dans les observations qu'ils ont rapportées, (admettons-les ici toutes les dix pour exactes) la coïncidence des plaques laryngiennes avec des plaques muqueuses dans d'autres régions manque dans 4 cas sur 10. Dans ces cas, quand les plaques apparaissent sur le larynx, elles ont cessé d'exister autre part, ou n'ont jamais existé. C'est ce que M. Lasègue avait déjà noté pour le pharynx: il y a des cas où l'éruption interne existe sans éruption cutanée, et des cas (infiniment plus nombreux, selon nous) où l'éruption cutanée existe sans éruption interne.

Quant à l'époque où se montrent ces plaques muqueuses laryngées si rares, quant à la relation avec l'âge de la syphilis , on voit d'après le tableau de MM. Krishaber et Maurice que cette époque varierait depuis deux mois jusqu'à onze mois, et que ce serait toujours un accident secondaire. Nous n'avons pas de relevé statistique à opposer au leur, mais rappelons-nous que la plaque muqueuse laryngienne étant pour nous plutôt une apparence morphologique qu'une lésion caractéristisque, peut se montrer à une époque beaucoup plus tardive chez les sujets à la fois phthisiques et syphilitiques, et dure encore à une distance de 3 à 5 ans.

Nous venons de traiter assez longuement de la plaque muqueuse, et de montrer, à propos de cette lésion si facilement admise autrefois, combien se trouvait en défaut l'idée préconçue qu'on s'était faite du parallélisme et de l'identité des lésions cutanées et des lésions laryngées. Nous allons trouver cette idée encore plus problématique, encore plus chimérique en ce qui touche les autres manifestations de la syphilis laryngienne. Problématique et chimérique en tant que lésions identiques à telle ou telle syphilide cutanée, qu'on nous entende bien ! c'est là tout ce que nous voulons dire, car, que des manifestations laryngiennes correspondent à une syphilis généralisée, cela est incontestable. C'est ce que l'on va voir dans la revue rapide à laquelle nous allons nous livrer, de ces différentes lésions, sans nous occuper, pour le moment, de leur date précise d'apparition, désireux que nous sommes d'épuiser tout de suite la question morphologique de ces lésions. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. G. HAYEM**. agrégé, suppléant M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

CINQUIÈME LEÇON. — 15 avril 1875.

Messieurs,

La malade atteinte de gangrène a succombé avant-hier malgré l'amputation faite le 6.

Voici les phénomènes qu'elle a présentés dans le service de M. Gosselin; je vous les expose d'après les notes que M. Ozenne a bien voulu me transmettre.

Après l'amputation, la plaie pansée avec des compresses imbibées d'eau phéniquée, a offert d'abord un bon aspect; puis, dans les trois derniers jours elle est devenue grisâtre et elle a donné lieu à une suppuration un peu fétide.

L'état général a été assez rapidement en s'aggravant. La température de 39° à 39°,2 avant l'opération a oscillé après entre 39 et 39°,6. La fièvre a donc peu augmenté, mais le pouls est devenu plus rapide ; on a compté de 120 à 136 puls., puis de 140 à 152.

Les phénomènes nerveux ont acquis une intensité considérable; la malade était d'une excitabilité extrême ; l'hyperesthésie cutanée, d'abord limitée aux membres inférieurs, s'était étendue le 8 avril à toute la surface du corps, et le moindre attouchement ou même simplement la vue

(1) Voir les nos 30, 32, 33, [illegible], 36, 37 et [illegible]8.

des instruments de pansement faisait pleurer la malade ou lui arrachait des cris. Dans la jambe droite, elle ressentait constamment des douleurs spontanées plus ou moins vives et elle avait du délire et de l'agitation la nuit. La diarrhée, qui avait presque complètement disparu, devint plus abondante.

Du côté du cœur, les signes que nous avons constatés pendant le séjour de la malade dans notre salle persistèrent. On entendait toujours au premier temps un souffle d'une intensité variable, et M. Ozenne en a placé le maximum à la base.

Le 10 avril l'état de la malade était des plus graves. Les battements cardiaques restés assez nets jusque-là, devinrent faibles; le pouls était petit, dépressible, irrégulier, et le souffle cardiaque, paraissait plus intense. De plus, la respiration jusque-là assez libre était très-rapide. Cet état ne fit que s'aggraver les jours suivants, et la malade succomba dans la nuit du 12 au 13.

Messieurs, en regard des hypothèses faites pendant la vie, à l'occasion de ce cas si intéressant, nous pouvons maintenant placer les résultats de l'examen nécroscopique.

Mais l'autopsie, cette partie complémentaire de l'observation clinique, malgré les faits matériels qui la composent, n'est pas toujours elle-même d'une interprétation facile.

Je ne veux pas insister sur ce point; je vous préviens néanmoins, qu'après l'étude des lésions considérées en elles-mêmes, nous aurons encore à rechercher quel a été leur mode d'évolution, leur enchaînement, et cette partie de notre tâche nécessitera toute votre attention.

Les organes ont pu être conservés depuis hier sans se putréfier; examinons-les ensemble. Voici, tout d'abord, l'intestin. Les plaques de Peyer ne sont pas ulcérées et on n'y retrouve pas, non plus, les traces d'un travail de cicatrisation. Mais, vers la fin de l'intestin grêle et dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, quelques-unes d'entre elles présentent un aspect chagriné. Les points saillants sont creusés d'une dépression cupuliforme, de couleur brunâtre, qui atteste la présence de pigment sanguin; de plus, un grand nombre de follicules isolés sont gonflés et se présentent sous la forme de grains blanchâtres qui constituent cette sorte d'éruption particulière désignée sous le nom de psorentérie.

Les ganglions mésentériques sont un peu tuméfiés.

Du côté du cœur, nous trouvons des lésions d'une importance extrême. Le péricarde contient un peu de sérosité citrine, mais c'est là une lésion qui se produit probablement dans les dernières heures de la vie, toutes les fois que la circulation cardio-pulmonaire a été gênée pendant quelque temps. Le cœur est d'un petit volume; il n'est recouvert d'aucun exsudat. En ouvrant ses cavités, on n'a trouvé dans les oreillettes que du sang liquide; mais le ventricule gauche était presque complétement rempli par des caillots volumineux qui ont été laissés en place. Le plus important de ces caillots a la grosseur d'environ une noix, il était situé vers le sommet de la cavité et paraissait libre de toute adhérence; toutefois, il est possible que lors de l'ouverture de l'organe avec les ciseaux, on ait détaché son pédicule. Les autres caillots, au nombre de 5 ou 6, sont encore retenus en place par de faibles tractus fibrineux, enchevêtrés dans les colonnes charnues de la pointe. Il suffit de la plus légère traction pour les rendre libres, et on voit qu'au-dessous d'eux plusieurs des espaces limités par les colonnes sont remplis de petites masses fibrineuses irrégulières.

Les fibres musculaires du cœur sont décolorées, d'une teinte feuille morte; et au niveau du ventricule gauche, particulièrement vers le sommet où les caillots sont accumulés, on remarque sur la surface des coupes deux couches distinctes: l'une externe, d'une couleur pâle, jaunâtre, un peu rosée, et l'autre interne, sous-endocardique, d'une couleur rouge foncé. Cette dernière couche est plus molle, plus grenue, plus friable que la sous-péricardique; elle a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Ces caractères correspondent très-certainement à une altération profonde des fibres musculaires. Nous pouvons affirmer qu'il existe ici une myocardite, lésion que je vous ai décrite dans mes leçons sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. Si nous examinons maintenant les caillots contenus dans le ventricule, nous voyons qu'ils sont arrondis, d'un blanc-jaunâtre à leur surface, inégaux, et qu'ils conservent l'empreinte des colonnes charnues qui ont dû les comprimer longtemps. Lorsqu'on les incise, on voit qu'ils sont formés de couches stratifiées, blanchâtres et l'on trouve à l'intérieur des deux plus gros, une sorte de cavité qui a dû contenir, à un certain moment, une matière caséeuse ou semi-liquide; sur le plus volumineux, cette cavité est déchirée et paraît s'être vidée pendant la vie.

Dans les artères, nous voyons des oblitérations très-étendues. L'aorte est obturée par un caillot qui s'étend depuis sa bifurcation jusqu'au-dessus de l'origine de la mésentérique inférieure. Cette coagulation se poursuit par en bas dans les deux iliaques primitives, les deux iliaques externes, les deux hypogastriques, puis dans les crurales. A droite, la coagulation s'arrête à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la fémorale profonde; à gauche, elle descend au-dessous de la fémorale profonde et s'arrête à quelques centimètres au-dessus du point où l'amputation a eu lieu.

Toutes les branches qui naissent de ces artères oblitérées, notamment l'hypogastrique à droite et à gauche, la crurale profonde à gauche seulement, sont également oblitérées par des caillots; mais ceux-ci ne dépassent pas leur première bifurcation.

Je fais maintenant une section transversale de l'aorte à cinq centimètres environ au-dessus de sa bifurcation, et vous pouvez voir que le caillot qu'elle contient l'oblitère complétement à ce niveau; il se compose de deux parties bien distinctes, une partie centrale, molle, qui se détache facilement, et une partie périphérique, très-dure, formée de couches concentriques et offrant l'aspect et la coloration de la pulpe du marron d'Inde.

L'artère fémorale gauche, également sectionnée, vous montre un caillot de même nature; toutefois, entre la partie périphérique de ce caillot et la paroi artérielle, on voit une ligne rosée qui semble indiquer que l'obturation n'est pas parfaite et qu'un peu de sang pouvait encore passer entre le caillot et la paroi. En outre, la paroi artérielle est un peu épaissie, et nous pouvons admettre qu'il existe en ce point un peu d'endartérite.

D'ailleurs, malgré l'âge peu avancé de la malade, l'aorte, fendue dans toute sa longueur jusqu'à l'endroit oblitéré, contient de nombreuses taches d'un blanc-jaunâtre indiquant une endartérite scléreuse disséminée, déjà un peu ancienne. L'aorte abdominale est la partie la plus altérée: sur les plaques jaunes transversales qu'on y trouve, on aperçoit déjà de petites fissures athéromateuses.

La rate nous offre également des altérations importantes. Le volume de l'organe est augmenté d'une manière très-notable; à sa surface on trouve des plaques dures, saillantes, entourées d'un tissu légèrement ecchymosé.

En incisant ces masses jaunâtres, on voit qu'elles ont une forme conique, à sommet dirigé vers le hile de l'organe; elles sont dures, friables, grenues, jaunâtres, et tout autour d'elles le tissu splénique est légèrement ramolli. Ce sont là des infarctus causés par l'oblitération des artères correspondantes.

Le rein droit est détruit en grande partie, il est volumineux et sur la coupe il présente une série de foyers ramollis, coniques, se confondant en partie et ne laissant entre eux que des ponts de substance saine qui représentent à peine le 5e de l'organe. Ce sont également des infarctus, mais ils sont convertis en un tissu nécrosé infiltré d'un pus fétide.

Le plus volumineux de ces infarctus est constitué par une poche que limite en dehors la capsule fibreuse épaissie, et dans la cavité de laquelle on trouve des débris de tissu rénal flottant dans une bouillie jaunâtre.

Dans le rein gauche, on ne trouve pas les mêmes lésions, mais on voit à la surface des plaques irrégulières, jaunâtres, déprimées, qui répondent à la coupe à des portions

jaunes ou décolorées. Ce sont des infarctus fibrineux, non suppurés ; on en compte 5 ou 6 disséminés au milieu d'un tissu un peu pâle, mais qui paraît sain.

L'artère rénale droite paraît complétement oblitérée par un caillot qui commence un peu avant sa bifurcation et se prolonge dans les deux branches qui en partent ; la capsule du rein contient des artérioles dilatées qui proviennent probablement des artères capsulaires inférieures. A gauche on ne voit pas d'oblitération dans les branches visibles à l'œil nu.

Dans la vessie, il existe une petite plaque de coloration jaunâtre, épaisse d'environ un demi-millimètre, et qui fait corps avec la muqueuse. Cette lésion présente aussi tous les caractères d'un infarctus.

L'autopsie n'a rien montré de particulier dans le cerveau. Quant aux poumons, ils n'offrent pas d'autres lésions que celles qui se rapportent à la congestion hypostatique.

— En rapprochant les lésions révélées par cette autopsie de celles qui existaient dans la jambe amputée, nous aurons l'ensemble de tous les renseignements que peut nous fournir l'anatomie pathologique.

Cet ensemble est complexe, mais ces lésions multiples qui frappent un grand nombre d'organes ne sont certainement pas le résultat de coïncidences fortuites. Elles sont soumises à une loi ; elles sont le résultat d'un certain enchaînement que l'anatomie pathologique doit faire découvrir. Et lorsque le travail de l'anatomiste est guidé par l'observation clinique, le médecin possède alors tous les éléments à l'aide desquels il peut chercher à reconstruire l'évolution organique de la maladie et de ses complications.

Notre diagnostic de fièvre typhoïde n'a pas eu sa preuve anatomique incontestable ; nous pouvions nous y attendre. La malade est morte, en effet, le 54e jour de sa maladie, et par conséquent à une époque où les lésions intestinales sont réparées, surtout lorsqu'elles n'ont pas été très-profondes. Mais, sur ce point, il ne doit vous rester depuis longtemps aucun doute ; les symptômes observés pendant la vie ne permettent pas d'en avoir.

L'organe le plus altéré est le cœur. Nous y trouvons tous les caractères de la myocardite et d'une myocardite déjà ancienne et très-accentuée. Pour en prendre une idée exacte, j'ai fait immédiatement quelques préparations histologiques. Il serait difficile de trouver, en cas semblables, des altérations plus manifestes. Le tissu charnu du cœur est un des plus altérés que j'aie rencontré jusqu'à présent.

Les fibres musculaires sont presque toutes atrophiées ; un grand nombre d'entre elles ont subi dans une partie de leur étendue ou dans toute leur longueur une métamorphose graisseuse très-avancée. Dans les points les plus malades les stries ont disparu et sont remplacées par des séries de granulations graisseuses, arrondies ou simulant une virgule. D'autres fibres sont transformées en matière vitreuse, et, dans les points où les stries persistent, on voit un état trouble, finement granuleux et une multiplication des noyaux musculaires. Le tissu interstitiel est rempli d'un exsudat amorphe ou granuleux ; il contient de plus un nombre considérable de cellules arrondies ou irrégulières. Ces altérations sont inégalement réparties dans l'épaisseur de la paroi, et les couches internes, ainsi qu'on pouvait déjà le prévoir par l'examen à l'œil nu, sont de beaucoup les plus altérées. Dans les préparations qui contiennent des fragments du tissu sous-endocardique, on trouve des amas de matière granuleuse et une quantité insolite de tissu élastique.

Les caillots jaunâtres du ventricule gauche se sont formés pendant la vie. C'est là un point sur lequel vous ne sauriez avoir non plus aucun doute. Ils diffèrent de la manière la plus nette, la plus évidente des caillots agoniques ou *post-mortem*. Sans revenir sur leur description, remarquez que tous les caractères tirés de leur forme, des irrégularités de leur surface, de leur coloration, de leur structure en couches irrégulièrement stratifiées, de la présence d'un ramollissement kystiforme dans leur partie centrale, que tous ces caractères, dis-je, sont, sans exception, ceux des caillots d'origine déjà ancienne. Leur aspect est celui des caillots dits fibrineux ; cependant, au microscope, ils sont composés presque exclusivement de globules blancs et de matière amorphe granuleuse ou granulo-graisseuse, qui provient sans doute de l'altération de ces éléments, car c'est dans les couches anciennes et dans les points ramollis que cette matière abonde surtout; les couches périphériques sont formées presque exclusivement de globules blancs ; on y distingue cependant, en les dilacérant, quelques filaments fibrineux. (*A suivre*).

Arthropathie dans un cas d'ataxie locomotrice ;

Par **BOURCERET**, interne des hôpitaux.

Janvier, Honorine, âgée de 46 ans, femme de chambre, entre le 8 avril à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 5 (service de M. Bernutz.)

Antécédents. Pas de renseignements précis sur les parents; pas de maladies sérieuses dans la jeunesse ; pas de syphilis ; pas de scrofule ; pas de rhumatismes. Menstruation assez régulière, un peu de leucorrhée.

Cette malade s'est assez bien portée jusque il y a huit ou dix mois environ. A cette époque, les membres inférieurs (la jambe gauche surtout), ont commencé à s'affaiblir ; la malade a pu, pendant les premiers mois, continuer son travail, elle avait surtout de la peine à se lever, et de la difficulté à se mettre en marche. (Auparavant la malade affirme n'avoir eu aucun trouble dans les membres inférieurs).

Elle accuse aussi une sensation de coton, de caoutchouc en marchant ; cette sensation, qui existait il y a cinq ou six mois, n'a pas persisté.

Deux mois environ après le début de la maladie, elle fut prise d'une attaque dont voici les caractères : Pas de cri initial, pas de perte de connaissance, sensation de constriction à l'épigastre, convulsions toniques plus prononcées dans les membres supérieurs ; la malade ne sait pas si elles étaient plus marquées d'un côté que de l'autre ; puis, terminaison par le sommeil. Jamais la malade ne s'est mordu la langue ; elle n'a pas de sensation de constriction ou de boule en dehors des attaques. Pas de phénomènes hystériques antérieurs.

Depuis cette époque, la malade a eu quatre attaques semblables à celle que nous venons de décrire. Elle dit, en outre, avoir eu, depuis son enfance, dans les membres inférieurs, des douleurs vives, rapides, aiguës, revenant par intervalles assez éloignés, ressemblant, d'après sa description, à des douleurs fulgurantes, mais sur lesquelles, cependant, nous gardons un certain doute.

Elle fut traitée, à cette époque, par le bromure de potassium et les pilules de Méglin.

8 *avril*. La malade nous dit que trois jours avant son entrée, en voulant se lever, elle s'aperçut que sa jambe gauche ne pouvait plus la soutenir; elle fut forcée de se retenir après un fauteuil pour ne pas tomber. Elle dit avoir, à ce moment, senti un craquement dans la jambe. L'état général est bon ; elle n'est pas anémique, on ne trouve sur le corps aucune trace de scrofule ou de syphilis ; appétit conservé, apyrexie.

Rien dans les *membres supérieurs*.

Les *membres inférieurs* présentent des troubles de la motilité et de la sensibilité. La malade peut soulever dans le lit la *jambe droite* et la tenir élevée faiblement. Il n'y a pas d'ataxie manifeste ; cependant, lorsqu'on veut lui faire toucher avec le pied un point fixe, il y a certainement de l'incertitude dans le mouvement. La *jambe gauche* est beaucoup plus faible, la malade la tient levée avec plus de peine; elle peut, cependant, exécuter tous les mouvements, il n'y a pas plus d'ataxie que du côté opposé, mais il y a une faiblesse beaucoup plus grande. On essaie de faire lever la malade, elle ne peut se tenir debout, la jambe gauche faiblissant complétement.

La *sensibilité* est abolie à peu près complétement à gauche, presque intacte à droite ; pas de douleurs le long de la colonne vertébrale, pas de déviation.

Rien actuellement du côté des *organes des sens*. La malade dit qu'avant son entrée, elle a eu, à deux ou trois reprises, des

vertiges se répétant plusieurs fois pendant une heure ou deux; à ce moment, elle voyait *double*, mais ce phénomène ne persistait pas lorsque cet état vertigineux avait disparu. Pas de troubles sensitifs ou moteurs autre part. Depuis deux ou trois mois, la malade a eu, à différentes reprises, de la difficulté d'uriner; quelques douleurs vagues dans l'abdomen, pas de douleurs en ceinture.

Traitement. Bromure de potassium, électricité.

11 *avril.* Après la première électrisation (nous ne disons pas à cause), il est survenu presque subitement, dans la journée, un gonflement de la fesse et de la cuisse, qui est est arrivé à son maximum en quelques heures. Ce gonflement présente les caractères suivants : la fesse et la cuisse ont un volume presque double des parties du côté opposé ; cette intumescence s'arrête brusquement au genou. Ce gonflement est dur, résistant, sans œdème véritable : il y a une très-forte dilatation des capillaires ; pas de douleur à la pression et à la percussion sur les extrémités osseuses.

Quelques-unes des personnes qui voient cette malade croient qu'il existe un épanchement sanguin sur le grand fessier, mais il n'y a pas de fluctuation ni de crépitation sanguine. Il y a un raccourcissement apparent et une légère rotation du pied en dehors. On constate aussi une certaine résistance dans la fosse iliaque gauche, sans douleur à la pression.

13 *avril.* M. Gosselin, appelé en consultation, pense à une fracture spontanée du col du fémur, basant son diagnostic sur le raccourcissement du membre, la rotation en dehors, et une ecchymose qu'il constate à la partie externe de la fesse.

15 *avril.* L'ecchymose ne se prononce pas. Nous croyons que nous n'avons pas là affaire à une véritable ecchymose, mais à une dilatation capillaire donnant à la peau une teinte noirâtre. Le raccourcissement n'augmente pas, tous les mouvements sont toujours possibles.

Dans la soirée, il y a une diminution considérable du gonflement.

16 *avril.* M. Gosselin, qui voit de nouveau la malade le matin, maintient son diagnostic. Diminution plus accentuée du gonflement.

18 *avril.* Le gonflement a disparu presque entièrement; cependant la fesse reste un petit peu plus grosse.

19 *avril.* La malade est prise de vomissements avec diarrhée, sans fièvre. — Glace, opium.

20 *avril.* Les vomissements persistent, la diarrhée cesse; apyrexie.

22 *avril.* Les vomissements continuent; un peu de fièvre le soir, pas de frissons; quelques douleurs de reins.

23 *avril.* La fièvre a augmenté brusquement dans la nuit, la température arrive le matin à 41°,5 dans le vagin. Les vomissements persistent ; pas de douleur à la pression dans l'abdomen, pas de céphalalgie, rien dans les membres, intelligence très-nette ; un peu d'angine. — Le *soir*, embarras de la parole; T. 41°,8.

24 *avril.* Mêmes symptômes le matin, la fièvre baisse un peu; T. 40°,6. — Le *soir*, la malade est très-faible, la langue se sèche.

25 *avril.* Langue raccornie, vomissements répétés dans la nuit, un peu de ballonnement du ventre, un peu de délire; T. 40°,6. Rétention d'urine.

Traitement. Lavements portés le plus haut possible avec une sonde.

26 *avril.* On sent dans la fosse iliaque une résistance plus considérable, à peu près indolente à la pression, la retention d'urine persiste; T. 40°, 4. — *Traitement.* Vésicatoire sur cette région.

27 *avril.* On perçoit, par le toucher vaginal, la tumeur que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche; cette tumeur est arrondie, lisse, dure, indépendante de l'utérus, non mobile ; elle paraît venir de l'os du bassin. La malade va un peu mieux. T. 38°,8.

28, 29 *avril.* L'intelligence est un peu plus nette. Il n'y a plus de rétention d'urine.

30 *avril.* Nouveau vésicatoire.

1er *mai.* On constate du pus dans la gaîne du psoas, au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale.

3 *mai.* Le genou gauche est le siége d'un épanchement.

4 *mai.* Le gonflement du genou gauche est plus marqué. La malade est dans une prostration extrême depuis la veille.

6 *mai.* Mort à trois heures du matin.

Autopsie, le 7 mai 1875. — *Cavité thoracique.* Forte congestion des deux poumons à la base; quelques adhérences au sommet gauche; pas de tubercules. — *Cœur* un peu dilaté, flasque; teinte feuille morte du myocarde. Rien aux orifices. Quelques plaques athéromateuses sur la crosse de l'aorte et sur l'aorte thoracique.

Cavité abdominale. Adhérences du grand épiploon dans le petit bassin. Le rectum et l'S iliaque sont blanchâtres, d'un calibre moindre que le reste du gros intestin; il existe des adhérences, entre les organes du petit bassin et l'S iliaque qui resserrent l'intestin sans l'étrangler véritablement. *Foie*, un peu gros, sans autres altérations. *Rein,* de même. *Vessie,* la muqueuse a une teinte violacée; la vessie est épaissie; on trouve des concrétions calcaires sur le bas-fond. *Utérus*, sain. *L'ovaire* gauche est le siége d'un kyste contenant de la graisse et des poils, et ayant le volume du poing (1). La trompe est distendue, adhérente à l'ovaire : elle contient un liquide blanc-jaunâtre, un peu filant. C'est entre le kyste et l'S iliaque que l'on trouve les adhérences dont nous avons parlé plus haut. — L'*ovaire droit* est sain, mais la trompe est distendue par un liquide analogue à celui du côté opposé. Rien dans les os du bassin.

Articulation coxo-fémorale gauche. — Il existe un vaste épanchement purulent dans l'articulation; la capsule est perforée en arrière et en avant, et l'épanchement a fusé dans les interstices musculaires, il a même pénétré dans la plupart des gaines; il est surtout abondant en arrière et en dehors, sous les muscles fessiers dont il a dissocié les fibres. En avant le pus a pénétré dans la gaîne du psoas, est arrivé dans le bassin et s'est infiltré entre les fibres du muscle iliaque. Cet épanchement a dû se faire avec une rapidité extrême; car les fibres sont dissociées et non altérées; elles présentent leur coloration normale, et ne sont pas friables. La capsule présente, comme nous l'avons dit, deux ouvertures, l'une en arrière, l'autre en avant. Elle ne forme qu'une masse avec le tissu cellulaire et le tissu fibreux avoisinant. En arrière et en dehors, près du rebord de la cavité cotyloïde, on trouve des concrétions calcaires, les unes superficielles, les autres profondes, c'est-à-dire dans l'épaisseur de la capsule. Le bord de la cavité cotyloïde est érodé en arrière, en dehors et en bas.

Fémur. La tête et les deux tiers du col ont disparu. On dirait que l'on a fait une section du col à son tiers externe, perpendiculaire à son axe ; l'extrémité interne du col est en effet plane et légèrement éburnée à sa surface. Aucun ostéophyte sur le reste du col du fémur ou sur le grand trochanter. Au contraire, il y a, par places, raréfaction de l'os.

Il y a, au moment où nous ouvrons l'articulation, luxation du fémur en arrière (luxation ilio-ischiatique). La capsule très-élargie permet à la luxation de se produire avec la plus grande facilité et de se réduire de même.

L'articulation du *genou gauche* est assez fortement distendue par du pus. Les cartilages et surtout le cartilage de la rotule, sont par places fortement érodés. (Il est important de noter que c'est trois jours seulement avant la mort que le gonflement s'est montré.) L'articulation coxo-fémorale droite est saine.

Système nerveux. Rien dans les os du crâne. Tous les nerfs de la base ainsi que les artères sont absolument normaux.

Il y a un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Le plancher du 4e ventricule présente un aspect grenu. Bulbe et protubérance normaux.

Aucune altération des vertèbres. Sur la face postérieure de la *moelle*, la dure-mère étant enlevée, on voit à droite sur les racines inférieures lombaires un petit fibrome gros comme un pois. Les racines postérieures du côté droit sont complétement atrophiées, ont une teinte grise et sont très-vascu-

(1) La malade avait eu un enfant.

larisées. Cette atrophie remonte à droite jusque vers la région cervicale. A gauche, les racines postérieures ont subi une atrophie semblable qui remonte aussi jusqu'à la région cervicale.

Cordons postérieurs. Au niveau de la région dorsale inférieure, les cordons postérieurs ont une teinte gris rosée qui occupe toute l'étendue de ces cordons. La lésion va en s'effilant pour se terminer en pointe à la région cervicale.

A la région lombaire, les cordons postérieurs sont pris en entier. A ce niveau et à la région dorsale inférieure la lésion présente deux zones très-distinctes. La portion la plus postérieure des cordons postérieurs (Faisceaux radiculaires et cordons de Goll), dans une épaisseur de 1 millim. environ est grise, dure et paraît composée uniquement de tissu scléreux; elle tranche nettement sur la portion externe des cordons postérieurs, dégénérée aussi, mais molle et d'un aspect gris rosé. Comme nous l'avons dit, la lésion va en s'effilant de bas en haut de telle sorte qu'en arrivant à la région dorsale supérieure et à la région cervicale inférieure, on ne trouve plus de dégénérés que les cordons grêles médians postérieurs.

Le nerf sciatique gauche paraît normal.

L'*examen histologique* a été commencé par M. Coyne. Il a confirmé ce que l'on voyait déjà à l'œil nu, nous ne pourrons donner que plus tard des résultats définitifs. (Voy. page 579).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins réservistes (*suite*).

Nous avons fait ressortir dans notre précédent *Bulletin* les inconvénients occasionnés par le départ imprévu des internes et des externes des hôpitaux, qui appartiennent à la classe 1867, et nous avons manifesté le regret que l'administration de l'assistance publique n'ait pas jugé à propos de prendre des mesures pour les atténuer.

Il serait facile d'énumérer aussi les inconvénients qui résultent, en temps ordinaire, du départ des médecins de campagne non pas au point de vue de leurs intérêts personnels, car sous ce rapport ils ne seraient pas plus à plaindre que les membres de toute autre profession, mais au point de vue des intérêts des populations. Cependant nous laisserons de côté toutes les considérations qu'il serait possible de faire valoir pour en revenir à la pratique. Ce que nous blâmons dans l'appel des médecins réservistes c'est : 1° l'inégalité choquante dont on a fait preuve vis-à-vis d'eux; 2° leur emploi non comme médecins, mais comme simples soldats. On a installé dans l'armée un corps de télégraphie. Serait-il raisonnable que l'administration au lieu de recourir, pour la composition de ce corps, aux réservistes employés aux télégraphes, choisît des laboureurs par exemple? Non. Pourquoi procéderait-on autrement en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens, auxquels la loi a donné une destination spéciale? En effet, le paragraphe 7 de l'article 39 de la loi du 13 mars 1875, publiée le 28 du même mois, est ainsi conçu:

« *Pourront être nommés officiers de réserve : les jeunes gens appartenant à la disponibilité ou à la réserve de l'armée active et exerçant des professions médicale, pharmaceutique ou vétérinaire, à la condition d'être pourvus du titre de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou du diplôme de vétérinaire; ils recevront des commissions qui les affecteront à un service de leur spécialité.* »

Nous sommes ainsi amené à rechercher quelle est, dans ces irrégularités, la part de responsabilité qui incombe à l'administration de la guerre. Plusieurs journaux, et en particulier une feuille spéciale, l'*Avenir militaire*, si nos souvenirs sont exacts, s'est plaint de ce que les médecins n'avaient pas mis d'empressement à répondre à l'appel qui leur avait été adressé au mois de mai dernier. Nous croyons aussi qu'il y a eu négligence de leur part et l'administration serait bien fondée dans ses reproches si ceux qui avaient rempli les formalités exigées par la loi n'avaient pour la plupart, sinon tous, reçu à la place de leur nomination comme officiers de réserve, leur feuille de route comme simples soldats.

Pourquoi le nombre des demandes n'a-t-il pas été plus considérable? On en trouverait sans doute l'explication dans l'inégalité et la singularité des procédés dont on a usé vis-à-vis des médecins. Tantôt les délégués de l'Administration se contentaient de renseignements verbaux, de la constatation de l'existence, du diplôme; tantôt, au contraire, ils exigeaient des démarches répétées, copies sur copies des pièces qui avaient été déjà expédiées (1), exerçaient une sorte d'inquisition sur la vie publique ou privée des médecins, s'informant de leur situation de fortune, de leurs relations, de leurs opinions politiques, etc. Rien donc d'étonnant à ce que les médecins n'aient pas montré une plus grande ardeur à se faire inscrire, à se livrer au choix d'une administration plus préoccupée de s'enquérir de leurs opinions politiques que de leur valeur scientifique.

Aussi a-t-on fait peu jusqu'ici pour l'organisation du corps de santé militaire, tel que l'exigeront les mobilisations considérables que le malheur des temps rendra peut-être nécessaires. Et si cette prévision venait à se réaliser à bref délai, nous verrions encore le plus grand désordre se produire; nous verrions, comme en 1870, des gens ayant abandonné l'étude de la médecine depuis longtemps, des employés, des commis, etc., être nommés médecins ou chirurgiens.

Tout en blâmant les médecins de leur négligence et en les invitant à se conformer promptement aux exigences de la loi, nous estimons que l'administration de la guerre est mal venue de rejeter sur eux le défaut d'organisation que nous déplorons : 1° parce qu'elle s'est immiscée dans des questions qui ne devraient pas la regarder; — 2° parce que même les médecins qui avaient adressé dans les délais voulus une demande régulière n'ont pas reçu de nomination; — 3° parce qu'elle a appelé les uns et laissé les autres; — 4° parce que, au lieu de régulariser la situation des médecins de la classe 1867, elle a perdu son temps à tenter l'organisation des médecins de l'armée territoriale; — 5° Enfin, parce que les mesures qu'elle a prises nous paraissent contraires à la loi (2).

Les Universités catholiques et les Hôpitaux civils.

Divers journaux avaient annoncé que des démarches avaient été faites auprès de l'Administration de l'Assistance publique afin d'obtenir la libre disposition d'un certain nombre de lits dans les hôpitaux de Paris. La lettre suivante, adressée le 4 octobre au *Moniteur*, met à néant cette affirmation.

(1) *Union médicale* du 25 septembre.

(2) Nous avons reçu plusieurs lettres au sujet de cette question; nous les insérerons dans notre prochain numéro.

2

Paris, le 4 octobre 1875.

Mon cher monsieur Dalloz,

Le *Moniteur universel* de ce jour m'apprend que j'ai reçu la visite de S. Em. Mgr. le cardinal archevêque de Paris, venu à l'administration générale de l'Assistance publique, accompagné de M. l'abbé d'Hulst, vicaire général, « afin de s'entretenir avec moi sur la possibilité d'avoir des lits dans les hospices pour la clinique de l'Université libre de Paris. »

J'affirme que je n'ai point eu l'honneur de recevoir Son Eminence et que jamais personne n'est venu me demander de lits pour aucune faculté libre.

Je vous serais très-obligé de vouloir bien insérer cette rectification dans le prochain numéro de votre journal. Agréez, etc. NERVAUX.

L'organisation actuelle de l'Assistance publique s'oppose d'ailleurs à ce qu'une semblable demande, si elle venait à se produire, fut acceptée. Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux forment un corps à part, recruté par le concours. En conséquence, si les Rév. P. promoteurs des Universités dites libres veulent instituer un enseignement clinique, ils devront ou créer des hôpitaux, ou faire concourir leurs amis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès périodique international des sciences médicales.

(CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL*) (1).

Séance du 22 septembre.

1° Etiologie et traitement du mal de Bright, par M. *Semmola*. (Déjà communiqué) ; 2° Traitement pneumatique des maladies de poitrine et du cœur, par M. *Schmitzler*, de Vienne.

Séance du 23 septembre.

1° M. *Gallard* rapporte un cas de pyléphlébite ayant donné naissance à un abcès de la rate.

2° M. *Crocq* lit son travail sur « l'inoculabilité du tubercule. » En voici les conclusions :

1° La tuberculose est le résultat d'un processus inflammatoire évoluant selon un mode particulier ;

2° Elle est transmissible par l'inoculation de ses produits ;

3° Elle peut être déterminée également par l'introduction dans l'économie de substances diverses dépourvues de toute activité spécifique ;

4° Ses produits ne paraissent pas agir autrement que ces dernières substances ;

5° Leur action est le résultat de leur état moléculaire et de l'irritation que leur présence amène dans les tissus.

La discussion des conclusions de ce rapport est renvoyée à la séance de demain.

3° M. le Dr *Desguin*, d'Anvers, présente les conclusions de son rapport sur « l'alcool en thérapeutique. » Voici les conclusions de ce rapport :

1) Deux phases doivent être distinguées dans l'action physiologique de l'alcool et des boissons alcooliques : la première est caractérisée par l'excitation de toutes les parties du système nerveux, tant ganglionnaire que cérébro-spinal ; la seconde, par la dépression de tous les actes de la vie organique et de la vie animale ;

2) Ces deux modes d'action ne sont pas contradictoires ; la physiologie montre que le second n'est que la conséquence du premier ; l'alcool est donc, positivement et essentiellement, un excitant général ;

3) Dans la première période de son administration, l'alcool active les fonctions organiques et augmente les combustions ; plus tard, quand il est donné à doses élevées ou souvent répétées, il paralyse les fonctions, diminue les combustions et par là devient agent anti-déperditeur, anti-dénutritif, aliment d'épargne, etc. Il n'acquiert ces propriétés que quand il a mis l'organisme dans l'impossibilité de produire les phénomènes de changement de matière ; il laisse alors s'accumuler dans l'organisme les matériaux qui devaient en être expulsés et qui sont devenus impropres à la nutrition ;

4) En saine thérapeutique, ce dernier mode d'action doit être rejeté d'une manière absolue : il n'est que la conséquence d'une intoxication alcoolique produite dans un but thérapeutique, et que l'on peut nommer l'alcoolisme thérapeutique.

5) L'action excitante de l'alcool est la seule à laquelle la thérapeutique puisse et doive recourir ; cette action excitante trouve en médecine de nombreuses applications, dans les cas où se manifeste une profonde dépression du système nerveux ; elle s'adresse notamment aux différents états où il est nécessaire de combattre instantanément et énergiquement l'adynamisme, la déperdition des forces menaçant la vie du malade ; ainsi : certaines fièvres thyphoïdes, certaines pneumonies malignes, celles surtout qui atteignent les buveurs ou les vieillards, certaines hémorrhagies, etc.

6) L'alcool est contre-indiqué dans les maladies fébriles franches, car, s'il fait tomber le pouls et la température, et s'il diminue l'excrétion de l'urée, ces résultats sont dus à l'enraiement des fonctions ; ils masquent la lésion organique, peuvent en contrecarrer l'évolution naturelle et empêcher la résolution des exsudats. En un mot, ils mettent l'organisme dans un état anormal, qui rendra plus longue et plus difficile la guérison des affections inflammatoires.

La discussion s'engage sur cette question.

M. Drysdall s'oppose aux conclusions du rapporteur.

M. Beaumetz ne les accepte pas non plus. Pour lui, l'alcool est un véritable agent anti-thermique, et il est indiqué toutes les fois qu'il y a élévation de température.

M. Crocq ne voit que l'*adynamie* comme indication réelle de l'alcool dans les maladies aiguës.

Pour *M. Mahana*, c'est l'état de l'organe central de la circulation qui doit guider dans l'administration de cet agent ; il croit aussi à son action anti-thermique, mais c'est surtout dans l'adynamie qu'il faut recourir à son emploi.

M. Crocq observe qu'on accorde trop d'importance à l'élévation de la température dans les affections aiguës, tandis qu'on ne tient pas assez compte des lésions. Le sulfate de quinine, la digitale, etc. abaissent aussi la température...

Après la discussion, les conclusions du rapport sont adoptées.

Séance du 24 septembre.

1° Communication de *M. Chapman*, de Londres, sur la médecine névrodynamique ; — 2° Communication de *M. Putégnat*, de Lunéville, sur la physiologie de la rage ; — 3° Discussion sur l'*Inoculabilité du tubercule*.

M. Thiry établit l'importance du sujet. Il croit, lui, à la spécificité de la tuberculose qui est, dit-il, une vérité traditionnelle. Puis la tuberculose est héréditaire ; l'enfant naît tuberculeux, et il est bien rare qu'il le devienne accidentellement. Le tubercule, enfin, constitue un produit spécial qui se dépose dans nos tissus sourdement et sans inflammation préalable.

M. Marcovitz croit aussi à la spécificité du tubercule, et il ne faut pas confondre avec lui la substance caséeuse. Ces deux produits existent simultanément, mais celle-ci est le résultat de l'autre.

M. Pétersen, de Copenhague, a fait de nombreuses inoculations dont plusieurs ont parfaitement réussi.

Il a observé, en outre, des cas où à la limite d'une inflammation simple il s'était développé un produit caséeux qui avait été le point de départ d'une éruption tuberculeuse.

La discussion est suspendue et renvoyée à la séance de demain.

Séance du 25 septembre.

1° Communication de M. *Thiry* sur « l'influence de la grossesse sur la tuberculose et les rapports de la tuberculisation utérine avec l'hérédité. »

Les rapports de la tuberculose avec les organes génitaux de la femme sont nombreux, dit-il. Chez l'adolescent, le tubercule, en même temps qu'il envahit les poumons, s'annonce dans l'organe utérin par la diminution et la suppression des règles ; et de là découle une observation thérapeutique importante : toutes les fois qu'on peut dans ces cas faire reparaître ce flux menstruel, il survient *toujours* une amélioration du côté de la poitrine. De même, qu'une femme, atteinte de tuberculisation pulmonaire, devienne enceinte, le plus souvent les signes sthétoscopiques que l'on avait constatés diminuent et même peuvent disparaître, et cette amélioration dépend du développement de tubercules dans les parois utérines et le placenta. C'est alors, quand il se trouve pour ainsi dire dans une atmosphère tuberculeuse, que l'enfant prend la tuberculose : le placenta est malade, la transmission de la maladie se fait directement du placenta à l'enfant.

M. Thiry conclut que la tuberculisation utérine a un retentissement favorable sur la tuberculisation pulmonaire — et que la grossesse est pour cette dernière la meilleure dérivation possible.

2° M. *Semmola* présente, à propos d'un cas de *maladie d'Addison*, qu'il a observé dernièrement, quelques considérations sur la nature et le traitement de cette affection.

Le malade est un homme qui pendant un an eut des accès de fièvre paludéenne. Ces accès répétés le conduisirent à une cachexie assez profonde, dont il se guérit cependant par ses

(1) Sauf l'analyse des travaux de la section d'ophthalmologie, tout ce que nous avons publié sur les séances du congrès nous a été envoyé par M. le Dr RICHE (de Bruxelles).

pratiques hydrothérapiques. Il était reveuu à la santé depuis quelque temps déjà, quand survinrent des troubles digestifs et nutritifs qui allèrent chaque jour en s'aggravant. Au moment où M. Semmola le vit pour la première fois, il présentait les symptômes suivants : Coloratiou foncée de la peau, avec plaques plus marquées à l'épigastre, aux hypochondres, dans le dos et à la face interne des joues et des lèvres — asthénie considérable — sensation de froid permanente — affaiblissement du cœur — vomissements, diarrhée, dyspepsie, douleur épigastrique — urines pâles : urée considérablement diminuée, 8 grammes par jour seulement. Evidemment c'était là l'une des formes nombreuses de la maladie d'Addison; et croyant voir dans ce cas une profonde altération du grand sympathique, M. Semmola se décida à essayer l'emploi des courants continus. Il les appliqua d'abord le long de la colonne vertébrale sans rien obtenir, puis il les dirigea du cou au creux épigastrique; une amélioratiou immédiate se déclara et au bout de trois semaines (2 séances par jour, de 5 à 8 minutes chacuue), la guérison était complète. Il donna comme adjuvants le sulfate de strychnine à la dose de 2 à 8 milligrammes par jour et 1 gramme d'iodure de potassium. Au moment où cette amélioration survint, il observa une desquamation cutanée sur tout le corps, fait non encore signalé.

M. *Marcowitz* fait remarquer que dans certains cas de cachexie paludéenne, on rencontre une pigmentation exagérée de la peau.

Mais M. Semmola n'a point trouvé chez son malade la tumeur splénique. Il ne croit pas, pour le fait qu'il rapporte, à une lésion des capsules surrénales, mais plutôt à une altération du grand sympathique.

3° Suite de la discussion sur « l'Inoculabilité du tubercule. »

M. Mahaut rejette la spécificité du tubercule et il ne reconnait comme maladies réellement spécifiques que les intoxications produites par les poisons organiques, le virus de la variole et la morve, par exemple.

Il y a toujours, selon lui, inflammation au début de la formation du tubercule : seulement cette inflammatiou est toute spéciale, elle ne présente pas les caractères des inflammations vulgaires. Puis le tubercule est trausmissible par inoculation ; les faits le prouvent, et ces faits sont incontestables ; on n'a point encore trouvé de différence, ni macroscopique ni microscopique, entre les produits inoculés et les résultats des inoculations. Le processus de l'inoculation tuberculeuse est comparable pour le mécanisme au processus embolique. Des substances étrangères introduites dans l'organisme peuvent déterminer la tuberculose: elles dounent naissance, d'abord, à des foyers caséeux qui sont résorbés.

M. Crocq, rapporteur, défend ses conclusions. Il admet une inflammation d'un mode particulier, sans déterminer ce mode ; il veut dire par là que l'inflammation qui aboutit au tubercule est différeute de celle qui produit la suppuration, l'induration, ete.

La tuberculose n'est pas une maladie spécifique, mais elle est dans un grand nombre de cas constitutionnelle et héréditaire ; et par constitutionnelle il entend que, pour avoir la tuberculose, il faut présenter une constitutionalité particulière, certaines conditions qui caractérisent, d'une manière générale, une déchéance de l'organisme. Si l'on veut donuer à cela le nom de spécifique, la tuberculose est spécifique.

La tuberculose n'est pas héréditaire, quand, par des excès de toute nature ou des maladies, on acquiert cette déchéance organique, ou bien encore dans les cas ou une inflammation pulmonaire ne s'est pas terminée par une résolution complète ; une tumeur caséeuse, eu tout autre point du corps, un cancer qui s'est transformé et est devenu caséeux aussi, peuvent amener une tuberculisation pulmonaire accidentelle, comme se produisent les tuberculisations expérimentales.

— La discussion terminée, la section accepte les conclusions du rapporteur.

TRAVAUX DE LA DEUXIÈME SECTION.

Chirurgie y compris la chirurgie des champs de bataille et la syphiligraphie.

Président : M. MICHAUX, professeur à l'Université de Louvain.

Secrétaires : M. DEBAISIEUX, — — —

M. B[illegible]qué, secrétaire de la Société de médecine de Gand.

1° *De l'anesthésie chirurgicale.* Rapporteur : M. le docteur W[illegible], à Mons. — Conclusions : On a recours, dans la pratique de la chirurgie, à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locale.

I. *Anesthésie générale.* 1° La plupart des agents dont on se sert pour provoquer l'anesthésie générale, chloroforme, éther sulfurique, bichlorure de méthylène, chloral, etc., etc., exercent une action analogue sinon identique sur le sang et le système nerveux.

2° De ces divers agents, le chloroforme, le plus ordinairement employé mérite aussi la préférence dans la généralité des cas. Cependant il en est, parmi les autres, qui peuvent avoir l'avantage sur lui dans certaius cas particuliers.

3° Les anesthésiques s'administrent en inhalation soit à l'aide d'un appareil, soit au moyen d'une compresse de linge. Le procédé par la compresse est le plus simple et le meilleur. Le chloral seul s'administre en iugestion dans l'estomac et en injection dans le rectum ou dans les veines.

4° Tout anesthésique peut donner lieu à des accidents mortels.

5° La mort arrive le plus souvent par asphyxie, quelquefois par syncope.

6° L'impureté du médicament, son mode d'administration, des secours insuffisants ou trop tardifs, paraissent avoir été les causes de la mort daus beaucoup de cas. Il en est toutefois où l'on ne peut accuser aucune d'elles.

7° L'anesthésie générale est indiquée : (*a*) dans les opérations longues et douloureuses et dans toutes celles qui exigent une grande tranquillité de la part du malade et une grande précision dans la manœuvre opératoire ; (*b*) dans les cas d'exploration très-douloureuse ; (*c*) pour obtenir un relâchement musculaire complet ; (*d*) enfin, dans certains accidents, suite de plaies, comme le tétanos.

8° Elle est contre-indiquée : (*a*) dans les opérations qui peuvent amener un écoulement de sang plus ou moins considérable daus l'arrière-gorge ; (*b*) dans les lésions *avancées*, aiguës ou chroniques des voies respiratoires ou du cœur ; (*c*) dans les cas de grand affaiblissement du sujet. La faiblesse n'est pas cependant une contre-indication absolue ; on peut encore anesthésier en prenant les précautions nécessaires.

II. *Anesthésie locale.* 1° L'anesthésie locale s'obtient au moyen de mélanges réfrigérants appliqués sur la partie que l'on veut rendre insensible, ou au moyen de liquides très-volatils, pulvérisés, dirigés sur cette partie. Dans un cas comme dans l'autre, c'est le refroidissement qui produit l'insensibilité ; les liquides doués de propriétés narcotiques n'agissent pas sensiblement par ces propriétés. On obtient aussi un certain degré d'anesthésie locale par les injections sous-cutanées de substauces narcotiques, mais ce procédé est insuffisant pour les opérations chirurgicales.

2° L'anesthésie locale est indiquée dans les opérations qui peuvent se borner à des incisions superficielles, ouverture d'abcès, incisions de furoncles et de panaris, etc., etc. et dans les opérations qui se pratiquent sur les doigts et les orteils.

3° Elle est contre-indiquée dans les opérations qui réclament une dissection délicate : la condensation qu'elle fait subir aux tissus rendent cette dissection beaucoup plus difficile. Elle est également contre-indiquée dans les opérations autoplastiques et dans celles qui donnent lieu à des lambeaux minces et peu nourris.

2° *Du pansement des plaies après les opérations.* Rapporteur : M. le professeur DEBAISIEUX.

On peut ranger en trois classes les divers modes de pansement des plaies après les opérations : I. Pansement classique. II. Pansements modificateurs. III. Pansements spéciaux.

I. *Pansement classique.* Les règles du pansement classique se résument comme suit :

1° Il faut tenter la réunion par première iutention chaque fois qu'elle est possible, à l'aide de la suture, des sparadraps, des agglutinatifs, etc.

2°) Lorsque la plaie n'est pas susceptible d'être réunie par première intention, on pratique le pansement désigné sous le nom de *pansement à plat.*

3° La levée du premier appareil se fait du troisième au cinquième jour ; les pansements ultérieurs sont renouvelés en moyenne toutes les vingt-quatre heures. Ces termes cependant n'ont rien d'absolu et doivent être modifiés d'après les circonstances.

4°) Quand la réunion par première intention a échoué, il est souvent utile de faire plus tard la *réunion immédiate secondaire.*

Appréciation. — Le pansement classique bien exécuté met la plaie dans des conditions de repos, de temperature, d'occlusion qui, sans être parfaites, sont néanmoins favorables à la cicatrisation. Son exécution est facile et ses résultats pratiques sont assez satisfaisants. Mais il est impuissant à prévenir les complications des plaies, eu particulier l'infection purulente, la plus fréquente et la plus redoutable. Il importe de combler cette lacune dans le traitement des plaies, soit en perfectionnant le pansement classique, soit en le remplaçant par d'autres plus avantageux

II. *Pansements modificateurs.* Ils s'exécutent à l'aide de nombreux topiques fournis par la matière médicale. Ces topiques permettent de modifier la surface des plaies, d'activer ou de réprimer le bourgeonnement, de hâter ou de ralentir la cicatrisation, mais leur action préventive de l'infection purulente, de l'érysipèle, etc., n'est rien moins que démontrée

III. *Pansements spéciaux.* Ceux qui méritent de fixer spécialement l'attention sont les suivants :

1° Pansement à l'air libre ;
2° » à l'abri de l'air ou par occlusion ;
3° » par la chaleur ;
4° » par le froid ;
5° » ouaté de M. Alphonse Guérin ;
6° » antiseptique de Lister.

Les quatre premières variétés n'ont joui que d'une vogue passagère, soit à cause de l'inconstance des résultats, soit par suite des difficultés de leur exécution dans la pratique.

Le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin a donné, dans les grands hôpitaux, des résultats très-heureux, surtout en ce qui concerne l'infection puru-

lente. Il n'agit ni par occlusion ni comme antiseptique, mais plutôt en maintenant les surfaces lésées dans des conditions de repos, d'humidité et de température fort analogues aux conditions normales des tissus vivants.

Le pansement ouaté a l'inconvénient de soustraire la plaie pendant plusieurs semaines aux regards du chirurgien, l'exposer aux fusées purulentes et de retarder souvent la guérison. Cependant on y aura recours avec avantage dans la pratique hospitalière, dans les ambulances et pendant les épidémies d'infection purulente.

Le pansement de Lister est le meilleur pansement antiseptique que nous connaissions. Il donne, quand il est bien fait, des succès remarquables. Mais les détails trop minutieux de son exécution, la complication de l'appareil instrumental, le grand nombre des pièces de pansement, son prix élevé et le temps qu'il exige, sont autant d'obstacles à sa généralisation.

La substitution de l'acide salicilique à l'acide phénique paraît devoir être avantageuse, mais de nouveaux faits sont nécessaires pour trancher définitivement cette question.

A la séance du 24, M. Verneuil fait, à la 2e section, une communication très-intéressante sur l'influence des affections anciennes du foie sur la marche des lésions traumatiques. Souvent, dit-il, il a vu survenir chez des blessés, antérieurement atteints de cirrhose, de stéatose du foie, de gravelle biliaire, etc., des hémorrhagies primaires ou secondaires, de l'ictère, la pyohémie, la pleurésie purulente, etc.

M. Mallez indique le pansement qu'il met en usage après la taille; il glisse dans la plaie un bâtonnet garni d'ouate imbibée de collodion, et l'y laisse un instant; il prévient ainsi l'hémorrhagie et évite l'action irritante de l'urine.

4° A la séance du 25, M. Casse étudie la transfusion, et M. Oré présente un appareil pour la pratiquer sans aide.

Travaux de la 5e section. — Médecine publique.

PRÉSIDENT : M. LAUSSÉDAT.

1. Des moyens d'assainissement des ateliers où se manipule le phosphore, par M. le professeur Crocq.

La section et l'assemblée générale ont admis sur cette question les conclusions suivantes :

1° La section de médecine émet le vœu que l'emploi du phosphore rouge amorphe soit substitué à celui du phosphore ordinaire dans toutes les fabriques d'allumettes.

2° En attendant l'adoption universelle de cette mesure radicale, elle recommande, dans les conditions actuelles de fabrication, les mesures suivantes, qui sont destinées à prévenir les accidents toxiques généraux, et plus spécialement la nécrose du maxillaire : installation de la fabrication dans des locaux suffisamment spacieux; ventilation puissante exercée au moyen de tuyaux d'appel, établis dans le sol et aboutissant à une cheminée d'aspiration; soins constants de propreté.

A côté de ces moyens physiques de préservation, vient se ranger l'emploi comme antidote chimique, de l'essence de térébenthine dans les ateliers.

3° Les accidents locaux pourront être conjurés par les gargarismes astringents et surtout par l'obligation imposée aux fabricants de ne pas admettre dans leurs ateliers les ouvriers chez lesquels un examen préalable de la bouche a permis de constater que l'appareil dentaire est affecté de carie pénétrante ou de toute autre affection de nature à favoriser l'action nocive des vapeurs phosphorées.

4° Les enfants ne peuvent être employés dans les ateliers où l'on manipule le phosphore.

5 Lorsque les autorités permettent l'établissement de fabriques ou l'on travaille cette substance, elles doivent imposer ces conditions et tenir la main à leur exécution, aussi bien dans les intérêts des ouvriers que dans celui des fabricants qui sont civilement responsables des accidents dus à leur incurie ou à leur négligence.

De l'organisation du service de l'hygiène publique. Rapport par : M. BELVAL, membre de la Commission médicale provinciale. etc., à Bruxelles.

Les conclusions du rapport ont été adoptées par la section et l'assemblée générale. Les voici : Le service public de l'hygiène demande une double organisation : I. L'organisation nationale. II L'organisation internationale.

I. 1. L'organisation nationale comprendrait l'établissement, dans chaque pays et à tous les degrés de la hiérarchie administrative, de conseils d'hygiène ou de salubrité :

2. Ceux-ci consisteraient, autant que possible, en : *A*. — Un Conseil supérieur près de l'autorité gouvernementale au ministère de l'intérieur; — *B*. Une Commission provinciale dans chacun des departements, provinces, préfectures, cercles ou districts; — *C*. Un Comité communal ou municipal dans chaque commune urbaine ou rurale;

Dans les communes dont le peu de développement ne comporterait pas l'institution d'un Comité, les fonctions de celui-ci pourraient être remplies par un seul hygiéniste, placé également sous l'autorité de la Commission provinciale à titre de correspondant;

3. Des rapports seraient publiés annuellement par chacune des branches de ce service;

4. La surveillance (et au besoin l'exécution) des mesures d'hygiène, reconnues d'utilité publique incomberaient : 1° d'une manière générale, au secrétaire du Conseil supérieur, 2° dans l'étendue de chaque province, au secrétaire respectif de la Commission provinciale et 3° dans chaque commune, au Secrétaire du Comité local ou au correspondant, à titre, respectivement, d'inspecteur provincial et d'inspecteur communal du service de santé.

Ils pourraient être au besoin aidés ou suppléés dans ce travail par l'un ou l'autre membre du Conseil ou des Commissions dans la compétence duquel la mesure rentrerait d'une manière spéciale;

5. Indépendamment des rapports que les services hygiéniques aux trois degrés entretiendraient avec leurs administrations respectives, ces services pourraient avoir entre eux des relations suivies au point de vue de toutes les questions qui sont de leur compétence;

6. Plus les services sanitaires auront d'indépendance dans leur sphère d'action, plus il en résultera d'avantages pour l'hygiène des populations;

7. Le budget de chacun de ces services ferait partie de celui des administrations respectives auxquels ils sont attachés, au même titre que celui de l'instruction et celui de la bienfaisance publique.

II. L'organisation internationale comprendrait :

1. L'échange fréquent et régulier de communications entre les Conseils supérieurs d'hygiène des différents pays. Ces communications porteraient principalement :

A. *a*. Sur les moyens employés pour améliorer les conditions sanitaires des localités et des populations;

b. Sur les mesures hygiéniques prises dans le but de diminuer les effets des maladies endémiques;

c. Sur les précautions mises en œuvre pour empêcher l'importation des maladies épidémiques ou contagieuses et notamment sur l'organisation des quarantaines, lazarets, etc.;

d. Sur l'apparition des foyers ou des maladies épidémiques;

e. Sur les mesures adoptées pour combattre les épizooties;

B. Sur les résultats obtenus dans chacun de ces cas;

O. Sur les donnécs statistiques recueillies ou à recueillir dans le but d'élucider les problèmes de l'hygiène publique;

2. La réunion périodique de conférences sanitaires internationales délibérant sur certaines questions déterminées et dont la solution paraîtrait enfin possible.

3° *De la fabrication de la bière*, par M. Depaire, professeur à Bruxelles.

Le rapporteur, M. le docteur Jausseus, a proposé les conclusions suivantes : 1 La qualification de bière ne peut s'appliquer qu'aux boissons fermentées préparées à l'aide des céréales et du houblon;

» 2° Aucune substance autre que ces matières ne peut être introduite dans la bière, dans le but de les remplacer en tout ou en partie;

» 3° Les substitutions de ce genre doivent être considérées comme des falsifications constituant une tromperie sur la nature de la chose vendue, même lorsqu'elles ne sont pas nuisibles à la santé, et tombant, dans tous les cas, sous l'application de la loi sur les falsifications des denrées alimentaires. Cependant toutes les matières propres à donner à la bière soit une saveur sucrée, soit une plus grande limpidité, soit une plus longue conservation, soit une couleur convenable, pourront être employées, si elles n'exercent aucune action nuisible à la santé. »

Ces conclusions ont été adoptées sans observation. Dr RICHE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 septembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

A propos du procès-verbal, M. J. GUÉRIN relève deux méprises commises par M. Giraud Teulon dans son discours à la dernière séance. M. Giraud-Teulon prête à M. J. Guérin l'idée que la contraction des muscles droits de l'œil a pour effet d'al-

longer le globe oculaire, tandis que M. J. Guérin prétend que la contraction de ces muscles raccourcit l'axe antéro-postérieur. — La seconde méprise consiste en ce que M. Giraud-Teulon a supposé que le malade dont M. Guérin a parlé étant atteint de *strabisme* alors que M. Guérin avait dit qu'il s'agissait d'un cas de myopie. — Après quelques remarques de M. Giraud-Teulon, la parole est donnée à M. Gosselin pour la lecture d'un mémoire sur les *Faux abcès des os et l'ostéite à forme névralgique*. Voici les propositions qui résument ce travail sur lequel nous aurons sans doute l'occasion de revenir: 1° Dans les os longs, condensés par une ancienne ostéite, il peut exister des cavités qui ne sont pas des abcès et des douleurs à forme névralgique, qui ne tiennent pas à la présence de ces cavités; 2° l'ostéite, à forme névralgique, peut même exister, sans aucune cavité accidentelle, mais toujours dans un os hypertrophié par une ancienne ostéite; 3° la trépanation peut être utile, et est peu dangereuse, dans ces cas d'hypérostose avec ostéo-névralgie.

M. Piorry commence la lecture d'un mémoire sur le vertige.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Par suite des travaux nécessités par l'installation de la *Société de Biologie* dans un autre local, la reprise des séances n'aura lieu que dans quelques semaines.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 mai. — Présidence de M. Charcot.

10. Arthropathie dans un cas d'ataxie locomotrice; Discussion. (Voir page 573).

M. Després. L'hypothèse d'une luxation congénitale, qui avait été émise, doit être absolument rejetée, car la cavité a conservé sa forme, et il n'existe pas de cavité accidentelle; je n'accepte pas non plus l'idée d'une luxation que l'on rattache à l'ataxie locomotrice; il me paraît difficile d'en faire une arthrite sèche, et je ne crois pas davantage qu'on puisse admettre une coxalgie hystérique, bien que la malade ait présenté des phénomènes hystériques; au contraire, l'épaississement de la synoviale, l'existence de petits fragments osseux au voisinage des surfaces articulaires me semblent démontrer d'une façon évidente qu'il y a eu fracture comminutive.

M. Giraldès. L'examen du fémur et de la cavité cotyloïde permet d'affirmer que ce n'est pas une luxation congénitale, mais on ne peut pas davantage songer à une fracture.

M Houel. Cette lésion présente de grandes analogies avec l'arthrite sèche, mais elle s'en éloigne aussi à certains égards; ainsi, la suppuration ne se voit pas dans l'arthrite sèche; de plus, M. Bourceret nous a fait remarquer que la lésion s'étend assez loin sur le fémur, au lieu de rester limitée aux insertions ligamenteuses, ainsi que cela a lieu dans l'arthrite sèche. Aussi, j'accepterais assez volontiers l'hypothèse d'une arthropathie ataxique, mais je repousse complètement celle d'une luxation congénitale, et je ne crois pas non plus que ce soit une fracture.

M. Charcot. L'idée d'une coxalgie hystérique, que M. Després a tout à l'heure soulevée en passant, pourrait difficilement être soutenue dans le cas actuel; car ce qu'on a décrit sous ce nom est simplement un ensemble clinique, sans lésion; c'est une contracture des muscles imitant la coxalgie, mais sans qu'il y ait la moindre altération dans l'articulation elle-même. D'ailleurs, les phénomènes nerveux observés chez cette malade et rattachés à l'hystérie, me paraissent être plutôt du genre de ceux qui se rencontrent parfois chez les ataxiques.

Quant à l'interprétation qu'il faut donner à la lésion articulaire, elle ne saurait être douteuse un seul instant, c'est un véritable type d'arthropathie spinale. Ces lésions se produisent avec une rapidité extraordinaire. J'ai déjà cité bien des fois l'exemple de cette femme qui, se trouvant depuis longtemps dans mon service pour une ataxie locomotrice, fut prise, sous nos yeux, sans cause appréciable, de craquements dans l'épaule droite; l'articulation se tuméfia presque immédiatement, la tête de l'os se luxa, et une dyssenterie mit fin à la vie. Bien que le début des accidents remontât seulement à trois mois, nous avons trouvé une usure complète de l'humérus, comme nous trouvons ici une usure de la tête du fémur, usure analogue dans les deux cas à celle qu'on produirait par le frottement sur une meule. Ce n'est point ainsi que l'usure se fait dans l'arthrite sèche vulgaire, et je crois inutile d'insister sur une distinction que j'ai déjà signalée tant de fois.

L'irrégularité que l'on observe ici, c'est la *présence du pus*, car, en général, l'arthropathie des ataxiques ne suppure pas; pourtant, M. Ball en a déjà présenté un cas, j'en ai observé un autre à la Salpétrière, et celui-ci est le troisième, sur une cinquantaine d'observations que je connais.

Du reste, l'arthrite sèche peut aussi se transformer en arthrite purulente. C'est une complication, à la vérité, mais elle peut se rencontrer, et plusieurs exemples en ont été présentés à la Société.

M. Houel. Je n'en ai jamais vu.

M. Després. L'ataxie locomotrice, bien constatée dans le cas actuel, ne me paraît pas suffire à expliquer les accidents; car on peut toujours se demander pourquoi ils ne se produisent pas chez tous les ataxiques, et seulement chez un petit nombre d'entre eux. Il faut donc qu'il y ait quelque chose de spécial.

Du reste, je répète que je trouve ici, non point les caractères de l'arthrite sèche, mais ceux d'une fracture comminutive du col du fémur. Les petits os séparés qui existent au voisinage de la cavité cotyloïde ne sont pas des ostéophytes, mais des fragments de la tête en voie de résorption, et j'engage beaucoup M. Bourceret à en faire l'examen histologique; car je suis persuadé qu'il y trouvera la structure du tissu osseux normal. Si l'on me demande ce que sont devenus les fragments de la tête, je répondrai que dans les arthrites suppurées aiguës franches, on ne peut voir une usure très-considérable se faire en quelques semaines.

Quant à une cause de fracture, on en a point constaté, mais il n'est pas rare de trouver des fractures absolument spontanées, et c'est un de ces cas que nous avons sous les yeux.

M. Bourceret. Je réponds à M. Després qu'il n'y a pas seulement des ostéophytes à la face interne de la capsule, mais aussi dans l'épaisseur même de celle-ci.

M. Charcot Les fractures spontanées ne sont pas extrêmement rares; mais lorsque les malades sur lesquelles elles se produisent ne sont pas des vieillards, ce sont presque toujours des ataxiques, et je pourrais citer un grand nombre de fractures, survenues chez des ataxiques, et considérées à tort comme des fractures absolument spontanées. Du reste, cela importe peu; qu'il y ait eu, ou non, fracture dans le cas actuel, il n'en est pas moins certain que le fait le plus saillant est l'usure de la tête, et ce fait suffirait à lui seul pour faire poser le diagnostic d'ataxie.

M. Giraldès. En nous en tenant au fait en litige, je ferai remarquer que la fracture supposée n'occupe pas le siége habituel dans les fractures spontanées, et d'un autre côté, si l'on admet que la tête fémorale s'est détachée au niveau des insertions ligamenteuses, je demanderai comment l'on explique sa résorption dans l'espace d'un mois. On n'observe rien de semblable dans les fractures.

M. Charcot. C'est au contraire le fait habituel dans les arthropathies chez les ataxiques. On voit se produire chez eux des lésions considérables dans l'espace de quelques jours, et sans qu'il y ait de douleurs. Il semble qu'il y ait dans ces conditions un état particulier des os qui favorise leur usure; car celle-ci est toujours très-rapide, et se fait même dans quelques cas, d'une façon en quelque sorte foudroyante.

M Liouville. Lorsqu'on examine ces os au point de vue histologique, on observe, en effet, des altérations indiquant que l'os était déjà malade depuis longtemps, lorsque la fracture s'est produite.

11. Sarcome du rein droit; développement secondaire dans les poumons et le foie; par MM. Pasturaud et Garsaux, internes.

Dhumez, Marie, 6 ans. Entrée le 19 janvier 1875, hôpital Sainte-Eugénie (service de M. Marc Sée).

Cette petite fille a perdu, à l'âge de trois ans, son père et sa mère. La personne qui l'accompagne ne peut nous donner aucun renseignement sur sa famille ni sur le début de son affection.

Elle entre le 19 janvier 1875 pour une tumeur intra-abdominale. Nous trouvons le ventre considérablement augmenté de volume du côté droit. La fosse iliaque est occupée de ce côté par une tumeur du volume de la tête d'un enfant; sa surface est unie, sans bosselures, arrondie; la peau glisse assez facilement sur elle. Ses limites sont assez apparentes : à gauche, elle dépasse beaucoup la ligne médiane; à droite, elle remonte sous le foie et descend en bas jusqu'à l'arcade crurale. Cette tumeur est très-mobile; on peut la déplacer en la prenant entre les deux mains surtout dans le sens transversal; à la partie inférieure, en déprimant fortement la paroi abdominale, on enfonce la main entre cette tumeur et la fosse iliaque. La percussion donne une matité complète; les limites de la tumeur marquent celles de la matité.

La peau de l'abdomen n'a point changé de couleur; à peine existe-t-il quelques dilatations veineuses. Elle ne présente aucune adhérence avec la tumeur, bien qu'elle soit tendue; cette dernière offre une consistance dure, résistante à la pression, mais aussi un peu rénitente (sensation qui rappelle celle d'un kyste fortement tendu et à parois épaisses bien plutôt qu'une tumeur solide). L'enfant n'accuse aucune douleur spontanée, sinon un peu de gêne dans la fosse iliaque, mais la douleur s'éveille à la moindre exploration. L'état général est peu satisfaisant : l'appétit est presque nul, l'amaigrissement est très-prononcé; la malade ne tousse pas et ne présente aucun signe d'affection cardiaque.

27 janvier. Dans le but d'examiner les connexions de la tumeur, l'enfant est endormie : la tumeur est très-mobile, surtout dans le sens transversal; elle donne toujours la consistance d'un kyste; son extrémité supérieure semble s'éloigner du foie, ce qui fait rejeter l'idée d'un kyste hydatique de cet organe. Le toucher rectal permet de constater que le petit bassin est complétement libre, et que le point de départ n'est ni dans l'utérus ou ses annexes, ni dans la vessie; les probabilités seraient donc pour l'existence d'un kyste développé dans le rein.

28. — L'enfant est très-fatiguée de l'examen de la veille; elle n'a pas mangé. Les urines rendues dans la nuit sont normales, celles de la journée sont rouges et troubles; si on les laisse quelque temps dans un verre à expérience, elles forment un dépôt blanchâtre qui occupe en moyenne le 1/3 du volume total.

29. — Les urines de la nuit sont encore fortement colorées par le sang, il existe même un caillot au fond du verre.

6 février. Les urines sont normales et ne renferment plus de sang depuis le 30 janvier. La tumeur semble avoir diminué; elle ne dépasse plus la ligne médiane mais présente toujours les mêmes caractères. La santé générale paraît un peu plus satisfaisante.

26. — M. Sée fait une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. Cette ponction donne issue à du sang mélangé d'une matière gélatineuse ressemblant à du tapioca cuit. L'examen microscopique ne recèle aucun élément qui puisse faire soupçonner la présence d'hydatide. Nous pratiquons la compression avec de la ouate.

27. — La petite malade ne veut pas manger : elle se plaint de douleurs violentes qui lui arrachent des cris.

28. — Les douleurs continuent : le ventre est tendu, très-douloureux.

4 mars. La tumeur a augmenté de volume : elle est aussi plus résistante, plus tendue : l'amaigrissement se prononce de plus en plus.

20. — L'enfant, depuis huit jours, a eu, à deux reprises différentes, des accidents du côté de la poitrine : toux sèche, dyspnée, râles sous-crépitants nombreux, irrégulièrement disséminés. L'amaigrissement est extrême, l'appétit nul, la tumeur est dure, très-douloureuse; on sent sur la périphérie une crépitation fine faisant croire à une péritonite adhésive. Les urines sont de nouveau sanguinolentes et forment un dépôt considérable.

2 avril. La tumeur dépasse de beaucoup la ligne médiane; elle semble adhérer à la peau qui, à ce niveau, est tendue, douloureuse; les veines superficielles se dessinent à la surface de la peau et ont pris un développement considérable. La malade se plaint de coliques et présente des alternatives de diarrhée et de constipation. Les urines sont sanguinolentes.

3. — La malade n'a pas dormi; elle a eu vers onze heures une quinte de toux qui s'est terminée par une hémoptysie peu abondante. A la percussion de la poitrine on trouve une matité complète, principalement sous la clavicule droite : à l'auscultation, de nombreux râles sous-crépitants disséminés à droite et à gauche, mélangés à des frottements rudes, surtout au sommet droit. La dyspnée est assez marquée.

5. — Les urines sont plus fortement colorées par le sang que les jours précédents.

9. — La malade se plaint de douleurs vives au niveau de la tumeur qui est très-sensible à la pression. Nous trouvons la malade dans un état d'orthopnée extrême; elle se tient sur son séant, les bras tendus, sa figure exprime l'anxiété. La sœur du service nous apprend qu'elle a eu, pendant la nuit, un accès de suffocation qui s'est terminé par une hémoptysie peu abondante. La malade succombe dans la journée.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvons une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite. En bas, elle s'arrête sur les limites du détroit supérieur du bassin, à gauche elle dépasse un peu la ligne médiane; en haut elle s'engage sous la face inférieure du foie, de telle sorte qu'à la simple vue, il est difficile de savoir aux dépens de quel organe elle s'est développée. Elle présente de légères adhérences avec les parois abdominales. Les rapports de cette tumeur sont assez précis; en arrière sur le côté droit, elle est en rapport avec les parois abdominales dont on peut la détacher facilement; le cœcum et le colon ascendant sont très-adhérents à la partie latérale gauche de la tumeur; toute la masse intestinale est complétement refoulée à gauche.

Il n'existe aucune anse entre la tumeur et la paroi abdominale; en haut la tumeur s'engage profondément sous le foie avec lequel elle présente de légères adhérences filamenteuses; en dedans elle est reliée par les organes pénétrant dans le hile du rein. — Cette tumeur est ovoïde; elle présente à sa périphérie des bosselures qu'on ne pouvait reconnaître à l'examen clinique. Sa consistance est assez molle, presque fluctuante au niveau des bosselures. Elle est limitée par une capsule fibreuse d'épaisseur variable suivant les points.

Après avoir enlevé la tumeur, M. Sée pratique une incision sur la ligne médiane. Il s'en écoule une bouillie brunâtre, de couleur chocolat en certains points, blanchâtre en d'autres; il est impossible de reconnaître à l'œil nu au milieu de cette masse les éléments du rein. Le poids est de 4 kilog. 500 grammes.

Le *rein gauche* est un peu hypertrophié, la capsule adhère fortement à la substance corticale qui est un peu congestionnée. Nous ne trouvons à la surface ni à la coupe aucun noyau. L'*estomac*, l'*intestin*, la *vessie* ne présentent aucune lésion. La *rate* volumineuse, congestionnée, se laisse facilement réduire en bouillie. Le *foie* présente sur ses deux faces des noyaux légèrement ombiliqués, les plus gros sont du volume d'un marron. Dans la profondeur du parenchyme hépatique, quelques noyaux, mais moins volumineux. La *vésicule biliaire* est saine.

Cavité thoracique. Légères adhérences aux deux sommets : Les deux poumons sont complétement envahis à leur périphérie par des noyaux de consistance et de volume différents. Ces noyaux de forme lobulaire, sont tellement nombreux qu'il est impossible de reconnaître le tissu pulmonaire. — La section de ces différents noyaux, donne écoulement à une bouillie blanchâtre ressemblant à celle de la tumeur rénale. Différentes coupes pratiquées sur les poumons montrent que l'intérieur du parenchyme est également envahi par ces noyaux d'apparence sarcomateuse et qu'il n'existe çà et là que quelques parties saines surtout au niveau du bord postérieur.

Péricarde. Sain.

Cœur mince, tissu feuille morte; pas de lésion valvulaire.

L'examen microscopique des tumeurs du parenchyme pul-

monaire fait à l'état frais moutre qu'elles doivent être rattachées au sarcome nucléaire.

12. Kystes de l'épididyme; par P. Reclus.

M. P. Reclus montre un épididyme injecté au mercure sur lequel on observe, au niveau de la queue, des diverticules, sortes de petites cavités anévrysmales. Ces diverticules dont le volume varie d'un grain de millet a un petit pois et dont le nombre est de 20 à 30, se présentent sous la forme de grains transparents appliqués le long des tubes spermatiques. Lorsqu'on les ouvre il s'eu écoule un liquide clair et limpide ; l'épithélium qui recouvre leur paroi est, d'après M. Robin qui l'a examiné au microscope, pavimenteux et non cylindrique, comme celui du canal déférent. Chez l'un des sujets, âgé de 43 ans, le liquide contenait des spermatozoïdes. Chez l'autre âgé de 103 ans, il n'a pas été trouvé d'animalcules.

Ces dilatations ampullaires communiquent par un orifice très-étroit avec les tubes sur lesquels elles sont appliquées. En effet on peut voir l'injection mercurielle filer rapidement et dépasser les diverticules; puis, peu à peu, de petites gouttelettes de métal pénètrent dans leur intérieur et les remplissent complètement après en avoir chassé le liquide, mais lentement, car il a fallu un temps assez long pour que les petites poches soient pleines de mercure.

Ce petit fait aurait de l'importance si on pouvait le considérer comme l'analogue de la formation des kystes spermatiques. Les tubes des cônes de l'épididyme sont presque aussi volumineux que ceux sur lesquels ces poches anévrysmales ont été rencontrées. Ne pourrait-il pas s'y produire des diverticules ampullaires dont les parois se revêtiraient d'épithélium pavimenteux? Dans certains cas, comme dans les deux cas de Quequett, l'orifice persisterait; dans d'autres, il s'oblitérerait, mais l'ouverture primitive expliquerait la présence de spermatozoïdes. En terminant il est bon de faire remarquer que dans le premier des cas que nous signalons, avec les dilatations ampullaires de la queue de l'épididyme, coexistait un kyste spermatique de la tête.

M. Giraldès. Il n'est pas rare d'observer des dilatations siégeant sur le trajet des tubes épididymaires surtout au voisinage de la tête de l'épididyme, au moment où ils vont pénétrer dans le corps d'Highmore. Je les ai fréquemment rencontrés à l'époque où je m'occupais de ce point d'anatomie; ce sont, soit de petits kystes, soit de simples dilatations de ces canaux. Ils contiennent une matière plus ou moins solide dont je n'ai point déterminé la composition. Pour savoir s'il existe une communication entre ces kystes et les tubes épididymaires il est préférable d'employer des injections liquides comme la térébenthine colorée ou une solution de bleu de Prusse; le mercure ne donne habituellement pas de bons résultats.

On peut observer aussi d'autres kystes sur l'épididyme, vers la queue. Ce sont des restes du corps de Wolf. Lorsque l'on fait macérer un testicule dans une solution d'acide tartrique on peut voir des petits canaux non loin de la queue de l'épididyme. Du liquide peut s'accumuler dans leur intérieur et donner ainsi naissance à une nouvelle variété de kyste.

M. Reclus. Dans le premier des cas dont je parle, il existait un très-grand nombre de kystes très-volumineux dont les uns remplis de sérosité limpide, me paraissaient développés en effet aux dépens des canaux du *corps de Giraldès*. Ils se trouvaient sur les parties latérales du cordon et formaient des poches du volume d'une noix qui ne communiquaient nullement avec les canaux. Sur le même testicule existait un autre kyste, mais celui-là contenait des spermatozoïdes. Dans ces derniers temps, il m'a été donné d'examiner près de deux cents testicules, et j'ai certainement rencontré près de quinze kystes spermatiques : or, j'ai pu reconnaître constamment qu'ils se développent exclusivement dans la tête de l'épididyme, au niveau des cônes afférents; il n'est même pas rare, lorsqu'on regarde par transparence, de voir les tubes déroulés de ces cônes se dessiner sur les parois des kystes. Jamais je n'ai trouvé de spermatozoïdes dans les kystes situés vers le corps ou la queue de l'épididyme ou le long du cordon. J'ai pu reconnaître, en outre, que les petits kystes, quelle que soit la place qu'ils occupent, ne contiennent jamais de spermatozoïdes. J'en ai examiné un grand nombre, car rien n'est plus fréquent que ces kystes lenticulaires : ce n'est guère que lorsqu'ils ont le volume d'une noisette que l'on commence à rencontrer les animalcules. Il est remarquable, et M. Gosselin a déjà insisté sur ce point, de voir que les kystes spermatiques se portent vers le bord interne de la tête de l'épididyme, jamais vers le bord externe.

13. Tuméfaction de la vulve chez une nouveau-née, faisant soupçonner un cas d'hermaphrodisme au moment de l'accouchement; par P. Budin, interne.

Le 3 avril 1875, à midi, accouchait à la Maternité, la nommée Sanchel, multipare, âgée de 23 ans. L'enfant présentait l'extrémité pelvienne en sacro-iliaque gauche antérieure. Lorsque le dégagement se fit, on reconnut aux parties génitales que l'enfant était du sexe féminin, mais la conformation des organes génitaux externes paraissait anormale.

Les deux grandes lèvres étaient épaisses, volumineuses arrondies; on eût dit qu'un corps comme le testicule était contenu dans chacune d'elles. Les petites lèvres et le capuchon étaient très-marqués, d'un rouge violacé, turgides. Enfin, entre les petites lèvres, faisant une saillie assez considérable un corps rouge, à extrémité antérieure, effilée et dirigée en haut, à base large, pénétrant dans le vagin: ce corps rouge saillant, véritablement en érection, ressemblant à la verge d'un animal appartenant à la race féline. Sur la partie inférieure de ce corps, on voyait une petite membrane résistante, transparente, bombant en avant, et dont le bord supérieur libre était concave en forme de croissant. Cette membrane qui n'était autre que l'hymen, bridait pour ainsi dire la tumeur en avant et dirigeait en haut son extrémité effilée.

En résumé, il semblait exister une tumeur développée dans le vagin, tumeur turgide comme toutes les autres parties à ce moment de l'accouchement, à cause de la présentation du siége, le sang du fœtus s'accumulant dans ces régions, grâce à la contraction utérine qui comprimait les parties supérieures du tronc. La turgescence des grandes lèvres et leur forme arrondie pouvait aussi faire croire à la présence du testicule dans leur épaisseur. — L'enfant pesait 2,500 grammes; elle avait de plus de l'ascite; elle succomba quelques heures après l'accouchement.

A l'examen nécroscopique fait le lendemain, on a pu constater très-exactement le rapport des organes qui, du reste, s'étaient considérablement affaissés. Dans la cavité abdominale on trouva l'utérus, les trompes, les ovaires. Une petite sonde en gomme ayant été introduite dans la vessie, elle vint sortir au-dessus de la tumeur, au niveau de la partie supérieure du vagin. L'orifice uréthral avait sa position normale. Une autre sonde introduite dans le vagin permettait d'abord d'isoler en partie la membrane hymen de la tumeur placée derrière elle, et de pénétrer profondément jusque dans les culs de sac du vagin, jusqu'au col de l'utérus.

On sectionna la peau du pubis, on ouvrit la symphyse pubienne, on incisa le canal de l'urèthre, on pénétra dans le vagin par sa paroi antérieure. On constata alors que toute la paroi antérieure du vagin était normale ; sur la paroi postérieure, les plis normaux de la muqueuse étaient beaucoup exagérés sur la ligne médiane et d'autant plus exagérés qu'ils étaient plus près de l'orifice vulvaire. Ils se continuaient là par une petite tumeur allongée, effilée, véritables débris de la cloison médiane qui, par sa face antérieure s'accolait sur la membrane hymen à laquelle elle était très-adhérente. L'extrémité de cette tumeur dépassait de 5 mill. environ le bord supérieur concave de l'hymen.

C'était cette partie externe qui, gonflée pendant le travail de l'accouchement, avait fait paraître la tumeur si volumineuse; la tuméfaction des grandes lèvres s'y ajoutant avait pu faire soupçonner un hermaphrodisme.

14. Laryngite syphilitique. Trachéotomie. Infection purulente. Mort. Gommes (?) du poumon; par M. Ma[illegible], interne.

Madame B..., âgée de 40 ans, blanchisseuse, admise le 11 mars 1875 à l'hôpital Cochin service de M. Bucquoy.

Elle nous raconte que personne dans sa famille n'a jamais eu de signe de tuberculose, qu'elle-même ne toussait pas et

qu'elle a toujours eu une excellente santé jusqu'en 1865, époque à laquelle elle s'est mariée.

Au bout de 2 mois son mari l'a quittée après lui avoir donné la syphilis ; elle a eu des boutons aux parties et plusieurs fois des éruptions généralisées sur le corps.

En 1870 ont débuté les accidents du côté du larynx.

Pendant deux mois, à la suite d'un refroidissement, elle a eu une extinction de voix, avec gonflement de la région sous-maxillaire. Depuis lors, dit-elle, la voix est restée enrouée pendant 2 ans. En 1872, nouvelle extinction de voix et depuis cette époque elle ne parle plus que très-bas et avec un son de voix guttural. En juin 1873 surviennent des accidents dyspnéiques qui lui font demander une première fois son admission à l'hôpital Cochin, (service de M. Bucquoy). Elle avait, dit-elle, constamment une inspiration laborieuse et sifflante avec des accès de suffocation chaque nuit. On lui aurait fait prendre chaque jour 2 gr. de bromure de potassium. L'examen laryngoscopique n'avait pu être supporté. Au bout de peu de temps, elle sort très-améliorée. En mars 1874, elle a eu une légère hémoptysie qui s'est renouvelée deux ou trois fois depuis et, sauf la voix qui était toujours très-cassée, cette femme se portait assez bien. Au mois de décembre 1874, les crises de suffocation reparaissent et dans les 3 derniers mois elle a eu 7 ou 8 de ces accès caractérisés par leur début subit. l'orthopnée, la teinte asphyxique de la face, les sueurs froides, etc Pendant une dixaine de minutes, elle est en proie à une anxiété terrible et craint à chaque instant de mourir ; puis tout se calme, et elle ne garde qu'une inspiration prolongée et difficile et une expiration également prolongée et bruyante. Elle maigrit et a assez souvent des vomissements, mais elle ne tousse pas.

Mars 1875. A son entrée on trouve que cette femme a une santé générale assez bonne. Elle est de petite taille, maigre, et répond d'une façon très-intelligente aux questions. Sa voix est faible, éteinte, et si les deux temps de la respiration sont bruyants, en dehors des accès spasmodiques, elle n'asphyxie aucunement.

L'examen des organes thoraciques donne un résultat négatif. La respiration est très-faible partout et aux sommets on entend le retentissement du bruit laryngo-trachéal. Le miroir laryngien détermine un accès de suffocation qui rend toute exploration impossible dans les premiers jours ; mais peu à peu la malade s'y habitue, et on finit par constater que les lèvres de la glotte sont irrégulières et ne présentent dans les inspirations qu'un orifice linéaire sinueux assez étroit. M. Krishaber, qui voit la malade à la fin de mars, diagnostique des végétations au niveau de la glotte et propose de les cautériser avec le galvano-cautère quand on aura pu suffisamment habituer la malade à supporter le laryngoscope.

Traitement : iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Aucune amélioration ne survient et les accès de suffocation deviennent de plus en plus fréquents et menaçants. On craint de voir la malade succomber subitement à une de ces attaques de spasme glottique et la trachéotomie est décidée. Le 3 avril, M. Després pratique l'opération et sectionne les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée. La canule est introduite avec assez de difficulté sans dilatateur. Des veines thyroïdiennes importantes donnent une quantité notable de sang qui a pénétré en partie dans les voies aériennes et déterminé pendant quelques minutes des accidents de suffocation. La respiration se rétablit bientôt. L'hémorrhagie veineuse est conjurée par la compression appliquée au moyen d'un spina des épaules. La nuit a été assez bonne, ainsi que la journée du lendemain.

5 *avril*. La malade se plaint de douleurs vives a la face interne du bras droit. vers la partie supérieure du biceps. On les attribue à la compression exercée par le spina qui a été retiré la veille.

8 *avril*. Les douleurs du bras ont persisté. Il y a en outre une tuméfaction profonde, phlegmoneuse, paraissant siéger dans le corps charnu du biceps. Dix sangsues sur ce point. La plaie trachéale va bien ; la respiration se fait sans difficulté ; catarrhe bronchique assez abondant.

9 *avril*. La tuméfaction du bras a diminué, mais l'état général s'aggrave. Il y a de la fièvre. En outre, la malade se plaint d'une douleur très-vive, fixe, au niveau du rebord des cartilages costaux à gauche. Un peu de rougeur sur ce point.

11 *avril*. Deux grands frissons. Signes de bronchite, mais pas de pneumonie. Facies de l'infection purulente.

13 *avril*. La respiration devient de plus en plus difficile. Fièvre vive.

14 *avril*. La malade peut à peine expectorer les mucosités brouchiques abondantes et visqueuses qui l'asphyxient.

15 *avril*. Mort à 9 heures du matin.

AUTOPSIE. — *Larynx*. Les seules lésions qu'il présente sont un épaississement des cordes vocales inférieures qui forment un bourrelet assez volumineux, mais ne sont ni ulcérées, ni à bords inégaux. Immédiatement au-dessous des cordes vocales inférieures existent trois ou quatre végétations polypiformes rougeâtres dont les deux plus volumineuses peuvent être comparées à un gros pois et sont situées, l'une au niveau de la partie antérieure et inférieure de la corde vocale droite, l'autre au niveau de la partie antérieure et inférieure de la corde vocale gauche. Ces deux végétations, légèrement pédiculées, dépassent le bord libre de la corde vocale à laquelle elles répondent et donnent à la glotte cet aspect sinueux observé au laryngoscope. La muqueuse trachéo-bronchique est rouge et recouverte de mucosités visqueuses adhérentes.

Poumons. Au sommet des deux poumons et surtout à droite, existent un certain nombre de petites tumeurs arrondies, du volume d'un gros pois à cautère, de couleur blanc jaune, entourées d'une zône fibreuse et environnées de tissu pulmonaire absolument sain, laissant voir à leur centre des ouvertures de vaisseaux et de petites bronches béantes. Certaines de ces tumeurs sont plus molles, plus caséeuses que d'autres. Il y a même en un point une cavernule provenant de la fonte d'un de ces néoplasmes. D'autres sont fermes, légèrement opalines, translucides. Ces tumeurs ne ressemblent pas à des tubercules caséeux par le fait de leurs limites nettes, de l'intégrité complète du tissu pulmonaire à leur pourtour, des petites bronches et des petits vaisseaux à leur centre. Elles n'ont pas non plus les caractères d'abcès métastatiques.

A la base du poumon gauche existe sous la plèvre une collection puriforme mal limitée.

Dans le *tissu cellulaire* de la paroi abdominale, au-devant des cartilages des fausses côtes, à droite et à gauche, où la malade accusait de vives douleurs, on trouve deux petites collections purulentes.

Au *bras droit* on trouve une phlébite adhésive de l'humérale au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Le caillot, très-résistant, présente à son extrémité supérieure un ramollissement puriforme. C'est là le point de départ probable de la pyohémie. Entre ce point et la base du cou, la veine axillaire et tout le système veineux jusqu'à la plaie trachéale, ne présentent aucune altération, le sang n'y est pas coagulé, et il n'est pas possible d'établir de relations entre la plaie opératoire et la phlébite de l'humérale dont la cause échappe.

Je dois à l'obligeance de M. Malassez la note suivante sur l'examen histologique des tumeurs du poumon :

1° *Pourtour*. Le tissu pulmonaire est infiltré d'éléments fins disposés en amas irréguliers, qui épaississent les parois alvéolaires et remplissent plus ou moins les alvéoles.

2° *Zône fibreuse*. Formés de tissus fibreux, ces faisceaux sont généralement disposés en couches concentriques et entre eux se voient les cellules du tissu conjonctif aplaties.

Dans les parties excentriques de cette zône, les cellules conjonctives sont plus abondantes et se rapprochent comme aspect des cellules fines. Dans les parties concentriques, au contraire, les cellules conjonctives subissent la dégénérescence graisseuse. On voit dans cette couche un certain nombre de vaisseaux oblitérés (*Riesenzellen* des Allemands).

3° Les parties centrales sont formées de tissu fibreux plus ou moins dégénéré. Les cellules conjonctives sont les premières atteintes ; les faisceaux conjonctifs résistent plus longtemps. Cependant ils finissent également par devenir granuleux. Au milieu des parties granuleuses on voit des petits

corps très-réfringents, se colorant en rouge par la purpurine.

Ces lésions se rapprochent beaucoup, au point de vue de la structure, des gommes du foie qui présentent également une zône granuleuse périphérique, enveloppant le tissu normal; une zône fibreuse avec les prétendues *Riesenzellen*; une partie granuleuse centrale avec les corps réfringents.

M. Després. Je crois que ces végétations du larynx se sont développées sur d'anciennes plaques muqueuses. Cette transformation s'observe très-fréquemment à la vulve.

Quant aux lésions pulmonaires, je ne vois pas bien ce qui les distingue des tubercules, et comme pour le testicule, je ne connais pas de signes assez nets pour que l'on puisse se prononcer.

M. Charcot croit que l'hésitation n'est pas possible.

Séances d'avril. — Présidence de M. Charcot.

34. Dilatation des trompes. Corps fibreux comprimant les canaux tubaires à leur origine; par E. Rondot, interne.

Madame D..,âgée de 48 ans, entre dans le service de M. Demarquay, le 30 mars 1875, pour une rétention d'urine qui remonte à quatre jours : son médecin n'a pu la sonder à cause de la difficulté du cathétérisme et de la douleur qu'il causait. Nous apprenons qu'elle a uriné depuis son arrivée.

Embonpoint considérable, tempérament nerveux. — Face pâle; expression de fatigue, de prostration. Pouls normal, pas de fièvre. Langue très-blanche. Ventre ballonné, pas de tympanite. Dureté à l'hypogastre : la douleur empêche de pratiquer suffisamment le palper abdominal qui provoque des cris.

Toucher : col très-haut, douloureux, non dévié. Douleurs vives dans les cuisses, et surtout vers les reins.

Menstruation régulière jusqu'à la ménopause (44 ans); jamais de pertes, aucun signe de métrite, pas de leucorrhée. Constipation. Rien à noter au cœur et aux poumons. Prescription : Calomel à doses fractionnées et un verre d'eau de Pullna; ventouses scarifiées à la région lombaire; bain, cataplasme.

31 *mars*. — Cathétérisme douloureux, — donnant un verre d'urine; — une sonde d'homme introduite dans l'urèthre s'enfonce très-loin et disparaît presque entièrement. Du côté du ventre, on sent une induration manifeste à quelques centimètres au-dessus du pubis, ainsi que dans la fosse iliaque droite.

5 *avril*. La malade urine plus facilement; pas de fièvre. Œdème des membres inférieurs; rien au cœur ni dans les poumons. Pas d'albumine dans les urines. — Constipation difficile à vaincre par les lavements.

11. — L'œdème a considérablement augmenté.

Soir. — Vomissements. Ballonnement du ventre. Forte fièvre. Pouls 140. Douleur vive des reins. Face grippée. Peu de réaction à la palpation abdominale; augmentation du gonflement des jambes, tendance à la syncope. — 14. Mort.

Autopsie. — Une grande quantité de liquide purulent s'échappe à l'ouverture de la cavité abdominale; le péritoine épaissi semble doublé de fausses membranes sur la totalité de son feuillet pariétal. Les instestins, recouverts par l'épiploon chargé de graisse, forment une masse compacte.

En bas, se détache une tumeur arrondie, rougeâtre, du volume du poing, complétement libre, sauf par sa partie inférieure, dans une loge remplie de pus et qui la circonscrit, à l'exception de sa face antérieure qui répond directement à la paroi abdominale.

Pour examiner les organes contenus dans le petit bassin, il faut décoller les anses intestinales qui adhèrent fortement entr'elles : on tombe alors sur une masse kystique qui s'élève jusque dans le grand bassin et qui ressemble à une tumeur ovarique enclavée dans des pseudo-membranes. Il est impossible de prime abord d'en spécifier la nature, et ce n'est qu'après en avoir séparé plusieurs portions de l'intestin qu'on reconnaît l'existence de deux tumeurs, fortement distendues par un liquide et se reliant de chaque côté à l'utérus. Elles sont extraites avec la matrice, le vagin et la portion antérieure du rectum.

La vessie est complétement aplatie et après l'avoir ouverte on éprouve de la difficulté à introduire la main qui se trouve comprimée entre la paroi abdominale et la production morbide. Elle est reliée au fond de l'utérus par une partie qui s'effile et ressemble à un pédicule : en avant se trouve le ligament rond; les ovaires ont disparu. La tumeur du côté droit représente à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme; à gauche, elle est moins grosse. Chacune présente à son bord supérieur une portion cylindrique, horizontale, plus marquée à droite, ressemblant à s'y méprendre à une anse intestinale; elle est séparée par un sillon profond de la masse kystique principale; sa partie interne se continue avec l'utérus, tandis qu'au dehors, aucune ligne de démarcation ne la sépare du reste de la tumeur. Le calibre du cylindre est coupé par des dépressions assez profondes.

La lame supérieure des ligaments larges est fortement épaissie : les deux feuillets antérieur et postérieur, séparés par les poches tubaires, se rejoignent à la partie interne pour se porter sur les deux faces correspondantes de l'utérus.

L'incision donne issue de chaque côté à un liquide purulent, épais, filant, tenant en suspension des flocons blanchâtres en grande quantité. La face interne, ardoisée sur une bonne partie de son étendue, est recouverte de dépôts adhérents, muco-purulents, qu'un filet d'eau détache difficilement.

Les poches étant vidées, on reconnaît que toutes deux sont simples, uniloculaires et qu'elles communiquent par leur partie supéro-externe avec l'abouchement de la portion cylindrique qui se continue avec les cornes de l'utérus. Nul doute alors qu'on ait affaire à la dilatation des deux trompes.

A gauche et en arrière quelques fausses membranes recouvrent des plaques de sang concrété qui s'étalent également dans le cul-de-sac utéro-rectal. On trouve par places des nappes sanguines étalées, d'un brun rougeâtre à la coupe, et ne dépassant pas l'épaisseur de 1 à 2 millimètres.

La tumeur globuleuse qui apparaissait à l'ouverture de l'abdomen n'est autre qu'un corps fibreux développé sur la paroi antérieure de l'utérus; il a le volume du poing. Il est libre, sauf par sa base qui présente un pédicule aplati d'une largeur égale au diamètre de ce corps. Second corps fibreux du volume d'une noix en arrière de celui-ci, correspondant au fond de la matrice. Un troisième, faisant une légère saillie sur la paroi postérieure, se trouve complétement inclus dans cette paroi; il a le volume d'une noisette.

L'incision de l'utérus nous permet de reconnaître les particularités suivantes : cavité cervicale fusiforme, ayant, depuis l'isthme jusqu'au museau de tanche, une longueur de 6 centimètres; sur le bord inférieur, saillies vésiculeuses ponctiformes, comme des têtes d'épingle, formant couronne et contenant un liquide clair et transparent; largeur à la partie moyenne, 22 millimètres. La cavité du corps mesure depuis la portion de l'isthme jusqu'au fond 4 centimètres de haut, sa largeur est de 25 millimètres, — de sorte que, n'était sa largeur un peu plus considérable, elle semblerait comme annexée à la cavité cervicale. — Elle présente en outre un corps fibreux, allongé en amande, de 2 centimètres de long, pédiculé supérieurement, à 2 millimètres environ du fond de l'utérus.

Pour bien mettre en évidence la portion utérine des trompes, il a fallu sectionner le corps fibreux principal, et nous avons facilement reconnu que l'origine des trompes avait subi par le fait de son développement une striction telle qu'il avait pu en résulter une rétro-dilatation dans la portion libre de ces organes, et ce qui a pu nous confirmer dans cette hypothèse, c'est que le kyste du côté gauche n'a pas atteint un volume aussi considérable, la pression s'étant principalement exercée vers le côté droit du fond de l'utérus. En ce point, le conduit intestinal se trouvant compris entre le corps fibreux antérieur et celui que nous avons signalé sur le bord de la matrice, une section du premier suivant la longueur nous a permis d'apprécier facilement ce mécanisme qui n'est pas moins évident pour la trompe gauche; toutefois, la compression du canal n'avait pas ici pour agents deux corps voisins, mais elle résultait du développement de la tumeur fibreuse qui, s'insinuant dans la paroi utérine au-dessus et au-dessous du canal tubaire, en effaçait complétement le calibre.

Le foie est hypertrophié et gras. — Vésicule distendue. Rate normale. — Reins gras, ramollis, décolorés : pas d'adhérence de la capsule.

Intestins : rien à noter. — Parois vésicales épaissies ; pas de cystite. — Rien de particulier dans les veines crurales. — Poumons sains, refoulés par l'épanchement péritonéal. — Congestion des bases. — Cœur dilaté, sans lésions valvulaires. Les deux séreuses sont saines.

35. Atrophie du testicule ; par P. Reclus, interne.

Le testicule que je présente a été recueilli à l'Ecole Pratique sur un sujet de 24 ans. Il est complétement atrophié et une coupe antéro-postérieure a permis de constater qu'il est transformé en un noyau fibreux. A peine existe-t-il, au centre de l'organe, quelques vestiges des tubes séminifères.

Si je le présente, c'est qu'il me paraît intéressant de faire remarquer la différence de volume qui existe entre le testicule proprement dit et l'épididyme. Celui-ci n'est point atrophié et sa masse est certainement 4 à 5 fois plus considérable que celle du testicule qui, avant la dissection, était comme perdu au milieu de la vaginale épaissie et dans les replis de l'épididyme. Or, j'observe maintenant à la Pitié, dans le service de M. Labbé un malade dont les deux testicules se sont atrophiés à la suite d'une orchite traumatique ; ils sont à peine gros comme des haricots et cependant les épididymes paraissent volumineux. Ils ne semblent pas avoir subi le retrait qui s'est manifesté dans la glande. Deux autres cas analogues que j'ai pu examiner me portent à croire que telle est la règle.

Serait-ce à dire que l'épididyme ne serait pas exposé aux inflammations et à leurs accidents consécutifs : évidemment non, et l'on sait, au contraire, combien l'épididymite est plus fréquente que l'orchite. Mais nous croyons que la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, consécutive à l'inflammation aiguë, provoque des phénomènes différents par suite des différences de structure. Dans le testicule, les travées conjonctives qui séparent les lobules, sont à peine marquées ; les tubes séminifères constituent à eux seuls la presque totalité de la glande ; que les rétractions interstitielles surviennent, les tubes atrophiés disparaîtront et la glande diminuera rapidement de volume. — Mais dans l'épididyme, les tubes sont moins nombreux, les parois en sont plus épaisses et le tissu conjonctif est fort abondant. Si ce tissu prolifère, il ne pourra se faire que fort peu de place en refoulant les tubes ; aussi, loin de diminuer de volume, il s'accroîtra le plus souvent. C'est ainsi que j'expliquerais pourquoi l'orchite aiguë peut être suivie d'atrophie et l'épididymite de noyaux indurés et gros.

36. Hernie de la vessie (*inguino-scrotale droite*) ; par G. Marchant, interne.

Joseph S..., âgé de 67 ans, entre le 17 avril 1875 à l'hôpital Cochin (service de M. Després), pour une rétention d'urine. L'état de subdelirium dans lequel il se trouve ne permet pas d'avoir, sur ses antécédents, des détails bien précis. Il porte à droite et à gauche, deux hernies inguinales volumineuses, réductibles : de plus, à droite et par la palpation on sent une tumeur volumineuse, fluctuante, mais pas très-nettement. Cette poche est placée derrière la masse intestinale, et pour la bien sentir il faut réduire ce paquet. La pression est douloureuse, et réveille chez le malade un besoin d'uriner particulier. Si on prolonge cette pression, on peut voir sortir par le canal quelques gouttes d'urine. Le fait dominant est la rétention d'urine, et une sonde de moyen calibre, introduite dans la vessie, passe sans rencontrer d'obstacle, mais pour obtenir quelques gouttes d'urine, il faut l'enfoncer profondément.

18 *avril*. — Tenant compte des signes observés la veille, mais moins sensibles aujourd'hui, M. Després diagnostique une hernie de la vessie : la cause productrice doit en être cherchée dans des péritonites antérieures, ayant amené des adhérences entre l'intestin hernié et la vessie. — Il est probable, pense M. Després, qu'à un moment donné le sac a été réduit avec la hernie (les hernies remonteraient à une quarantaine d'années et les troubles urinaires a 12 ans), que des adhérences se sont produites entre la vessie et ce sac, et que les intestins en sortant de nouveau, ont entraîné la vessie. — Au moment de la visite, le malade a de l'incontinence d'urine et son lit est mouillé abondamment.

Le soir, l'intestin hernié a pour ainsi dire disparu à droite, et est remplacé par une tumeur volumineuse, fluctuante, irréductible. La pression en est douloureuse. — Le malade n'a pas uriné depuis le matin. — Une sonde introduite permet l'issue de l'urine, mais celle-ci s'écoule goutte à goutte, et ce n'est que lorsqu'on vient à comprimer cette tumeur qu'on voit l'urine s'écouler par un jet, dont le degré de pression peut modifier la force. L'état général du malade est grave. Douleurs rénales à la pression. Les urines sont purulentes.

La mort a lieu à 4 heures du matin.

Autopsie. — *Cerveau* sain. *Foie* sain. *Poumons* sains, si ce n'est un peu d'emphysème. *Cœur* normal. *Reins* fortement congestionnés. — Leur tissu est friable, cassant, granuleux, rappelant celui de la rate. — Sur le bord convexe du rein gauche, on trouve à la partie moyenne, une excavation du volume d'une noisette, renfermant du pus, et parcourue par des tractus fibreux ; la muqueuse des bassinets est hypérémiée. Uretères très-dilatés.

L'orifice supérieur du canal inguinal droit est considérablement dilaté. Dans ce canal et se prolongeant jusque dans le scrotum, on trouve une poche remplie de liquide, ayant contracté des adhérences avec les enveloppes du scrotum, et qu'on reconnaît être la vessie ; elle est déviée de sa place normale, et comme contournée sur elle-même à sa partie antérieure. Au-devant de la vessie, ainsi déplacée, on trouve une poche tapissée par le péritoine, ou plutôt un sac péritonéal, profond, descendant jusqu'au sommet de la vessie, et qui n'est autre que le sac dans lequel, pendant la vie, s'engageait très-facilement l'intestin. Tout autour, on trouve des vestiges de sacs plus petits. — Enfin la vessie est adhérente aux enveloppes du scrotum.

Ces détails permettent de se rendre compte des phénomènes observés pendant la vie. Il existait une sorte de balancement entre la réplétion de la poche naturelle, la vessie, et celle du sac herniaire. La vessie était-elle distendue par de l'urine, l'intestin était chassé, et la hernie de la vessie était de la dernière évidence. Il y avait alors rétention d'urine. — L'intestin au contraire venait-il à passer dans le sac, l'urine s'accumulait difficilement dans la poche ; — il y avait alors incontinence.

REVUE DE PHARMACOLOGIE.

Sur le bromure de lithium.

Depuis quelque temps, la thérapeutique tend à s'enrichir d'un nouveau médicament, le bromure de lithium. Ce corps est obtenu par la combinaison directe de l'acide bromhydrique et de la lithine, et sans rien vouloir enlever à l'honneur qui revient à Remmelsberg d'avoir trouvé cette combinaison, je me contenterai de faire remarquer qu'il suffit d'unir un acide avec une base pour obtenir le sel correspondant. Le mémoire que le Dr Roubaud vient de publier sur ce corps, sur ses propriétés et les observations qu'il cite à l'appui, m'ont suggéré quelques réflexions.

Il est certain que la lithine possède un pouvoir dissolvant considérable vis à vis de l'acide urique, et que ses sels présentent également cette propriété. Un sel de lithine agit par sa base, peu importe quel soit l'acide, et dans les observations citées, il est à croire que la lithine ou son carbonate auraient produit le même résultat, et peut-être d'une façon plus satisfaisante, dans ce sens qu'on en aurait employé une dose moindre pour représenter la même quantité de lithine. Il n'y a pas lieu, je crois, d'invoquer ici la grande solubilité du bromure de lithium, car la dose à laquelle on administre journellement le carbonate de lithine représente une quantité de cette base plus que suffisante pour dissoudre l'acide urique qui peut être éliminé chaque jour. Le bromure de lithium d'après les expériences de M. Frédéric Wurtz, possède une action lithontriptique ; je n'ai rien trouvé dans Garrod à ce sujet. Cette action, du reste, ne lui serait point spéciale, et le mérite de cet agent, dû principalement à son emploi nouveau, n'a encore d'autre effet que d'en élever considérablement le prix.

Je ne me permettrai plus la même réflexion, si l'on consi-

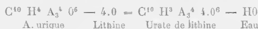
dère le bromure de lithium comme sédatif. Ce corps, en effet, est excessivement riche en brôme, et l'on regarde les bromures comme d'autant plus actifs que l'équivalent de leur base est plus faible. On pourrait les classer dans cet ordre croissant d'activité · Bromure de potassium, sodium, ammonium, calcium et lithium.

En envisageant la question au point de vue purement théorique, on se demande quelle considération a pu amener l'emploi du bromure de lithium comme lithontriptique. On sait, en effet, que l'acide urique excessivement peu soluble dans l'eau, l'est bien plus dans les solutions alcalines par suite de la formation d'un urate. On sait aussi que la solution de lithine attaque plus vite l'acide urique que celle de soude, et que cette dernière agit plus promptement que la potasse: que cette gradation subsiste pour les bromures correspondants, il n'y a rien là de bien surprenant; mais que le bromure de lithium l'emporte sur le carbonate de lithine, voilà un fait tout au moins imprévu et pour lequel l'auteur aurait bien pu donner quelques détails d'expérience. En chimie, nous avons la balance, et le mot « l'emporter manifestement » ne constitue pas un poids. Ce fait manque d'une certaine rigueur scientifique qui n'échappera point à un lecteur impartial.

Je ne pense pas, pour ma part, que le bromure de lithium exerce une action chimique sur l'acide urique. Il se passe probablement un fait assez fréquent en chimie, c'est qu'un corps (ici l'acide urique) est plus soluble dans une dissolution saline (bromure) que dans l'eau pure.

Au contraire, avec des sels pouvant facilement céder une partie de leur base, il y a une véritable action chimique. Ainsi le phosphate de soude dissout l'acide urique parce que ce dernier lui enlève une partie de sa base, et se transforme en urate de soude, mais en même temps, le phosphate de soude est devenu phosphate acide, et est la cause première, comme on le sait, de la réaction de l'urine.

Avec la lithine ou son carbonate, l'action chimique est plus simple, il se forme un urate de lithine plus soluble que l'acide isolé.



$$C^{10} H^4 A_3^4 O^6 - 4.0 = C^{10} H^3 A_3^4 4.O^6 - HO$$

A. urique — Lithine — Urate de lithine — Eau

et avec le carbonate



$$C^{10} H^4 A_3^4 O^6 - 4.0 CO^2 = C^{10} H^4 A_3^4 4.O^6 - HO - CO^2$$

A. urique. Carbonate de lithine. Urate de lithine. Eau A. carbonique.

On pense que la même réaction s'accomplit dans l'économie et c'est pour cela qu'on administre la lithine ou son carbonate; ces corps, en effet, ne sont pas décomposés dans l'organisme, et là, où ils se trouvent en contact avec l'acide urique, ils le transforment en urate plus soluble et par conséquent plus facilement éliminable. S'il y a un avantage réel à donner un sel de lithine très-soluble, un raisonnement bien simple ferait éliminer le bromure. Nous savons que certains acides organiques, tels que les acides *citrique, tartrique* sont transformés dans l'économie et éliminés à l'état de carbonate. Donnons donc le *tartrate* et surtout le *citrate de lithine* et nous réunirons tous les avantages d'un sel soluble à ceux d'un sel alcalin. En employant un sel soluble, nous pourrons faire absorber telle quantité de lithine qu'il plaira, et cette lithine, s'éliminant à l'état de carbonate, nous serons dans les meilleures conditions pour dissoudre l'acide urique. Garrod, a du reste, indiqué cet emploi du citrate de lithine. Le tartrate est très peu soluble, le citrate l'est beaucoup; tous deux se préparent en saturant directement l'acide par le carbonate de lithine.

Si l'emploi du bromure de lithium est une question de nouveauté, hâtons-nous de l'employer pendant qu'il guérit, et pour en faciliter l'usage (car son prix est exagéré), je vais indiquer deux modes de préparation aussi simples que faciles à exécuter :

1° On place dans un vase à précipité 37 grammes de carbonate de lithine délayé dans 200 grammes d'eau distillée ; puis 80 grammes de brôme. On fait traverser par un courant d'hydrogène sulfuré jusqu'à disparition complète du bromure. Il se fait sur place de l'acide bromhydrique qui, au fur et à mesure de sa formation, décompose le carbonate de lithine. Il se produit donc du bromure de lithium pendant que du soufre est mis en liberté. On chauffe légèrement pour chasser l'excès d'acide sulfhydrique et agglutiner le soufre. On concentre après filtration, et si l'on veut obtenir le bromure cristallisé, on termine la dessiccation sous une cloche en présence de l'acide sulfurique ; dans le cas contraire, on conserve la solution dont le titre est connu.

2° On peut aussi préparer le bromure de lithium par double décomposition. On commence par se procurer du sulfate de lithine en traitant 37 grammes de carbonate de cette base par 49 grammes d'acide sulfurique monohydraté étendu dans son volume, et l'on conserve cette solution.

D'autre part, on fait dissoudre dans la plus petite quantité d'eau possible 119 grammes de bromure de potassium. On mélange les deux solutions, il se fait un précipité abondant de sulfate de potasse dont on favorise la formation par l'agitation ou l'addition d'un peu d'alcool. On évapore ensuite à siccité, en terminant cette opération au bain-marie. On traite le résidu par l'alcool. Ce dissolvant n'enlève que le bromure de lithium et l'abandonne par évaporation. Il ne reste plus qu'à faire cristalliser en reprenant par l'eau, ou à conserver en solution titrée.

YVON.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies des enfants. Par Ch. West, traduites sur la sixième édition anglaise et annotées par le Dr Archambault (1).

Comme prend soin de nous l'annoncer le traducteur, il ne s'agit point ici d'un livre didactique comparable aux ouvrages classiques français, où toutes les maladies soient étudiées les unes après les autres dans chacun de leurs éléments; il s'agit d'entretiens sur les principaux sujets de pathologie infantile, dus à un praticien consommé qui met à la disposition de tous, les fruits de son labeur et de sa vaste expérience.

Le lecteur trouvera, dans ces leçons pleines de tact et d'enseignement, des règles de diagnostic et des indications de traitement formulées par un homme qui n'a d'autres préoccupations que de rappeler les doutes qui l'ont assailli, les difficultés auxquelles il s'est heurté, et les erreurs dans lesquelles il est tombé quand il a commencé le dur apprentissage de la médecine d'enfants.

Le Dr West, passant en revue les principales maladies de la première et de la seconde enfance, ne craint pas, en homme qui a longuement pratiqué les bébés, de nous donner, sur les mille riens de la médecine infantile, des détails et des conseils dont n'apprécieront pas l'excellence et l'utilité, ceux-là seuls qui, n'ayant pas approché les enfants, ne se doutent pas des difficultés qu'ils rencontreront à chaque pas.

C'est pour armer chacun de nous contre ces difficultés, que le professeur, consacrant sa première leçon à l'étude générale des maladies, indique les moyens qui permettront au médecin, abordant un enfant malade, « d'entendre les accents d'une » langue étrangère et d'observer coutumes et manières telles » qu'il n'en a pas encore vues. »

On devra lire tout entière la seconde leçon pleine de considérations sur le traitement, d'autant plus que le professeur nous fait profiter d'une expérience de trente années et des changements, apportés par le temps et l'étude, dans son intervention thérapeutique.

Le lecteur trouvera maintes recommandations précieuses sur l'art de prescrire qui, lui évitant bien des tâtonnements, lui apprendront à manier les médicaments comme s'il avait vécu au milieu des bébés, comme s'il avait été témoin de ces batailles que livrent trop souvent les enfants afin d'échapper aux doses massives ou aux potions désagréables. L'auteur nous indique pour chaque maladie, les formules qui lui ont presque toujours assuré la victoire sur ses clients les plus récalcitrants.

Les huit leçons qui suivent sont consacrées aux maladies du système nerveux. Le professeur prépare ses élèves à cette étude par des considérations générales sur la fréquence et la symptomatologie des affections cérébrales dans le jeune âge.

(1) Paris, 1875 ; G. Masson, éditeur.

La valeur séméïologiques des convulsions, ce symptôme avec lequel il faut compter à chaque pas dans la clinique infantile, est longuemeut discutée. L'auteur les étudie successivement suivant qu'elles surviennent à la fin d'une maladie sérieuse, qu'elles surprennent un eufant en bonne santé, qu'elles accompagnent une affection pulmonaire ou qu'elles appartiennent aux prodromes des fièvres éruptives.

La congestion, l'hémorrhagie cérébrales, puis l'hémorrhagie méningée sont étudiées spécialement dans leurs iudications pronostiques et thérapeutiques. Tout en s'arrêtant peu sur la physiologie pathologique de la dernière affection, le Dr West fait de justes réserves sur la théorie des fausses membranes primitives qui tend à devenir exclusive.

Les sixième et septième leçons sont consacrées à la méningite tuberculeuse : le professeur donue tous ses soins au traitement prophylactique puis, palliatif. Nous devons savoir gré au savant médecin de Londres, tout pénétré qu'il est, par une longue et pénible expérieuce, de l'inanité de l'intervention thérapeutique, de nous mettre dans la main des armes sinon nouvelles et sûres, au moins nombreuses pour procurer la plus grande somme possible de soulagement à l'enfant et d'illusions à la mère, dont le courage doit être soutenu alors même que le temps de l'espérance et de l'iutervention utile est passé.

Aux maladies aiguës du cerveau fait suite l'hydrocéphalie, qui forme comme un trait d'union entre les affections aiguës et les affections chroniques.

L'hydrocéphalie est étudiée dans ses symptômes, sa pathogénie, son auatomie pathologique et son traitement.

Le professeur regarde l'hydrocéphalie chronique comme étant, dans la presque généralité des cas, la suite d'une inflammation chronique des membranes ventriculaires. Celleci aboutit à la formation d'élevures papilliformes qui donueut à l'épendyme sou aspect chagriné bien connu. Cet épaississement épendymaire peut entraîner l'obstruction des trous de Monro ou de l'aqueduc de Sylvius et, par suite, collecter le liquide dans les ventricules contrairement aux lois de la pesanteur. C'est là un point d'auatomie pathologique bien mis en lumière dans les présentations faites à la Société de Biologie, il y a plus de dix ans par M. Archambault.

Les leçons suivantes traitent des tubercules, des hydatides et cancer cérébraux, puis des maladies de la moelle.

A propos des convulsions iudépendantes d'une affection organique du cerveau, le Dr West étudie longuement le spasme de la Glotte qui, dit-il, n'a qu'un rapport avec le Rachitis, celui qui unit les convulsions à toute nutrition défectueuse.

Après une courte étude de l'épilepsie, le professeur, traitant de la Chorée, fait des réserves sur la coïncidence qui semble établir tant de rapports entre le rhumatisme et la danse de Saint-Guy.

De ces réserves, nous devons simplement conclure que la coïncidence s'observe plus fréquemment sur le continent qu'en Angleterre; il n'est personne, en France, qui frappé, du très-grand uombre de faits d'alternance ou de coïncidence de la Chorée et du Rhumatisme, ne se rallie aux idées exposées daus les travaux de MM. G. Sée et Roger.

Passant à la physiologie de la maladie, le Dr West tire, du mode de début de la géuéralisation presque constante à tous les membres et de certains faits de contagion, les objections les plus sérieuses à la théorie de ses concitoyens Kirkes et H. Jackson qui voudraient trouver dans l'embolie des petits vaisseaux du corps strié la raison de l'incoordination des mouvements chez les choréiques.

On trouvera dans la quinzième leçon des enseignements pratiques qu'on chercherait vainement ailleurs sur les terreurs nocturnes, leur valeur séméïologique et leur traitement, sur l'hypochondrie, la simulatiou et la folie chez les enfants. Des pages à lire tout entières sont consacrées à l'idiotie et à l'éducation raisonnée des idiots.

Les maladies des organes respiratoires font l'objet des six leçons suivantes. Après des considérations générales sur les fonctions respiratoires et leurs troubles au début de la vie, le professeur entre dans l'étude du collapsus pulmonaire, de la bronchite, de la grippe, de la pneumonie, de l'œdème, du poumon et des inflammations de la plèvre. Le traitement de ces affections, de la pneumonie et de la pleurésie notamment, est étudiée avec soin et détails.

On verra dans la leçon vingt-trois, que le professeur de Londres tend à faire du croup un symptôme commun, et à l'inflammation aiguë du larynx et à sou inflammation diphthéritique plutôt qu'une maladie. L'auteur, en comprenant sous le nom de croup deux affections différentes, s'éloigne complétement de l'Ecole française, qui réserve exclusivement le nom de croup à la laryngite diphthéritique. C'est sans doute parce que le Dr West comprend dans le croup la laryngite aiguë, qu'il professe, qu'appelé auprès d'un croup au début, il placerait toute sa confiance dans un traitement antiphlogistique dont la saignée et le tartre stibié devraient faire tous les frais.

Quoique la trachéotomie donne eu Augleterre un quart de guérisons de moins qu'en France et eu Amérique (statistiques de MM. G. Sée, Roger, Jacobi), le Dr West se déclare partisan de l'opération. « Le bien-être, dit-il, que la trachéotomie pro» cure, lors même que tout espoir a disparu, ne me semble » pas acheté trop cher au prix de sa pratique. »

Ne pouvant nous arrêter à chacune des leçous, nous signalerons simplement l'objet des suivantes dans lesquelles sont passées en revue : la diphthérie et l'angine diphthéritique, la coqueluche et ses complications, la phthisie pulmonaire et la phthisie bronchique étudiées dans leurs particularités anatomiques et symptomatiques.

La trentième leçon est consacrée aux maladies du cœur, plus fréquentes chez l'enfant qu'on ne le supposait il y a quarante ans. Le professeur insiste sur ce fait très-important qus les lésious cardiaques, chez l'enfant, peuvent persister très-longtemps, durer toujours sans devenir des maladies et même s'amender en tant que lésion, d'où le médecin est autorisé à porter un pronostic plus favorable qu'il n'aurait le droit de le faire chez l'adulte.

L'étude des maladies des organes digestifs est précédée de considérations générales sur l'alimentation des petits enfants. Le muguet, la dentition, les stomatites, les amygdalites, les maladies de l'estomac, l'ictère, la coustipation et la diarrhée sont l'objet d'indications pathogéniques et thérapeutiques.

Les pages suivantes sont consacrées aux formes aiguës et chroniques de la péritonite, aux vers intestinaux, à l'albuminurie, à la gravelle, aux calculs et aux tumeurs abdominales.

Les cachexies infantiles (syphilis, scrofule, rachitis), sont étudiées dans la quarante-uuième leçou : l'étiologie, les manifestations, le traitement des deux premières maladies sont l'objet de développements étendus : il en est de même pour la physiologie pathologique de la déformation des membres, la prophylaxie et la thérapie du Rachitis.

La fièvre typhoïde est décrite avec détail, et son diagnostic discuté avec soin : le professeur entre dans de longs développements à propos du traitement qu'il envisage suivant chacun des symptômes principaux.

C'est par l'étude des fièvres éruptives et de leurs complications que se termine ce livre dont nous aurions désiré donner une idée plus exacte et une analyse plus complète.

Limité par l'espace, nous nous sommes efforcé, par la seule énumération des nombreux sujets étudiés dans ces leçons, de montrer au lecteur tout ce qu'elles renferment d'enseignements et de conseils pratiques. Nous voudrions qu'on sût, qu'à chaque page du livre, éclate le désir qu'a l'auteur de donuer de la maladie l'idée la plus nette afin de conduire aux iudications les plus exactes, au traitement le mieux éprouvé.

Reconnaissant les qualités de cet ouvrage, praticiens ou élèves, sauront gré à M. Archambault d'avoir puisé, dans une estime profonde pour le caractère du médecin de Londres et dans une juste appréciation de son œuvre, l'idée d'une traduction.

Quant au professeur *for sick children*, il doit éprouver une satisfaction sans mélange, en songeaut que son livre, ne pouvait, pour être présenté au public français, trouver meil-

leur parrain ni plus fidèle traducteur que le médecin des Enfants Malades. L. LANDOUZY.

VARIA

Université Hopkins à Baltimore.

Au moment où le clergé de France s'agite pour la création des universités catholiques, il n'est pas sans intérêt de raconter ce qui se fait pour organiser à Baltimore l'université Hopkins. Cet établissement, qui sera ouvert en 1876, se compose de trois parties : l'université proprement dite, l'école de médecine et un hôpital, qui, quoique distincts, ne formeront cependant qu'un seul tout.

Le créateur, M. Jones Hopkins est mort l'an dernier, laissant pour ce but une somme évaluée à plus de quinze millions de francs. Il a nommé, pour l'instrument de ces dernières volontés, trois corps de neuf exécuteurs testamentaires ; le premier chargé de l'université, le second de l'école de médecine et le troisième de l'hôpital. Ces exécuteurs testamentaires ont la plus grande liberté d'action ; cependant, il leur est formellement enjoint de prendre des mesures pour que la politique et surtout la religion soient sévèrement exclues da toutes les parties de l'enseignement.

Les exécuteurs testamentaires se sont entendus il y a quelques mois pour nommer président de l'université, M. Henry Gillmann, alors président de l'université de San Francisco.

M. Henry Gillmann ayant accepté cette belle mission, s'est rendu immédiatement en Europe pour s'informer de l'état des universités d'Angleterre, de France, d'Allemagne, etc., etc.

Dès son retour en Amérique, les cours de science et de droit seront ouverts dans un local provisoire. En effet, l'université définitive ne sera construite que lorsque tous les cours seront organisés ; seulement alors l'on pourra se faire une idée tout à fait exacte tant des besoins réels de chaque enseignement que de la manière de les concilier.

Le journal anglais *Nature* nous apprend, dans son dernier numéro, qua M. Henry Gillmann se trouve actuellement à Londres, après avoir parcouru une première fois les principales villes scientifiques du continent. Il n'a encore engagé qu'un seul professeur, M. H.-A. Rouland, jeune physicien anglais qui s'est fait déjà connaître par des travaux sur le magnétisme et qui sera chargé du cours de physique mathématique.

Le recrutement du corps enseignant ne sera point sans offrir quelques difficultés, car M. Henry Gillmann ne cherche pas seulement le talent d'exposition qui, quoique nécessaire, est cependant secondaire à ses yeux. Les instructions lui enjoignent de prendre des hommes qui dans leur carrière scientifique ont montré un esprit véritable d'initiative. En effet, ne s'étant pas borné à apprendre et à digérer les leçons qu'ils ont reçues, ils pourront inculquer à leurs élèves un véritable amour des recherches scientifiques.

Le but de l'université de Baltimore est, en effet, de servir au progrès des sciences et non de dresser de brillants perroquets capables de passer avec une boule blanche chacun de leurs examens.

Ce n'est point une fabrique de bacheliers, de licenciés, ou même de docteurs dont M. Jones Hopkins a voulu doter sa patrie, mais une institution digne d'un peuple libre, en un mot un véritable sanctuaire de la libre-pensée qu'il a eu l'intention d'ériger.

Les mangeurs d'arsenic.

Devant une réunion scientifique qui vient d'avoir lieu à Gratz, en Styrie, le docteur Knapp a présenté deux Styriens mangeurs d'arsenic, et il a donné à ce sujet quelques curieux détails. Il est difficile, a-t-il dit, de préciser des chiffres sur l'accroissement du nombre des mangeurs d'arsenic, mais je suis convaincu qu'il en existe un très-grand nombre en Styrie. Ce sont pour la plupart des garçons d'écurie, des bûcherons et des forestiers et même des femmes. Beaucoup de ces individus ont commencé à 17 ou 18 ans à manger de l'arsenic, et ont continué jusqu'à un âge très avancé. La plupart d'entre eux gardent sur cette pratique un secret qui empêche d'établir une statistique exacte. Ils donnent, pour expliquer ce goût singulier auquel ils se livrent, le prétexte que l'arsenic prévient les maladies et donne toutes les apparences d'une bonne santé ; que c'est un remède contre les difficultés de la respiration et qu'il aide la digestion. Un braconnier qui, devant moi, mangeait de l'arsenic, m'a dit qu'il avait acquis par l'habitude le courage de renouveler ses expériences. En réalité, les mangeurs d'arsenic semblent jouir d'une bonne santé et être robustes ; je pense qu'il n'y a que des personnes très-fortes qui puissent s'habituer à cette pratique ; il en est qui atteignent un grand âge ; ainsi j'ai vu à Zeirung un charbonnier de plus de 70 ans, encore très-vigoureux et très-alerte, qui prenait, m'a-t-on dit, de l'arsenic depuis plus de 40 ans. On m'a parlé d'un chasseur de chamois âgé de 81 ans qui en avait fait longtemps usage. Je n'ai jamais observé la cachexie arsénicale dans les gens adonnés à cette pratique. Il arriva qu'un de ces mangeurs d'arsenic, un apprenti corroyeur de Ligist, en 1865, étant ivre, en prit une dose trop considérable qui produisit un violent empoisonnement. D'après ce qu'il dit lui-même, il en avait pris un morceau de la grosseur d'une fève ; il se rétablit cependant et continua à manger de l'arsenic, mais avec plus de modération. Suivant mes observations, l'arsenic blanc (acide arsénieux), qu'on appelle aussi fleur d'arsenic et l'arsenic jaune (orpiment), sont pris à l'état sec. La dose est, naturellement, très-faible d'abord, puis elle s'accroît graduellement ; la plus forte dose que j'aie vu prendre est de 14 grammes ; Mathieu Schober, à Ligist, en a pris devant moi 7 grammes 1/2, le 17 avril 1865. Les intervalles entre la prise de chaque dose varient : tous les quinze jours, toutes les semaines, deux fois et même trois fois par semaine. Après ces faits constatés, on ne peut plus douter qu'il y ait des mangeurs d'arsenic. (*Journal officiel.*)

Ecole de médecine de plein exercice à Marseille.

Malgré les charges les plus lourdes qui pèsent sur le budget de notre cité, dit le *Marseille médical*, la Commission municipale n'a pas hésité à voter les 130,000 francs nécessaires pour la transformation de notre école secondaire de médecine et de pharmacie en école de plein exercice. Il est vrai que la ville s'est réservé le profit des inscriptions et des frais d'examens, ce qui diminuera considérablement les avances qu'elle devra faire, les élèves ne pouvant manquer d'accourir en très-grand nombre.

Marseille possède des hôpitaux où, grâce à la variétés des maladies, un enseignement clinique complet peut être installé ; les travaux anatomiques n'auront jamais à souffrir du chômage ; les études de chimie ont un auxiliaire puissant avec la Faculté des sciences. Il reste à compléter le cadre des études, forcément restreint jusqu'ici, mais dont on a les éléments sous la main. Si, comme on l'affirme, on ne veut plus pactiser avec les traditions de népotisme et de favoritisme, les concours assureront certainement à notre école transformée une brillante pléiade de jeunes et excellents professeurs. — D'ailleurs, nous allons bientôt pouvoir juger chacun à l'œuvre. En attendant, remercions nos édiles d'avoir doté Marseille d'une école de médecine et de pharmacie de plein exercice. — Notre ville ne peut que gagner à voir se développer une activité intellectuelle qui contre-balancera très-heureusement cette fièvre commerciale, trop souvent malsaine, qui y règne endémiquement. (*Marseille méd.*)

Exercice illégal de la médecine ; avortement.

Le nommé Heap, exerçait illégalement la médecine à Manchester ; il tenait une petite boutique, vendait des drogues et donnait des consultations. Tout cela, à la rigueur, aurait pu passer, si l'individu n'eût ajouté à son triste commerce la criminelle pratique des avortements. Vers le milieu de mars, Heap est consulté par une jeune fille qui désire se débarrasser d'une conception gênante ; il la fait passer dans l'arrière-boutique, où, en présence d'une servante complice, il pratique les manœuvres nécessaires. La jeune fille avorta, en effet, le lendemain, mais elle succombe deux jours après. L'autopsie révèle l'existence d'une péritonite causée par deux ponctions pratiquées sur l'utérus par le *quack doctor*.

Le coupable a été arrêté et condamné par le jury à la peine de mort. Malgré les nombreuses démarches faites pour obtenir sa grâce, Heap a subi le supplice de la corde, lundi 9 août dernier, à Liverpool. Jusqu'à présent la peine de mort n'avait été que très-rarement appliquée au crime d'avortement. Puisse-t-elle exercer une utile influence sur les hommes pervers qui, partout, se livrent à cette abominable pratique (*La Presse méd. belge*).

Poudre contre le prurit.

Fécule de pomme de terre	60	grammes.
Talc pulvérisé	30	—
Oxyde de zinc porphyrisé	10	—

Mêler. — Pour calmer les démangeaisons dont les organes génitaux sont souvent le siége chez les femmes enceintes. Lotions fréquentes avec de la décoction de pavot. (*Moniteur de thérapeutique.*)

Enseignement médical libre.

Anatomie. — M. le Dr Fort, professeur libre d'anatomie, commencera son cours d'anatomie le lundi 18 octobre à midi 1/2. Le programme complet des cours se trouve dans le nouveau *Guide de l'Etudiant*. On s'inscrit rue Jacob, 21, de 10 à 11 heures du soir ou de midi à 2 heures, rue Antoine-Dubois, n° 2.

MORTALITÉ A PARIS. — Population, 1,851,792 habitants. Pendant la semaine finissant le 1er octobre 1875, on a constaté : 726 décès ; savoir : variole, 5 ; — rougeole, 8 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 19 ; — érysipèle, 1 ; — bronchite aiguë, 19 ; — pneumonie, 15 ; — dyssenterie, 6 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 19 ; — choléra nostras, 2 ; — angine couenneuse, 9 ; — croup, 7 ; — affections puerpérales, 5 ; — autres affections aiguës, 254 ; — affections chroniques, 312, dont 133 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 28 ; — causes accidentelles, 16.

LONDRES. — Population, 3,445,160 habitants. — Décès, du 19 au 25 septembre 1875, 1,319 ; — variole, › ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 90 — fièvre typhoïde, 12 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite, 69 ; — pneumonie, 57 ; — dyssenterie, 1 ; — diarrhée, 125 ; — choléra nostras, 3 ; — diphthérie, 12 ; — croup, 10 ; — coqueluche, 49.

CONCOURS. — Le Jury de l'internat est définitivement constitué comme il suit : MM. d'Heilly, Lancereaux, Ferrand, Vidal, Richet, Maisonneuve, Lucas-Championnière.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (1875-1876). — MM. les internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17. Les cours auront lieu tous les jours à 4 heures, dans l'ordre suivant : *Anatomie topographique* ; M. Tillaux, directeur des travaux

anatomiques, [illegible] *Anatomie* [illegible] : M. Tern[illegible], prosecteur, [illegible] et [illegible] *Physiologie :* M. M[illegible], mercredi et samedi. *Histologie :* M. Grancher ; mardi et vendredi a [illegible]. — Le laboratoire d'histologie est ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le *musée* d'anatomie sera ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures.

Faculté de médecine de Paris. — Il est institué, au ministère de l'instruction publique, une commission chargée d'étudier les moyens d'améliorer et de compléter l'enseignement clinique de la Faculté de médecine de Paris. Sont nommés membres de ladite commission : MM. Desjardins, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'instruction publique, président ; Jourdain, secrétaire général du ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ; Tambour, secrétaire général de la préfecture de la Seine ; de Nervaux, directeur de l'Assistance publique ; Chauffard, inspecteur général des Facultés et des Ecoles de médecine ; Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris, Alphonse [illegible], membre du Conseil de l'Assistance publique ; Moissenet, membre du Conseil de l'Assistance publique. — Nous reviendrons sur la composition de cette singulière Commission.

— On commence à se préoccuper, dit le *Journal des Débats*, au ministère de l'instruction publique et des cultes, des diverses améliorations qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'enseignement public supérieur.

Les recteurs d'Académie et les doyens des Facultés seraient prochainement invités à donner leur avis sur celles de ces améliorations dont ils reconnaîtraient la nécessité. Puis le Conseil supérieur de l'instruction publique serait ensuite appelé à délibérer, dans sa première session de l'année 1876, sur le projet de loi qu'il y aurait lieu de rédiger dans ce but.

On n'a pas, en effet, oublié qu'en votant la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur, l'Assemblée nationale a ordonné au gouvernement, par l'article 25 de la loi du 12 juillet 1875 de présenter, *dans le délai d'un an*, un projet de loi ayant pour objet d'introduire les améliorations reconnues nécessaires dans l'enseignement supérieur de l'Etat.

Hopitaux de Saint-Etienne. — M. le docteur Michaud, nommé chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne au concours en 1871, vient de donner sa démission. Cette détermination, malheureusement dictée à notre sympathique confrère par l'état de sa santé, va être prochainement suivie de l'annonce d'un concours pour pourvoir à la place devenue vacante.

Nous ne craignons pas de donner cette nouvelle par anticipation, car l'administration des hôpitaux civils de cette ville s'est prononcée, à diverses reprises, en faveur des concours comme mode exclusif de recrutement des chefs de service en médecine et en chirurgie, sans aucune préséance pour aucun d'eux. D'ailleurs, les résultats obtenus depuis vingt ans à Saint-Etienne par l'institution du concours ont justifié la persévérance de l'administration et l'excellence de ce mode de nomination. (*Lyon médical.*)

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Boisseau, professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1875-1876, par M. Grynfelt, agrégé.

— M. Lamegrâce Jean-Justinien, né à Tarbes, le 10 septembre 1852, est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, pour une période de trois années, à dater du 1er novembre 1875.

Vacances médicales. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Moynac (L.). — Manuel de *Pathologie* et de clinique médicales. 1 volume in-18 de 740 pages. Prix : 7 fr. 50.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à quatre heures.

Dransart (H. N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8° de 32 pages avec 1 fig. 60 cent.

Dupuy (L. [illegible]). Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies. In-8° de 16 pages. 50 cent.

Onimus. — Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8° de 16 p. avec 4 fig. 60 cent.

Peltier (G.). De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages, 90 centimes.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, [illegible], RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 42 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 16 OCTOBRE 1875

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.— **M. G. HAYEM**, agrégé, suppléant. M. le professeur **BOUILLAUD**.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1).

Leçons recueillies par BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

CINQUIÈME LEÇON. — 15 avril 1875 (Suite).

Messieurs,

La formation de caillots ventriculaires pariétaux est un fait anatomique rare. On ne l'observe guère que dans les anévrysmes partiels du cœur et dans certains cas d'endocardite chronique ; elle ne me paraît pas avoir été notée dans la fièvre typhoïde.

Pour ma part, je n'ai encore rencontré qu'un seul exemple de caillots pariétaux du ventricule gauche. Il s'agissait d'un cas de phthisie pulmonaire. Sur la planche que je mets sous vos yeux, vous pourrez voir comment les caillots étaient disposés. A l'intérieur du ventricule gauche, on trouvait trois énormes masses d'apparence fibrineuse qui adhéraient fortement aux colonnes charnues. Le plus volumineux et le plus décoloré de ces caillots siégeait près de la pointe et, au-dessous de lui, l'endocarde était épaissi et blanchâtre.

Ces caillots étaient kystiformes, et l'un d'eux, en se vidant, avait donné naissance à des lésions emboliques des reins qui ressemblaient complétement à de petits abcès métastatiques.

Dans la plupart des autres observations de caillots ventriculaires, il s'est de même produit des embolies multiples, et cela souvent dans un grand nombre d'organes. Il n'existe pas d'ailleurs de condition plus éminemment favorable à la production de ces embolies, soit que les caillots faiblement adhérents aux parois ventriculaires se laissent entraîner par le courant sanguin, soit que constamment froissés par la contraction ventriculaire, ils se fragmentent, s'émiettent, soit enfin que, malgré leur adhérence solide, comme chez le phthisique dont je viens de vous parler, ils subissent un travail de ramollissement qui détermine le mélange de leur partie centrale avec le sang.

Nous trouvons donc, dans le cas que nous étudions, une source indubitable d'embolies, et ce fait, que nous ne soupçonnions pas pendant la vie, nous oblige à reprendre la discussion que nous avons soulevée à propos de la gangrène.

Outre la possibilité d'embolies, nous avons sous les yeux des infarctus multiples. Faut-il en conclure que ces infarctus sont indubitablement le résultat d'embolies?

La question, ainsi posée, paraît simple ; mais elle ne l'est pourtant pas en réalité. Si, au lieu d'affirmer que les lésions sont de nature embolique par la seule raison qu'il existe des caillots dans le cœur, on cherche quelles sont les preuves anatomiques qui établissent l'origine des infarctus, on est fort embarrassé.

Supposez qu'on soutienne ici qu'ils sont dus à des endartérites, qu'ils sont tous le résultat d'un travail local, que pourrait-on répondre à cette assertion ?

En tant qu'infarctus, ces lésions relèvent directement d'une oblitération des vaisseaux. Mais que cette obturation soit due à une embolie ou à une thrombose, l'infarctus a toujours les mêmes caractères. Sa conformation anatomique n'indique rien relativement au mode pathogénique de l'oblitération.

Il n'y a d'exception que pour les infarctus qui sont la conséquence de ce qu'on a désigné assez improprement avec Virchow sous le nom d'embolies spécifiques. On veut dire par là que lorsque les particules qui jouent le rôle de caillots migrateurs ont des propriétés spéciales (et non spécifiques), les infarctus ont également des caractères particuliers. Ainsi, les caillots migrateurs qui partent d'un foyer purulent, produisent des abcès métastatiques ; ceux qui proviennent d'un foyer de gangrène font naître la gangrène. Dans certaines conditions spéciales, la forme anatomique des lésions répond donc à une origine spéciale aussi. Mais dans les cas où les caillots sont d'ordre commun, comme ici, les infarctus d'origine embolique n'ont pas de traits caractéristiques. On peut même, exceptionnellement il est vrai, rencontrer des infarctus suppurés dans des cas où les caillots migrateurs n'ont rien de pyogénique. C'est là un fait qui est loin de rendre cette question moins obscure, mais qui est positif. Chez le phthisique dont je vous ai parlé tout à l'heure et qui avait d'énormes caillots pariétaux du ventricule gauche, la poussière d'un de ces caillots, qui certes n'était pas constituée par du pus véritable, a déterminé dans les deux reins une véritable pluie d'abcès métastatiques. C'était une sorte d'éruption confluente, formée par des grains jaunes, saillants, entourés d'une légère suffusion sanguine. Chacun de ces grains correspondait à une gouttelette de pus, et les artérioles étaient oblitérées par une matière granuleuse. Vous ne rencontrerez pas autre chose dans certains cas d'infection purulente.

Examinez d'ailleurs la nature des lésions que nous observons dans le cas actuel. Voici dans la rate des infarctus jaunes, dits fibrineux, dans la vessie une plaque jaunâtre de même nature ; de même, un des reins contient des infarctus durs non suppurés, et à côté de ces lésions, vous trouvez, dans l'autre rein, des portions nécrosées qui baignent dans un détritus purulent abondant. Chez le même sujet, on peut donc trouver des infarctus suppurés à côté d'infarctus durs et sans suppuration. Toutefois, dans notre cas, cette disposition complexe n'a pas grande importance et ne doit pas nous dérouter.

Les lésions du rein en question sont tellement considérables qu'on peut admettre que l'urine sécrétée par les portions respectées de l'organe a pénétré dans les infarctus et en a déterminé la suppuration.

Il n'en est pas moins vrai qu'en dehors des cas d'infection purulente et d'embolies gangréneuses, vous ne pourrez pas vous appuyer sur la nature des altérations des viscères pour établir l'origine de l'oblitération vasculaire.

Est-ce l'examen des vaisseaux qui vous permettra de faire la distinction qui nous préoccupe ? Ici, vous rencontrerez des difficultés d'un autre ordre et l'examen microscopique le mieux fait sera quelquefois impuissant à les surmonter. Je vais vous les signaler en quelques mots.

L'étude histologique des vaisseaux vous renseigne sur deux points. Elle vous montre d'une part, la structure des caillots et vous permet, d'autre part, d'apprécier l'état des parois artérielles.

Relativement à la structure des caillots il semble au premier abord qu'il soit permis de supposer que, lorsque des caillots sont d'origine embolique, ils doivent nécessairement avoir la même structure que les caillots d'origine ; que si par exemple les caillots des crurales, de l'aorte, des rénales, etc., proviennent dans notre cas des caillots cardiaques, la structure histologique des premiers sera conforme à celle des derniers.

Cela s'observe dans quelques cas, mais dans quelques-uns seulement, et une simple remarque va vous faire comprendre qu'il ne peut en être toujours ainsi. Supposez que nous retirions des artères oblitérées tous les caillots qu'elles contiennent pour les transporter dans le cœur, la cavité ventriculaire ne serait pas assez grande pour contenir le quart ou même le cinquième de la masse que nous obtiendrions.

(1) Voir les nos 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 41.

Arrêtés en un point quelconque d'une artère, les bouchons migrateurs ne tardent pas à s'entourer d'un caillot secondaire qui complète et étend l'obturation. Dans quelques cas, la matière embolique est perdue, pour ainsi dire, dans un caillot ayant la structure d'une thrombose, et quand cette thrombose a plusieurs centimètres d'étendue, vous pouvez multiplier presque à l'infini le nombre de vos coupes microscopiques, sans arriver à retrouver le caillot migrateur. C'est là un point de recherches fort difficile, et la simple inspection des artères oblitérées que vous avez sous les yeux, indique que cette difficulté existe ici à un haut degré.

Au milieu de tant de points obscurs, l'état des vaisseaux peut souvent fournir des renseignements décisifs. Quand, à côté d'une source d'embolies, on peut noter l'état parfaitement sain de la paroi artérielle, il est clair que l'artérite ne peut plus être invoquée.

Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples. L'endartérite est une lésion des plus fréquentes et, de plus, sa production est facile et prompte.

Il peut alors arriver que les caillots emboliques soient lancés dans des artères primitivement enflammées, ou bien que consécutivement à leur oblitération, ces vaisseaux, d'abord sains, s'altèrent. Dans l'une ou l'autre de ces circonstances, il est clair que la difficulté sera grande ; et elle le sera d'autant plus qu'une endartérite, même légère, suffit à déterminer la coagulation du sang.

Vous comprenez maintenant combien ces questions, malgré les moyens d'investigation que nous possédons, sont délicates à trancher. Mais il est inutile de vous faire remarquer qu'elles sont importantes à débattre, car il n'est pas indifférent de savoir si dans ce cas de fièvre typhoïde la mort a été occasionnée par l'altération du cœur ou bien l'artérite. Or, avant même de faire l'examen microscopique des vaisseaux, je crois pouvoir affirmer qu'il s'agit ici de lésions emboliques et non de thromboses.

Le meilleur argument sur lequel s'appuie cette affirmation c'est la multiplicité des lésions, et leur dissémination dans différents tissus et organes.

Pourquoi supposerions-nous, dans un cas semblable, des artérites disséminées dans un aussi grand nombre de points et sur des branches artérielles si diverses? Pour quel motif ces artérites disséminées auraient-elles déterminé sur des points si nombreux et si éloignés les uns des autres des coagulations sanguines? Dans l'artérite nous observons souvent une thrombose dans une branche artérielle plus ou moins enflammée ; il est rare que nous trouvions deux oblitérations éloignées l'une de l'autre ; plus rare encore un grand nombre d'oblitérations sans rapport entre elles.

Enfin, la gangrène de la jambe s'explique mieux dans l'hypothèse d'embolies que dans celle d'une artérite. Vous vous rappelez que la dissection de la pièce anatomique nous a fait constater un état particulier des vaisseaux qui diffère notablement de celui qu'on observe dans les cas ordinaires de gangrène sèche.

Le membre a été frappé de sphacèle, malgré la vacuité complète des artères terminales correspondantes. Il faut pour qu'un pareil résultat se soit produit, que la circulation collatérale ait été empêchée par des oblitérations multiples siégeant dans des branches secondaires qui n'ont pas été mises à nu pendant l'autopsie. C'est là une disposition qui correspond évidemment plutôt à des embolies qu'à l'endartérite.

Du reste, vous avez sous les yeux d'une manière frappante les résultats qu'on obtient expérimentalement en injectant chez les animaux, par le bout central de la carotide, des matières étrangères qui, poussées par le cœur, vont se bloquer dans certains points d'élection, et ces points sont précisément ceux qui sont ici altérés. Vous n'ignorez pas que les expériences, faites par MM. Vulpian, Prévost et Cotard, avec des graines de tabac, ont reproduit chez le chien des lésions absolument semblables à celles que nous étudions. Or, nous avons ici dans le cœur des caillots énormes, nombreux, à peine adhérents, qui restent dans les mains dès qu'on y touche ; ces caillots ont été poussés par un nombre incalculable d'ondées sanguines. Quand trouverez-vous une occasion plus logique d'admettre des embolies ? Entre deux hypothèses, il ne faut pas hésiter à choisir la plus simple et si j'ai tant insisté sur ce point, ce n'est pas, que pour ma part, j'éprouve la moindre hésitation, mais bien parce que le cas actuel m'a paru se prêter d'une manière toute particulière, à mettre en relief les diverses interprétations qu'on peut émettre dans ces circonstances.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus ;

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

On désigne sous le nom d'*élongation sous-vaginale, intra-vaginale,* ou *vaginale du col de l'utérus*, une hypertrophie partielle de cet organe, n'atteignant que la portion située au-dessous de l'insertion du vagin. Les conséquences de cette élongation sont faciles à prévoir : lorsque l'hypertrophie est peu prononcée, le col fait saillie en bas et en avant dans le vagin ; il apparaît à la vulve, ou même entre les cuisses, lorsqu'elle est plus accentuée.

On ne saurait confondre cet allongement hypertrophique du col avec le *prolapsus utérin*. En effet, ou bien ces deux affections existent isolément, et dans ce cas, la situation de la matrice, constatée par la palpation hypogastrique et le toucher vaginal ou rectal, fixe le diagnostic ; — ou bien elles coexistent, et alors la mensuration à l'hystéromètre indique un allongement du col compliquant le prolapsus.

En apparence rien n'est plus simple, et il semble impossible de méconnaître une affection dont les signes ont, en quelque sorte, une rigueur mathématique. Mais en réalité, il n'en est point ainsi ; la confusion de l'élongation du col avec le prolapsus utérin a été faite souvent par des chirurgiens, même expérimentés, et cette erreur a eu, pour un grand nombre de malades, des résultats désastreux. L'emploi de pessaires ou de divers autres moyens pour faire remonter un utérus hypertrophié dont la situation était parfaitement normale, devait, on le conçoit aisément, entraîner les accidents les plus fâcheux.

Le principal mérite d'avoir attiré l'attention des praticiens sur ce point, revient à M. Huguier, qui présenta à l'Académie, en 1859, un mémoire sur lequel nous aurons l'occasion de revenir souvent dans le cours de ce travail : l'histoire des diverses hypertrophies du col de l'utérus y est traitée de main de maître.

Depuis cette époque, un grand nombre d'observations d'élongation du col ont été reproduites par la presse médicale ; plusieurs monographies du plus haut intérêt ont contribué à élucider certains points qui n'avaient encore été qu'ébauchés.

Rassembler ces divers faits épars dans la science, en y ajoutant quelques observations inédites, et faire de toutes ces parties un tout homogène, tel est le but que nous nous proposons ici. Nous le croirons suffisamment rempli si nous réussissons à frapper l'esprit du lecteur des progrès considérables accomplis depuis quinze ans sur ce point, en apparence si restreint, de la pathologie utérine.

Historique. — Tout en faisant une large part aux travaux antérieurs de Desormeaux, Boyer, etc., M. Huguier s'est attribué d'avoir, le premier, démontré l'erreur où l'on était tombé depuis longtemps relativement au prétendu prolapsus de la matrice. Cette prétention souleva de nombreuses protestations, parmi lesquelles nous citerons celles de M. Depaul à l'Académie (1), et de M. Stoltz, dans la *Gazette hebdomadaire* (2). Néanmoins quelques auteurs, M. Courty entre autres, ont maintenu la priorité de M. Huguier. Il nous semble donc utile d'entrer dans quelques détails historiques, en remontant aux véritables sources. — Certains passages d'un livre resté célèbre (3) indiquent que Morgagni connaissait l'élongation du

(1) Depaul. — *Compte-rendus de l'Académie de médecine*, 1859.
(2) Stoltz (de Strasbourg). — *Gazette hebdomadaire*, vol. VI, 1859, p. 356.
(3) Morgagni. — *De sedibus et causis morborum*, 1761.

col de l'utérus. En effet, il décrit nettement, chez une femme de 25 ans, un corps cylindrique, semblable à un pénis, pendant dans l'intérieur du vagin, et il reconnaît le col de l'utérus descendu au voisinage de la vulve. Ailleurs, il pense que c'est à une laxité primitive du col qu'il faut attribuer une élongation si rare (1).

Dans le mémoire de Levret (2), publié quelques années plus tard, nous trouvons plusieurs observations claires et détaillées de l'affection qui nous occupe. — Les conclusions de Levret sont assez curieuses pour que nous reproduisions ce document :

« Cette maladie est, comme on vient de le voir, un renversement total du vagin, avec un *allongement considérable du col propre de la matrice*, sans que le corps de cet organe y ait presque part. En effet, on voit que les quatre tumeurs dont il vient d'être question avaient de commun entre elles, savoir : 1° la figure conique dont le moindre volume était en bas ; 2° qu'à la partie déclive de chacune d'elles était situé l'*os tincæ* ; 3° que de cette ouverture s'écoulaient les règles ; 4° qu'une sonde introduite par cette ouverture a pénétré jusqu'à six pouces de profondeur, et a même pu parvenir à toucher le fond..... Ces tumeurs diffèrent de la descente complète de la matrice sans renversement en ce que, quoique l'*os tincæ* soit réellement à la partie déclive de la tumeur, si on introduit une sonde par son ouverture, elle ne va guère au-delà de deux pouces de profondeur, tandis que, dans notre cas, on a vu qu'elle va de six à huit, quelquefois plus. »

Cette description est remarquable, surtout si l'on songe à l'époque où elle a été faite. Sans aucun doute le lecteur a été surpris, comme nous, en voyant qu'en 1773 l'usage du cathétérisme utérin était connu et qu'il avait déjà servi à établir, d'une façon indubitable, le diagnostic différentiel de l'hypertrophie du col et de la descente complète de la matrice.

Il existe néanmoins une lacune regrettable dans le mémoire que nous citons, nous voulons parler du traitement chirurgical de l'élongation. Levret et ses contemporains semblent bien éloignés de songer à l'amputation possible du col de l'utérus hypertrophié.

C'est à Brest (3), en 1780, qu'on pratiqua pour la première fois une opération de ce genre, par suite d'une erreur de diagnostic. On fit la ligature de la tumeur qui avait été prise pour un polype utérin, et la malade mourut de métro-péritonite. Nous ne retrouvons, vers la même époque, le récit d'aucune opération analogue, et il nous faut arriver en 1846 pour citer les deux exemples d'élongation du col, auxquels Ph. Boyer appliqua la résection.

Dès lors l'attention était attirée sur ce point, et la science put enregistrer successivement les remarquables travaux de Bennett, Virchow, Herpin, Boivin, Scanzoni et Huguier. L'important mémoire de ce dernier a été, depuis son apparition, sujet à de vives critiques. On a reproché à son auteur d'être trop absolu dans ses opinions, et de ne point tenir suffisamment compte des études de ses devanciers et de l'observation générale. Poussant ses opinions à l'extrême, au point de nier complétement l'abaissement de l'utérus et l'élongation congénitale du col, M. Huguier a été formellement contredit par MM. Depaul, Bennett, West (4), et plusieurs autres contemporains. Nous tâcherons plus loin d'apprécier la véritable valeur de ces objections.

Il nous reste maintenant à passer rapidement en revue les principales monographies traitant de l'élongation du col, et postérieures au mémoire de Huguier.

L'une des plus intéressantes est la thèse de Rumbach (5), qui a été inspirée par le professeur Stoltz (de Nancy) ; l'auteur insiste sur l'amputation du col à l'aide de l'écraseur linéaire employé, de préférence au bistouri, et cite plusieurs observations inédites à l'appui de sa manière de voir.

Dans une thèse (1), soutenue à peu près à la même époque que celle de Rumbach, un élève d'Estevenet, publie quelques faits provenant de la clinique chirurgicale de Toulouse. Plusieurs innovations proposées par l'auteur de ce travail ne nous semblent point très-heureuses. Ainsi, l'application de l'écraseur faite à plusieurs reprises différentes, et après avoir préalablement attiré le col à la vulve, nous semble une pratique dangereuse. Si elle a pu donner à Estevenet quelque résultat heureux, la grande majorité des faits se prononce contre elle ; aussi a-t-elle été complétement abandonnée.

Plus récemment, M. Guéniot a décrit sous le nom d'allongement œdémateux du col utérin une affection particulière de cet organe, presque toujours méconnue avant lui, et qui est encore aujourd'hui l'objet des plus grossières méprises de la part des gynécologistes allemands. Le chirurgien de l'hospice des Enfants-assistés différencie nettement cet allongement œdémateux de l'œdème proprement dit du col, dû à la compression par la tète fœtale, fait vulgaire et bien connu des accoucheurs. L'altération étudiée par lui est constituée par un engorgement hypérémique du col, résultat probable de l'inertie des fibres musculaires amenant consécutivement une surimbibition séreuse de cet organe. Nous aurons l'occasion de revenir plusieurs fois sur cette forme particulière d'élongation du museau de tanche. (*A suivre.*)

(1) Istain raram longitudinem.

(2) Levret. — *Mémoire sur un allongement considérable qui survient quelquefois au col de la matrice.* Dans le *Journal de médecine-chirurgie*, par Roux, vol. XL, 1773.

(3) Segard. — *Dissertation sur les polypes utérins*, Paris, 1804.

(4) Bonnet. — *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes.* Trad. franç. 1861. — Bennett. *Des ulcérations et des engorgements du col utérin.* Thèse de Paris, 1843. — Virchow. *In vertsaure der Gesellschaft für Geburt in Berlin*, 1847. — Herpin. *De l'allongement démesuré du col de l'utérus.* Janvier 1856. — Scanzoni. *De la métrite chronique.* Trad. Sibbermam, 1866.

(5) Rumbach. — *Des allongements hypertrophiques du col de l'utérus* (Thèse de Strasbourg, 1865).

(1) Silvestre. — *Considérations sur l'hypertrophie intra-vaginale du col de l'utérus et de son traitement*, thèse de Montpellier, 1866).

(2) Guéniot. — *De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement.* Asselin, 1872.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les internes réservistes.

Parmi les lettres que nous avons reçues à l'occasion des deux articles publiés par le *Progrès médical* sur la question des médecins réservistes, nous croyons devoir reproduire les deux suivantes : la première, parce qu'elle indique des moyens pratiques de faire disparaître les inconvénients que nous avons signalés ; la seconde, parce qu'elle résume en quelque sorte l'ensemble des remarques qui nous ont été faites. Nous avons établi dans notre discussion une distinction entre les médecins et les internes ou les externes réservistes. Cette distinction était justifiée en ce sens que pour les médecins, ou si l'on veut les docteurs en médecine, les pharmaciens, etc., le texte de la loi est très-clair, tandis que pour les seconds il n'existe pas, à proprement parler, de situation légale. De là, la nécessité d'examiner la situation qui leur est faite et d'appeler sur eux l'attention de l'administration de l'assistance publique et de l'administration de la guerre. C'est ce que nous faisons, pour notre compte, en reproduisant tout d'abord la lettre de M. Cartaz.

Paris, 12 septembre.

Mon cher Bourneville,

La lecture des articles que vous avez consacrés aux médecins réservistes me suggère quelques réflexions que je m'empresse de vous soumettre. A part les irrégularités et les anomalies assez bizarres que vous signalez à bon droit, la position des *docteurs en médecine* est parfaitement définie par le passage de la loi que vous reproduisez dans votre dernier numéro : aussi ne veux-je pas revenir sur ce point de la question. Je tiens seulement à vous faire remarquer l'inégalité choquante qui existe vis-à-vis de la loi entre de jeunes docteurs et tout le corps de l'internat, qui, par son mode de recrutement (deux concours : externat et internat) donne des garanties de capacité au moins égales, pour ne

rien dire de plus, à celles fournies par le diplôme de la Faculté. Les internes sont bel et bien simples réservistes; je viens d'en faire une expérience de 28 jours et c'est ce qui me met à l'aise pour parler de cette situation; je ne peux pas être accusé de faire un plaidoyer *pro domo meâ*.

L'Assistance publique nous interdit, par un réglement formel, de passer notre thèse, de prendre le titre de docteur, sous peine de démission forcée: c'est une prescription, j'allais dire proscription, sur l'utilité de laquelle on pourrait discuter, mais enfin le réglement existe ainsi.

N'y aurait-il pas moyen de concilier les exigences du Ministère de la guerre et les réglements de l'Administration? Au moment de la guerre de 1870, l'Assistance publique put (par décret) maintenir ses internes dans les hôpitaux; il est clair que la partie non belligérante de la population ne perd malheureusement pas ses droits au tribut des maladies et de la mortalité et qu'on ne peut désorganiser complétement des services hospitaliers de l'importance de ceux de Paris ou d'autres grands centres. Ce qui a pu s'obtenir à cette époque pourrait, ce me semble, être autorisé en temps de paix: l'Administration s'est-elle inquiétée de notre situation, a-t-elle fait des démarches auprès du Ministère; je ne suis pas dans les secrets du Conseil pour vous informer à cet égard. Toujours est-il que les internes réservistes sont allés passer le mois de septembre sous les drapeaux. Je vous mentionnerai bien, en passant, une irrégularité au moins aussi singulière que celle dont vous parliez: Quatre ou cinq internes (des favorisés des dieux, ceux-là) ont pu rester tranquillement dans les hôpitaux et ne pas répondre à l'appel de la classe. L'amitié qui m'unit à mes collègues suffit, n'est-ce pas, pour écarter de ma part tout soupçon de jalousie; et puis, avouez que ce serait un peu tard.

Je me demande encore le pourquoi, le comment de cette mesure exemptant les uns, imposant aux autres le service militaire. Je vous cite cette anomalie, elle permettra toujours aux internes de 27 *ans* de nourrir l'espoir que l'an prochain la faveur pourra être généralisée. Mais sans parler de faveur, il serait facile, je crois, d'en faire un droit et d'assimiler les internes des hôpitaux nommés sur concours aux docteurs; si ce titre n'est pas suffisant aux yeux du Ministre qu'on ne regarde alors comme docteurs, j'entends au point de vue du service militaire, que les internes ayant passé leurs cinq examens de doctorat, ou bien que l'assistance nous autorise à passer notre thèse. Ma proposition, si vous la jugez quelque peu pratique, pourrait, grâce à notre journal, éveiller l'attention de qui de droit et être *prise en considération*. Je serais heureux si j'avais pu, au déclin de ma carrière d'interne, rendre ce service à mes collègues présents et futurs.

Agréez, mon cher Bourneville, mes meilleurs témoignages de bonne amitié.

A. CARTAZ,
Interne de quatrième année, ex-réserviste.

M. le Directeur de l'Assistance publique se trouve maintenant bien prévenu. Nous avons donc l'espoir qu'il s'empressera de soumettre les réflexions qui précèdent au conseil de surveillance des hôpitaux et que, dans l'avenir, si nous avons encore à parler de cette question, ce sera pour le féliciter des mesures qu'il aura su faire prendre.

Les médecins réservistes.

La seconde lettre, qui nous a été adressée par M. le docteur Dally, embrasse un ordre d'idées plus générales et touche à bien des points sur lesquels nous avons déjà formulé notre opinion. Nous la reproduisons néanmoins *in extenso*.

Mon cher confrère,

Dans votre article sur les *médecins réservistes* (*Progrès médical* n° 40, 187.) vous vous élevez contre l'appel de nos jeunes confrères et des étudiants comme soldats réservistes et non comme médecins; votre argument principal est « que l'incorporation des médecins comme soldats ne saurait se comprendre que s'il y avait plus de médecins qu'il n'en faut pour les besoins de l'armée. Or, ajoutez-vous, chacun sait que leur nombre est insuffisant. »

Je crois que ce dernier point est inexact, et qu'en pleine paix le personnel médical est amplement suffisant; les aides-majors n'ont même durant de longues périodes de leur carrière que des formalités à remplir pour ainsi dire, formalités intercalées dans de nombreuses heures de loisir. On ne voit donc pas bien ce que les réservistes-médecins auraient à faire d'utile pendant 28 jours, et le mieux serait à ce point de vue de les laisser chez eux ainsi que vous semblez le désirer.

Par suite, il y aurait par le seul fait d'une profession ou de l'étude d'une profession, toute une classe de citoyens valides et intelligents, de plus propres par la nature de leurs études à établir des liens de camaraderie entre les diverses classes sociales, qui seraient exempts d'une charge et d'un devoir de premier ordre, dépourvus de toute éducation militaire, inhabiles à supporter les marches, les intempéries, la discipline, inhabiles à défendre leur pays; et cette profession serait la médecine!

Permettez-moi, mon cher confrère, de vous faire remarquer que ce serait là un procédé des plus sûrs pour déconsidérer ceux qui l'exercent, dans l'esprit public. Qu'en temps de guerre on emploie les médecins comme tels, rien de mieux; ils ont prouvé et ils prouveront leur patriotisme et leur bravoure. Mais qu'il suffise d'exciper d'une feuille d'inscription, d'un emploi dans les hôpitaux ou d'un diplôme pour être dispensé de toute éducation et à l'occasion de toute action militaire, voilà ce que je trouve contraire à l'esprit qui doit animer la nation.

La médecine deviendrait le refuge d'une catégorie trop nombreuse de réfractaires qui, sous le couvert de l'hôpital ou de l'ambulance, grossiraient encore le nombre des non-valeurs que l'on n'a que trop de tendances à augmenter.

Que l'on crée un corps de santé auxiliaire auquel on imposerait certaines obligations professionnelles spéciales, rien de mieux; mais jusque-là il me paraît que l'instruction militaire ne doit excepter personne. N'a-t-on pas vu sous les drapeaux des magistrats, des fonctionnaires d'un ordre élevé, des savants distingués? Pourquoi donc en exempterait-on ceux des médecins qui n'auraient pas une position régulière dans l'armée?

Vous parlez d'études sur le campement, sur le casernement, sur l'alimentation, etc. Eh! ne pensez-vous pas que celui qui a vu les choses de près, qui en a souffert ou vu souffrir n'est pas mieux en mesure de les apprécier, à connaissances égales, que celui qui les connaît par ouï-dire et les juge de la salle de garde d'un hôpital?

Si les hôpitaux n'ont pas assez d'internes, qu'on en double le nombre, qu'on le triple même, car plus il y aura d'élèves internes, plus il y aura de médecins instruits, et quant aux concours qu'on en change la date si leurs conditions en sont plus équitables.

Mais que la loi fondamentale de notre pays, de notre race, soit soumise à une classe d'exception quelconque qui ne soit pas justifiée par une urgente nécessité, voilà ce que je repousse. Avant toute chose, il nous faut une solide éducation militaire; loin de chercher à en distraire une catégorie de citoyens, encourageons-les à s'y prêter, quitte à utiliser à l'occasion leurs connaissances spéciales.

Avant tout, il faut des combattants, puis il faut des intendants; que diraiton si sous prétexte que le service de la Trésorerie est d'une extrême utilité on exemptait du service de réserviste les employés des finances destinés aux fonctions d'officier de trésorerie dès l'entrée des troupes en campagne?

Enfin, — et j'espère que cette dernière remarque sera décisive, — j'estime que, dans l'épreuve qui vient d'être faite, la santé des réservistes a trouvé son compte non moins que leur patriotisme, et que bien peu voudraient ne pas avoir fait leur devoir. — Veuillez, etc. E. DALLY.

Nous serons bref dans notre réponse, parce que nous avons déjà répondu (n° 41) par anticipation à quelques-unes des critiques que nous adresse M. Dally: 1° M. Dally croit que le nombre des médecins de l'armée est suffisant; or, d'après l'*Avenir militaire*, le ministère de la guerre n'aurait reçu que 700 demandes, alors que l'organisation actuelle exigerait 3,000 médecins. Qui a tort ou de M. Dally ou de l'*Avenir militaire*? 2° M. Dally estime très-utile de soumettre les médecins réservistes, pendant 28 jours, à des exercices militaires afin de les rendre aptes « à supporter les marches, les intempéries, la discipline, etc. » Or, jusqu'à ce jour, cette sorte d'éducation n'a même pas été jugée nécessaire pour les élèves de l'école spéciale du Val-de-Grâce.

3° M. Dally semble s'imaginer que notre tendance serait de demander l'exemption de tous les étudiants en médecine. C'est là une prétention qui n'a jamais été dans notre esprit. Nous trouvons au contraire parfaitement équitable

que la loi exige d'eux, comme de tous les citoyens, le volontariat d'un an : rien, à cette époque de leur existence, ne justifierait une dérogation quelconque à la loi.

4° N'a-t-on pas vu sous les drapeaux, écrit notre honorable correspondant, des magistrats, des fonctionnaires d'un ordre élevé, etc.» Certes, et il eût été souverainement injuste qu'il en fût autrement. Il paraît oublier qu'il en a été tout à fait de même des médecins : seulement les premiers, ne pouvant être mieux utilisés, étaient simples soldats; les seconds, en vertu des besoins qu'on avait de leurs connaissances spéciales, étaient employés à un service militaire d'un autre genre; les uns et les autres, à notre avis, faisaient également partie de l'armée. M. Dally aurait-il voulu qu'on nommât médecins les « fonctionnaires d'un ordre élevé, les magistrats », et qu'on transformât les médecins en artilleurs? Si nous avons insisté sur la nécessité d'une prompte organisation du corps de santé militaire, c'est que nous avons gardé le souvenir de semblables anomalies pendant la guerre de 1870 : des médecins et des internes des hôpitaux ne sont-ils point partis comme simples soldats, tandis que l'on confiait des fonctions médicales soit à des étudiants de première année, soit même à des individus dépourvus de toute connaissance médicale?

5° M. Dally, ne veut pas d'exception : Tous soldats, tous égaux devant la gamelle ! A cet idéal nous en préférons volontiers un autre qui consiste à bien organiser — pour l'armée — un service de télégraphie, de postes, de chemins de fer, et, nous l'avouons sans honte, un bon corps de santé militaire où chacun, au moment du danger, aura sa place indiquée d'avance. M. Dally voit donc que nous n'avons jamais réclamé pour les médecins l'exemption du service militaire, mais seulement, qu'on nous passe le mot, leur utilisation comme médecins *militaires*. L'administration de la guerre a le droit de les requérir jusqu'à satisfaction de ses besoins et, eux, tant que ces besoins existent, n'ont aucunement le droit de préférer le chassepot au bistouri.

Nous terminerons par une dernière remarque. Les mesures prises par l'administration de la guerre au point de vue médical sont, selon nous, loin d'être parfaites ; on ne peut les considérer que comme un acheminement vers une réforme plus radicale : L'incorporation régulière, dans l'armée, de tous les médecins soumis au service militaire, permettra sans doute de modifier complétement l'organisation actuelle et de ne plus conserver d'une façon *permanente* qu'une sorte d'état-major médical. Nos lecteurs comprendront sans peine les motifs qui s'opposent à ce que nous nous étendions sur ce sujet.

SOCIETES SAVANTES

Congrès périodique international des sciences médicales.

(CORRESPONDANCE SPÉCIALE DU *PROGRÈS MÉDICAL*).

8e SECTION. — *Psychiâtrie.*

Responsabilité des aliénés. — Conclusions :

1° Dans l'appréciation de la responsabilité, on évaluera l'influence de chacun des facteurs qui déterminent les actions humaines.

2° Toutes les fois qu'un acte criminel ou délictueux aura été commis par un individu irresponsable pour cause d'aliénation mentale, le juge, après avoir constaté et déclaré sa non-culpabilité, devra ordonner son internement dans un asile déterminé, d'où il ne pourra sortir qu'en vertu d'un autre jugement contradictoire.

3° L'alimentation tonique étant un des modificateurs principaux dans le traitement de la folie, la section de psychiâtrie estime que tout contrat administratif qui ne sauvegarderait pas suffisamment cette nécessité thérapeutique, doit être considéré comme attentatoire aux intérêts bien entendus des malades et à la mission des médecins d'asile.

A la 2e section (chirurgie), ont été faites les communications suivantes : 1° De M. Guillery, sur un nouveau genre de délégation chirurgicale, applicable aux blessés de guerre, aux victimes des accidents de chemins de fer et aux fractures des membres en général.

2° De M. Vérité sur le psoriasis et l'eczéma des ongles.

3° De M. Debout sur la fragmentation spontanée des calculs dans la vessie. — 4° De M. Chéron sur les applications thérapeutiques de l'acide picrique.

5° De M. Bouland sur les lésions initiales de la scoliose spontanée chez de jeunes sujets de 9 à 13 ans, indemnes de toute trace de rachitisme et présentant des courbures très-faibles.

Dr RICHE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 septembre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

Après le dépouillement de la correspondance et les présentations de livres, la parole est donnée à M. PIORRY pour continuer la lecture de son mémoire sur le *vertige*, la *migraine*, le *mal de mer*. Ces accidents seraient produits par de simples troubles visuels, en particulier l'*irisalgie*. De là, la nécessité de ne pas fixer longtemps les objets qui stimulent fortement les yeux. Les moyens utilement employés sont les suivants: pressions, frictions sur l'œil malade, application de corps chauds (et peut être froids), projection de l'eau sur les paupières, etc. M. Piorry conseille de prendre, au début de l'accès de migraine quelques cuillerées à bouche d'un vin de bonne qualité dans lequel on trempe un biscuit. Contre les complications qui accompagnent ces accidents, par exemple la dyspepsie, on donne le bi-carbonate de soude et le bismuth : s'il y a pléthore, émissions sanguines; s'il y a anémie, aliments réparateurs, exercice, fer.

M. LEROY DE MÉRICOURT s'élève contre l'idée qui rapporte toujours le vertige à des troubles visuels. Ainsi le mal de mer s'observe chez des aveugles. Le mal de mer peut survenir durant le sommeil. D'autres circonstances exercent aussi une action: certaines personnes s'habituent à l'allure d'un petit navire et n'ont pas le mal de mer. Vont-elles sur un grand bâtiment, elles sont prises de vertiges et de vomissements.

— L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur les *troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.* M. Maurice PERRIN s'en tiendra simplement à la question médico-légale. Le travail de M. Giraud-Teulon, qui a été le point de départ de cette discussion, comprend deux parties principales : l'une est une sorte de programme de questions; l'autre est relative au mode de fonctionnement des conseils de révision. M. Perrin met en relief les inconvénients de procédé employé par M. Giraud-Teulon pour déterminer le rapport qui existe entre le degré de la myopie et le degré de l'acuité de la vision. Après des tentatives multipliées, il est arrivé à cette conclusion, qu'une myopie variant entre 1/16 et 1/24 rend forcément impropre au service militaire. Que faire de ces myopes? Les exempter tous, les employer dans les services auxiliaires ou leur faire porter des lunettes?

C'est ce dernier parti que M. Maurice Perrin considère et avec raison, croyons-nous, comme le plus sage et le plus juste. C'est là une question importante, car dans les villes où se trouvent les jeunes gens les plus instruits, on compte 30 myopes pour 100, tandis que dans les campagnes le nombre des myopes est de 2 ou 3 pour 100. M. Maurice Perrin ne se dissimule pas toutes les difficultés que doit rencontrer cette proposition, entre autres la sainte routine.

M. Maurice Perrin examine ensuite à quel degré de myopie il devient impossible de servir dans l'armée. Il fixe ce degré à 1/6e. — Comment maintenant mesurer le degré de la myopie?

Dans ce but, M. Perrin propose l'usage de l'optomètre. En ce qui le concerne, il se sert d'un optomètre qu'il a imaginé eu collaboration avec M. Mascart, professeur au Collége de France. Après une heure d'exercice, un médecin quelconque parvient à manier cet instrument d'une façon suffisante pour déterminer exactement le degré de myopie et démasquer les fraudes.

M. Perrin aborde ensuite la question de l'acuité visuelle. Un soldat doit voir à 250 mètres la cible, un homme, etc. La mesure de l'acuité visuelle s'opère, dans les Conseils de révision, à l'aide de l'éclairage de la salle et de l'échelle de Snellen.

Après avoir rappelé que les considérations sur lesquelles il s'est appuyé pour répondre aux questions posées, se trouvent déjà dans un chapitre de son ouvrage, M. Perrin s'élève contre les propositions inattendues de M. Giraud-Teulon, et rappelle, avec beaucoup de tact, tout ce qui a été fait pour rendre à cet égard, l'instruction des médecins militaires, aussi complète que possible. Tous les moyens d'exploration inventés dans ces derniers temps sont utilisés; tous les efforts sont faits pour mettre les médecins militaires à même de remplir convenablement le mandat médico-légal qui leur est confié. Enfin, nous devons ajouter que c'est surtout grâce à M. Perrin que ces résultats ont été obtenus.

M. Giraud-Teulon déclare qu'il n'a pas voulu mettre en doute les lumières et la compétence du corps de santé militaire. — La séance est levée à 5 heures 1/2.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 *mai.* — Présidence de M. Charcot.

30. Imperforation du col utérin; par Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

Annette S., âgée de 39 ans, entre dans le service de M. Fournier pour les accidents d'une syphilis datant de 1873 et soignée antérieurement dans le service de M. Dubrueil.

En l'examinant au spéculum, on trouve une imperforation du col utérin. Voici les renseignements que nous avons obtenus. Jamais de cautérisations et même jamais cette malade n'avait été examinée au spéculum avant son entrée dans le service de M. Dubrueil. Jamais non plus aucune injection. Enfin pas de maladies générales, de celles qu'on a accusées de produire des oblitérations du col.

La malade ne fut réglée qu'à l'âge de 20 ans, sans accidents ayant précédé ou accompagné l'apparition des menstrues. Pendant 4 ans, règles revenant régulièrement tous les mois, à époque fixe, durant 3 à 4 jours. L'écoulement de sang était assez abondant, et le liquide d'un beau rouge. A l'âge de 24 ans, après avoir mis les mains dans l'eau froide au moment de ses règles, l'écoulement sanguin s'arrêta, sans provoquer aucun accident. Mais cet arrêt n'était pas définitif; l'écoulement sanguin reparut de temps en temps, très peu abondant. La malade dit qu'elle ne voyait presque pas.

Enfin, il y a 12 ou 13 ans qu'elle n'a vu le moindre écoulement sanguin se faire par le vagin, et cela, sans hémorrhagies supplémentaires et même sans malaise. Tout au plus dans le 1er mois eut-elle des frissons; elle éprouva quelques douleurs de ventre, mais jamais elle n'a été malade au point de se mettre au lit un seul jour. Jamais de grossesse. Jamais de flueurs blanches.

Etat actuel. — Pas d'écoulement sanguin. Vulve saine; cystocèle vaginale. Par le palper on ne sent aucune tumeur à l'hypogastre ni dans les fosses iliaques. Au toucher vaginal, col antérieur, de consistance normale, de longueur ordinaire: (les culs de sac vaginaux sont normaux). Sa forme arrondie n'offre rien de spécial, si ce n'est qu'on ne trouve pas l'orifice. Toutefois, au centre, le doigt, en pressant légèrement, sent une dépression se produire: il semble alors qu'il sente l'orifice, mais à travers une membrane épaisse de 1 millim. 1/2 à 2 mm.

Par le toucher rectal on constate le volume de l'utérus qui n'est ni atrophié ni trop développé.

Au spéculum: col cylindrique; au centre, dans une étendue de 2 millim. de long sur 5 ou 6 de large, une membrane blanchâtre passe au-devant du col. Ce point peut être déprimé avec l'hystéromètre: la sonde utérine ne peut pénétrer nulle part, elle fait seulement saigner la membrane au point indiqué. On ne trouve pas d'orifice, si petit qu'il soit.

Tous ces faits sont bien indiqués sur cette pièce moulée par M. Jumelin, mouleur de Lourcine.

Réflexions. — Ce qui frappe tout d'abord dans ce fait, c'est l'absence complète d'accidents chez une femme robuste, qui, depuis 13 ans, n'a pas eu ses règles. D'autre part, il faut remarquer l'absence de toute cause pouvant expliquer l'atrésie. On est donc amené à penser à une atrésie congénitale. L'écoulement sanguin périodique, par le vagin, simulant les règles est signalé par Courty, Puech, etc., dans les cas de ce genre.

Ces diverses données et l'examen direct de la malade, nous font penser qu'il y a là un de ces cas où la muqueuse vaginale se continue au devant du col et détermine l'imperforation.

M. Dupuy. Je crois qu'il s'agit plutôt ici d'un cas d'agglutination des lèvres du col que d'une imperforation de l'orifice. Je me base sur la pièce elle-même telle qu'elle est moulée, sur l'apparition de la menstruation et sur sa persistance.

31. Cystite avec dépôts pseudo-membraneux et large destruction de la muqueuse vésicale; par E. Kirmisson, interne.

Caussique Guillaume, âgé de 55 ans, charretier, se présenta une première fois à la consultation de l'hôpital Necker, à la fin du mois de février 1875. Il se plaignait de fréquents besoins d'uriner et de douleurs pendant la miction. L'exploration de l'urèthre fut pratiquée, et l'on ne trouva point de rétrécissement; la prostate n'était pas trop volumineuse, mais le bas-fond vésical formait du côté du rectum une saillie indiquant que le malade ne vidait pas complétement la vessie. Cet homme refusa alors d'entrer à l'hôpital, mais il y revint un mois après, le 30 mars, et cette fois beaucoup plus souffrant que la première; il entra dans le service de M. Guyon (salle Saint-Vincent, n° 5).

Les renseignements fournis par le malade sont très-incertains. Il semble en résulter qu'il urine involontairement au lit pendant la nuit; les mictions sont très-fréquentes et accompagnées de violentes douleurs; le toucher rectal permet de constater que la vessie est tendue, la prostate peu développée; les urines rendues par le malade sont troubles, renfermant un dépôt phosphatique abondant, et répandant une odeur infecte.

Un explorateur à boule, puis une sonde à béquille sont arrêtés dans la portion prostatique de l'urèthre et ramènent du muco-pus; une sonde à grande courbure pénètre dans la vessie et donne écoulement à quelques gouttes d'une urine noirâtre, alcaline, d'une odeur fétide tout-à-fait comparable à l'odeur de macération anatomique. Mais à chaque instant les yeux de la sonde sont oblitérés par des grumeaux compacts, et on ne parvient à les déboucher qu'à l'aide d'injections poussées avec force. L'urine contient les mêmes dépôts flottants rappelant l'aspect des fausses-membranes diphthéritiques.

Les jours suivants, on tente de nouveau le cathétérisme, mais on est obligé d'y renoncer, parce que tous les instruments sont arrêtés dans la portion prostatique, et bientôt oblitérés par les dépôts pseudo-membraneux dont toute la portion profonde l'urèthre est remplie. L'examen des fausses membranes montre qu'elles sont composées uniquement de fibrine granuleuse, renfermant dans son épaisseur un très-grand nombre de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien d'un gros volume.

Du 3 au 6 avril, le malade a de la fièvre s'élevant jusqu'à 39°, puis il redevient apyrétique; mais son état général va chaque jour s'aggravant, la langue est très-sèche, l'amaigrissement de plus en plus marqué; le malade fait à chaque instant de violents efforts pour uriner, amenant l'évacuation de matières fécales et de sang par des hémorrhoïdes rectales, mais il ne parvient à rendre que quelques gouttes d'urine.

Enfin, le 14 avril, la rétention d'urine est complète; la vessie remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; le malade souffre beaucoup; il fait de violents efforts de

miction; il est cyanosé, son pouls est petit, fréquent, le ventre est très-douloureux. Après plusieurs tentatives de cathétérisme, on parvient à pénétrer dans la vessie avec la sonde à grande courbure et à évacuer une assez grande quantité d'urine, toujours extrêmement fétide. Mais le malade n'est point soulagé par cette évacuation, il continue à souffrir beaucoup; enfin il a des vomissements, du hoquet, et il succombe le avril à cinq heures du soir.

A l'AUTOPSIE, on rencontre des traces évidentes de péritonite surtout marquées sur la face externe de la vessie. Cet organe forme une saillie volumineuse à la région hypogastrique; ses parois mesurent une épaisseur d'un centimètre environ; il y a par places une infiltration purulente au-dessous de son revêtement péritonéal. Le tissu cellulaire enveloppant les vésicules séminales, les canaux déférents, les uretères, est considérablement épaissi. La cavité de la vessie renferme un énorme amas de dépôts pseudo-membraneux, semblables à ceux évacués pendant la vie; ils sont libres, flottants dans l'urine, mais quelques-uns sont encore adhérents à la muqueuse vésicale, qu'ils tapissent au niveau du col, sur son bas-fond, et tout autour de l'orifice des uretères. Le col présente sur sa partie inférieure une saillie très-marquée, et en avant de celle-ci une dépression dans laquelle venait butter le bec de la sonde. La muqueuse au niveau du trigone et du bas-fond est partout continue, mais sur les parties latérales et vers le sommet de l'organe, elle offre des pertes de substance considérables, décrivant des lignes sinueuses, irrégulières, larges, qui séparent des îlots de muqueuse, dont les bords sont décollés sur une grande étendue; dans ces points, on voit à nu la couche celluleuse et les vaisseaux qui rampent dans son épaisseur, et par transparence, les faisceaux de la couche musculeuse, considérablement hypertrophiés. Les orifices des uretères sont très-dilatés, comme ces conduits eux-mêmes; le droit a des parois minces et lisses, le gauche a des parois qui mesurent deux à trois millimètres d'épaisseur et qui sont tapissées à leur intérieur d'une fausse-membrane semblable à celles qui tapissent la muqueuse vésicale. Les bassinets et les calices sont aussi énormément dilatés; à droite leurs parois sont minces, à gauche elles sont très-épaisses, et tapissées à l'intérieur par de nombreux dépôts de fausses membranes. A la partie supérieure du rein gauche, on remarque une dilatation considérable de l'un des calices qui forme une vaste poche remplie de détritus pseudo-membraneux. Le rein gauche est volumineux, bosselé, le droit, au contraire, est petit, atrophié, creusé dans toute son étendue de vastes abcès qui réduisent les pyramides de Malpighi à l'état de cavernes communiquant avec l'origine des calices. L'enveloppe des deux reins est très-hypertrophiée; à gauche le tissu cellulaire du hile, épaissi, forme une gangue dans laquelle sont reliés les vaisseaux et les canaux excréteurs du rein. Tous les ganglions lombaires et pelviens sont hypertrophiés. Il n'y a rien de particulier à noter du côté des autres organes.

M. CHARCOT. — S'agit-il bien réellement d'une cystite pseudo-membraneuse? Ce sont plutôt les lésions de la cystite ulcéreuse dans laquelle la muqueuse est en partie nécrosée. Ces lésions ressemblent beaucoup à celles de la dysentérie dans laquelle on observe, à la surface de l'intestin, des lambeaux de muqueuse mortifiée que l'on a souvent confondus avec des fausses membranes.

32. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage.—Ulcération de l'aorte.—Mort par hémorrhagie interne; par M. AMODRU, interne.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était âgé de 53 ans. Il raconte à son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, (service de M. Molland) qu'il a toujours eu une bonne santé, lorsque, il y a 6 ou 8 mois, il s'est aperçu d'une certaine gêne qui se manifestait dans la déglutition des aliments solides. Cette dysphagie, d'abord peu prononcée, s'était accentuée chaque jour davantage. Les liquides passaient et passent encore sans trop de difficulté. Mais pour les aliments solides il est arrivé à ne pouvoir les avaler qu'à la condition de les soumettre à une mastication prolongée, et de boire à tout moment pendant la durée de ses repas. Une gorgée, même très-petite, n'avance dans l'œsophage qu'avec de grands efforts. Le malade sent que le bol alimentaire subit un temps d'arrêt en arrière du sternum. L'insuffisance de l'alimentation qui a été la conséquence de cette dysphagie a eu pour effet d'amener un amaigrissement prononcé du malade: il est devenu pâle, et présente déjà un aspect cachectique.

A la dysphagie s'est joint, presque dès le début de la maladie, une douleur modérée, mais persistante siégeant dans le dos, entre les omoplates. Cette douleur ne s'irradie dans aucun sens.

Les substances ingérées sont souvent rendues par régurgitation. Dans l'intervalle des repas, il rend en abondance des mucosités filantes, non aérées et qui n'ont jamais été teintées de sang. Il rejette chaque jour deux ou trois crachoirs pleins de ces mucosités.

Ces symptômes ont immédiatement éveillé l'idée d'un rétrécissement de l'œsophage. Après s'être assuré par l'auscultation de la poitrine que le malade n'avait point un anévrysme de l'aorte (affection qui, comme on le sait, entraîne souvent la dysphagie par compression du conduit alimentaire et rend périlleuse l'exploration de l'œsophage), on a procédé au cathétérisme. — On s'est servi de la sonde à olives graduées. On a d'abord employé l'olive n° 2. Celle-ci a été arrêtée à 27 centimètres des dents incisives. La distance qui sépare les dents incisives de l'orifice supérieur de l'œsophage étant de 14 centimètres, on en conclut que le rétrécissement devait siéger à 13 centimètres de l'orifice supérieur du conduit: ce point correspond à la 4e vertèbre dorsale et à la terminaison de la crosse de l'aorte. On ne parvint pas d'ailleurs à franchir le rétrécissement durant cette première exploration. Mais le diagnostic était confirmé. Il fut facile en tenant compte d'une part des antécédents du malade qui assurait n'avoir jamais avalé de liquides corrosifs ou bouillants; en tenant compte, d'autre part, de l'état actuel de la teinte jaune paille des téguments, de la cachexie assez prononcée, de l'âge du sujet, d'établir que ce rétrécissement devait être de nature cancéreuse. — Un nouveau cathétérisme fut tenté le surlendemain, 12 mars, avec l'olive n° 1. La sonde fut encore arrêtée à la même distance des arcades dentaires: mais au bout d'un instant on parvint à franchir l'obstacle. L'olive n° 2 qu'on essaya d'introduire ensuite ne put traverser le rétrécissement. Ce cathétérisme eut pour résultat de rendre un peu plus facile la déglutition des aliments, mais pour un jour seulement. Deux jours après, le malade demandait lui-même à être sondé parce que, disait-il, il ne pouvait plus avaler.

Le 14 mars on fit de nouveau le cathétérisme. L'olive n° 1 franchit d'abord l'obstacle. On parvint ensuite, mais non sans peine, à faire passer l'olive n° 2. L'opération était faite d'ailleurs avec les plus grands ménagements, parce que la sonde s'arrêtant chaque fois au-dessus du rétrécissement, se trouvait peut-être là dans une partie ulcérée et que la moindre violence aurait pu amener la rupture du conduit et sa communication avec les organes voisins. — On put en outre s'assurer par le cathétérisme qu'en dehors du rétrécissement principal dont le siége était bien déterminé, il en existait deux autres, moins étroits, siégeant l'un à quelques centimètres au-dessus du premier et l'autre à quelques centimètres au-dessous, à peu de distance du cardia.

A dater de ce moment, le malade fut sondé tous les deux ou trois jours; on franchissait avec les olives n° 1 et n° 2, mais c'est en vain qu'on essaya plusieurs fois de passer avec l'olive n° 3. Quand, par hasard, le cathétérisme était trop longtemps différé, le malade le demandait. Grâce à ces cathétérismes répétés, le malade était parvenu à s'alimenter d'une façon assez satisfaisante. Son état général, s'il n'était pas amélioré, n'avait pas du moins subi une aggravation bien sensible.

Le 22 avril, le cathétérisme fut encore pratiqué le matin à la visite et livra passage comme d'ordinaire aux nos 1 et 2.

Le 23 avril, dans la soirée (le cathétérisme n'ayant pas été fait d'ailleurs ce jour là), le malade rendit pour la première fois par la bouche un peu de sang mêlé aux mucosités qu'il rejetait chaque jour.

Le 24 avril, le crachotement sanguinolent persistait. On évita de faire le cathétérisme: on craignait une ulcération de l'aorte. Le soir, vers cinq heures, le malade devint presque tout

d'un coup très-pâle ; son visage se couvrit de sueur ; les extrémités étaient froides. Il était évident qu'une hémorrhagie interne venait de se produire. Trois heures après, le malade était mort.

Autopsie. On constate d'abord une adhérence intime de l'œsophage d'un côté au pédicule pulmonaire et de l'autre à la quatrième dorsale dont on ne peut le séparer qu'avec une certaine difficulté. — Dans ce même point, l'œsophage présente une induration cancéreuse très-manifeste, occupant une longueur de trois centimètres environ, et plus épaisse à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, induration qui occupe toute la périphérie du conduit. L'œsophage ayant été sectionné sur toute sa longueur, on trouve un rétrécissement très-étroit qui siége au niveau de ce point induré. Au-dessus de lui, se trouve une partie très-dilatée, mais manifestement cancéreuse aussi et franchement ulcérée. A quelques centimètres au-dessous du principal rétrécissement se trouve un champignon large comme une pièce de deux francs, faisant saillie dans l'intérieur de l'œsophage et n'occupant qu'une partie de son contour. — C'est là, sans doute, la cause de la difficulté qu'on éprouvait à faire franchir à la sonde ce point du conduit, en allant comme en revenant.

Enfin, à peu de distance de l'orifice supérieur de l'œsophage, au-dessus de la dilatation qui précède le rétrécissement principal se trouve un champignon de même calibre que le précédent.

L'aorte ayant été conservée dans ses rapports avec l'œsophage, on l'a incisée suivant sa longueur et, au niveau de la dilatation qui précède ce rétrécissement principal, on voit cette artère envahie par le cancer sur une surface égale à celle d'une pièce d'un franc. Au centre de cette plaque cancéreuse se voit un orifice de quatre millimètres de diamètre environ qui met en communication les deux conduits.

D'ailleurs la dilatation de l'œsophage contenait du sang noir caillé ; on trouvait aussi l'estomac, le duodénum, le jéjunum, distendus par une énorme quantité de sang.

L'aorte n'offrait pas de dilatation anévrysmatique.

Fait intéressant à noter, les ganglions sus-claviculaires n'étaient pas envahis.

33. Mal de Pott sous-occipital. — Compression de la moelle épinière par l'apophyde odontoïde de l'axis. — Mort subite ; par M. Amodru, interne.

Le nommé Mazzuri (Gabriel), potier d'étain, couché au n° 38 de la salle Saint-Antoine (service de M. Molland), le 29 décembre 1874, âgé de 26 ans, d'un tempérament lymphatique, portant sur les parties latérales du cou plusieurs cicatrices, était entré à l'hôpital pour une douleur assez vive qu'il ressentait à la nuque et dont l'apparition remontait à plusieurs mois.

Ce qui frappait, à la simple inspection du malade, c'était l'immobilité rigide dans laquelle il maintenait la tête et le cou. La tête était fixée dans une situation intermédiaire à l'extension et à la flexion ; la rotation était impossible.— Il fut facile de reconnaître que les muscles sterno-mastoïdiens n'étaient point contracturés ; à l'examen de la colonne cervicale, on constata l'existence d'une douleur à la pression siégeant immédiatement au-dessous de l'occipital, sur l'arc postérieur de l'atlas et l'apophyse épineuse de l'axis. Le malade fut laissé au repos.

Un mois après, les douleurs étaient aussi vives : elles s'étendaient au côté droit du cou qui était le siége d'un gonflement manifeste.

Le 8 février, le malade se plaignit d'éprouver depuis quelques jours déjà, un peu de gêne dans la déglutition : l'exploration de la gorge ne fit rien constater. Mais la pression exercée du côté de la nuque sur l'atlas et l'axis permit de reconnaître une crépitation rude, très-manifeste et surtout quand on imprimait à la tête de très-légers mouvements de rotation. Le diagnostic, réservé jusque-là, pût désormais être formulé complétement. Il s'agissait évidemment d'une tumeur blanche sous-occipitale. Ainsi s'expliquaient l'immobilité remarquable de la tête chez ce malade, et les douleurs horribles qu'il ressentait dans le cou et surtout à la nuque. Le gonflement qui occupait le côté droit du cou était peut-être l'indice d'un abcès ayant pour point de départ la lésion du squelette.

Pendant le reste du mois, le malade ne présenta aucun phénomène nouveau. Les douleurs étaient aussi vives. Il se tenait dans une immobilité toujours la même, ne se mouvant qu'avec les plus grandes précautions. Son visage était pâle, mais non pas amaigri : d'ailleurs, les fonctions digestives s'accomplissaient assez bien.

Le 8 mars, le malade avait déjeûné comme d'ordinaire. Demeuré dans son lit, il paraissait assez calme ; vers trois heures de l'après-midi il mourut subitement.

Autopsie. On a séparé la tête et le cou du reste du corps, et on a mis à nu la colonne cervicale. — On a constaté d'abord l'existence d'un abcès formé de pus mal lié, séreux, occupant la paroi postérieure du pharynx et descendant jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale. Cet abcès qui pouvait contenir 80 grammes de liquide environ était nettement limité et n'envoyait de prolongements dans aucun sens.

Les ligaments qui unissent en avant et sur les côtés l'atlas à l'axis sont complétement détruits ; il ne reste plus traces du ligament cruciforme. Les surfaces articulaires des articulations atloïdo-axoïdiennes sont érodées ; les cartilages articulaires n'existent plus. — L'apophyse odontoïde, absolument libre dans l'intérieur du canal rachidien a basculé en arrière. La dure-mère présente une perforation livrant un juste passage à l'apophyse odontoïde qui, à travers cet orifice, est venue exercer une compression directe sur la moelle, ce qui a déterminé sans aucun doute la mort subite.

M. Charcot. Le malade éprouvait-il une douleur fixe au niveau du syncipul ? Dans quelques cas où je l'ai observé, j'ai trouvé le nerf sous-occipital altéré.

34. Urémie par obstacle à l'excrétion des urines. — Calcul vésical enchâtonné comprimant l'embouchure des uretères ; par M. Amodru, interne.

J..., Marie, 68 ans, couchée au n° 11 de la salle Ste-Agathe (St-Antoine, service de M. Molland).

Cette femme avait été trouvée dans une chambre où elle vivait seule. Les personnes qui l'apportaient à l'hôpital n'avaient pu fournir des renseignements de quelque valeur sur ses antécédents.

La malade était plongée dans un coma profond, d'où on ne pouvait la tirer que par des excitations très-vives. Si l'on pinçait fortement la peau des membres, la malade les retirait. La pression exercée sur le ventre était particulièrement douloureuse et arrachait à la malade un gémissement plaintif. La respiration était stertoreuse ; le pouls petit, filiforme. — La mort eut lieu pendant la nuit.

Autopsie. On a trouvé la vessie fortement rétractée et vide d'urine. Ce réservoir ayant été ouvert, on a rencontré un calcul du volume d'un petit œuf de poule, occupant le trigone vésical, enchâtonné dans l'épaisseur de la paroi, de façon à être immobilisé et à comprimer exactement l'embouchure des deux uretères.

Les uretères sont d'ailleurs énormément distendus ; ils ont à peu près le volume du pouce. La dilatation est plus considérable sur l'uretère du côté gauche que sur celui du côté droit. — A gauche, la dilatation se continue sur le bassinet correspondant, lequel contribue à former une vaste tumeur fluctuante, pleine d'urine, tumeur dont les parois sont constituées à la fois par le bassinet et par la substance propre du rein, refoulée comme une bandelette mince au pourtour de la poche. L'atrophie du rein gauche est à peu près totale.

L'atmosphère cellulo-graisseuse du rein gauche contient une certaine quantité de pus vers son extrémité supérieure. Il y a de la pleurésie diaphragmatique de ce même côté.

A droite, les lésions ne sont point aussi accusées. La dilatation de l'uretère droit est un peu moindre ; celle du bassinet atteint à peine le volume d'un gros œuf de poule. Le rein droit, loin d'être atrophié, est le siége d'une hypertrophie manifeste.

Tous les autres organes : cerveau, poumons, estomac, intestin, foie, utérus, ont été trouvés intacts.

Si l'on tient compte, d'une part, des phénomènes comateux présentés par la malade durant les quelques heures de son séjour à l'hôpital et, d'autre part, du résultat de l'autopsie qui a révélé l'existence d'un calcul enchâtonné de la vessie, exer-

çant une compression sur les uretères au point d'intercepter complétement l'écoulement de l'urine, on est en droit de conclure qu'il s'agit d'un cas d'urémie par défaut d'excrétion urinaire.

35. Cancer de l'intestin grêle; par M. Chenet, interne.

H., 44 ans, marchand des quatre saisons, entré à l'hôpital St-Antoine, le 18 mars 1875 (service de M. P. Proust) mort le 27 avril.

Cet homme, malade depuis un an environ, avait eu déjà, avant son entrée à l'hôpital, cinq hémorrhagies par l'anus. Il avait maigri beaucoup et se plaignait d'une diarrhée continuelle s'accompagnant assez souvent de coliques. — Le ventre était douloureux, surtout au niveau de l'hypochondre droit.

Le foie avait son volume normal, mais au-dessus de lui, on limitait assez facilement par la percussion et la palpation une tumeur formée, sans doute, par l'accollement de plusieurs anses intestinales.

L'état général, mauvais au moment de son entrée, alla chaque jour en s'aggravant. Le malade mourut le 27 avril, après avoir eu encore deux hémorrhagies intestinales, dont la dernière eut lieu la veille et le jour même du décès.

A l'autopsie, nous avons trouvé environ un litre de liquide sanguinolent dans le péritoine. Le foie, très-volumineux, décoloré, graisseux, présentait au niveau de son bord tranchant des adhérences avec des anses d'intestin grèle. — Quelques ruptures s'étaient faites dans les fausses membranes, au moment où l'on rejetait la paroi abdominale sur les côtés, et l'on pouvait déjà constater l'existence à ce niveau d'une cavité renfermant des matières noirâtres très-fétides. — Cette poche artificielle fendue, on voit que sa face interne, inégale, tomenteuse, formée en partie de masses bourgeonnantes, en partie tapissée par des grumeaux de matières noirâtres, présente plusieurs ouvertures, — l'une à droite, l'autre en haut, une troisième à gauche. — La première et la dernière conduisent directement dans l'intestin grèle; en les fendant, on arrive bientôt sur la muqueuse intestinale, et l'on peut suivre par en haut et par en bas le canal digestif. A leur niveau, il n'existe du reste qu'un rétrécissement insignifiant de l'intestin. — La troisième ouverture, située en haut, conduit dans la vésicule biliaire dont le fond a été détruit. — Nous nous trouvons donc en présence d'une poche artificielle, formée par des anses intestinales accollées, et par la face intérieure du foie. — L'intestin a complètement disparu dans l'intervalle qui sépare les deux ouvertures de droite et de gauche, c'est-à-dire environ quinze centimètres et les matières pouvaient s'arrêter à ce niveau dans une cavité accidentelle. La masse tout entière enlevée, on fend l'estomac dont la face interne est saine, mais soulevée au niveau du pylore par une masse ganglionnaire du volume d'une mandarine. — Le duodénum est sain également, sauf dans sa troisième portion qui est ulcérée de dehors en dedans en deux points. Le reste de l'intestin est sain, rouge et injecté par places. — Le cancer siége sur les dernières portions de l'intestin grèle. — Le gros intestin est sain. — Le pancréas est en dehors de la lésion. — Les reins ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Il s'agit donc d'un cancer primitif de la dernière portion de l'intestin grèle.

36. Corps flottants de la tunique vaginale; par P. Reclus, interne.

Si je présente à la société cet exemple de corps flottant de la tunique vaginale, c'est afin de faire ressortir quelques petites particularités que je n'ai pas vu encore signalées.

Dans un rapport très-bien fait, que l'on trouve dans les Bulletins de 1864, M. Damaschino dit que les corps flottants de la tunique vaginale sont rares. Cette assertion ne me paraît pas absolument exacte. Certainement les cas semblables à ceux qu'il rapporte où le corps étranger a un centimètre et même plus de côté, certainement ces cas sont exceptionels, mais rien n'est plus fréquent que d'en rencontrer du volume d'un grain de mil ou de chénevis; sur 260 cavités vaginales que j'ai ouvertes, ils existaient 14 fois.

On connaît depuis longtemps leur structure et l'on sait qu'ils sont constitués par du tissu fibreux; on sait aussi leur mode de formation, et il n'est pas rare, sur un même testicule, d'observer les différentes phases de leur développement : d'abord apparait une petite saillie, comme un point laiteux, à la surface du testicule, plus tard se forme un pédicule qui se rompt, le corps devient libre et tombe dans la cavité vaginale. Mais ils ne m'ont pas paru se développer en tous points d'une manière indifférente : c'est surtout au niveau des cryptes creusées dans le cul-de-sac séreux situé entre le testicule et l'épididyme qu'on les trouve, ou bien sous l'hydatide de Morgagni : c'est en ce dernier point que M. Gosselin les aurait toujours observés. En voici deux exemples; mais les productions encore adhérentes et au nombre de trois ou quatre sur chaque hydatide, sont ici à peine grosses comme un grain de sable.

Il est une circonstance que j'ai souvent notée : le corps étranger est caché dans une cavité, une espèce de diverticule à ouverture étroite. Lorsqu'on le presse pour le chasser de sa loge, il écarte le diaphragme de cette ouvertnre et apparait bientôt, parfois libre déjà, parfois retenu encore par un pédicule.

Ce que j'ai toujours remarqué encore, c'est que dans ces cas il existe de l'hydrocèle vaginale; le liquide qui la constitue est sirupeux et rappelle la chartreuse jaune. Cette coloration et cette consistance paraissent dues à des épanchements de sang. Il n'est pas rare, du reste, de voir en certains points de petits dépôts de matière colorante du sang. M. Malassez, avec qui j'ai parlé de ces petits faits, a souvent constaté ces hémorrhagies et possède des préparations où l'on peut voir des vestiges de ces hémorrhagies entre les lamelles fibreuses des corps flottants.

Enfin, je ferai remarquer combien sont fréquentes, dans les hydrocèles, les brides, allant comme ici, d'une paroi à l'autre. Les néomembranes prennent souvent cette forme et ressemblent beaucoup aux cordages tendineux des ventricules du cœur. Les hydrocèles à néomembranes sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne semble le dire dans les auteurs. Il est vrai que dans nos recherches il nous est presque toujours impossible de remonter à l'étiologie et nous ne saurions dire s'il y a eu vaginalite provoquée, soit par une inflammation de voisinage, soit par une injection iodée.

37. Spermatocèle; par P. Reclus, interne.

La pièce que je présente provient d'un malade mort à la Pitié. Elle me parait intéressante, car elle constitue un exemple non douteux de *spermatocèle*. Or, en dehors du cas cité par Curling, je ne crois pas que la scieuce en ait enregistré beaucoup.

Le testicule ne paraît offrir aucune altération; les tubes séminifères ne sont pas plus dilatés qu'à l'état normal, mais dès la tête de l'épididyme on peut voir que les cônes sont comme gorgés d'uu liquide blanchâtre qui dessine par transparence la flexuosité des tubes. Le corps, lui aussi, est rempli de sperme; mais c'est à la queue surtout que cette substance s'est accumulée; le canal déférent est dur, tendu, plus volumineux, et l'on aperçoit dans son intérieur une colonne de liquide blanc nacré dont les reflets rappellent l'opale des perles. Si l'on comprime les replis de la queue pour chasser ce liquide et l'expulser par l'orifice du canal déférent on constate qu'il ne peut franchir un certain point, malgré une pression même énergique. J'ai, pour m'assurer d'une façon plus précise de l'imperméabilité du canal, introduit dans son orifice le tube à injection mercurielle; j'ai employé une pression de dix ceutigrammes de mercure environ; le mercure a filé rapidement dans le canal, fort dilaté du reste, et s'est arrêté au point que nous jugions rétréci. En augmentant la pression, nous avons constaté le passage pénible de deux ou trois gouttelettes de mercure; le rétrécissement n'était donc pas complètement infranchissable.

Nous pensons que ces accumulations de sperme en arrière d'un rétrécissement sont plus fréqueutes qu'on ne le dit et que c'est par elles qu'il faut expliquer l'aspect variqueux de certains cônes. On trouve souvent dans les épididymes des cônes absolument vides et comme lardacés; puis, tout à côté, il en existe d'autres foncés, brunâtres, à tubes dilatés et remplis d'une substauce qui rappelle la crême au café. Examinée

au microscope cette substance se montre remplie par des spermatozoïdes et des cellules pleines de granulations graisseuses. Parfois on y rencontre encore de petits grains calcaires. Ces faits doivent se rapporter à des oblitérations de certains territoires de la tête de l'épididyme.

Supposons maintenant que cette oblitération du canal déférent survienne chez un individu présentant les dilatations ampullaires que nous avons signalées dans une précédente séance, on comprendra aisément qu'il puisse, dans ce cas, se produire de petites tumeurs analogues à celles dont il existe un exemple dans Curling.

BIBLIOGRAPHIE

Considérations sur les mouvements de l'iris; par le docteur A. Debouzy. — Paris, A. Delahaye, 1875.

La théorie des mouvements de l'iris, telle qu'elle est généralement admise aujourd'hui paraît à l'auteur erronée en grande partie. La théorie proposée par M. Rouget ne lui paraît pas non plus absolument exacte, le système vasculaire et le système musculaire de l'iris ne forment pas un tissu particulier, un organe érectile, dont l'état de turgescence produit le rétrécissement de la pupille, comme le veut M. Rouget. M. Debouzy admet que le système musculaire a sa part d'action indépendante dans la production des mouvements de l'iris, mais il fait jouer aussi un rôle considérable au système vasculaire dans le mécanisme des modifications de l'orifice pupillaire.

L'auteur a entrepris dans le laboratoire de M. Vulpian, pour vérifier sa théorie des expériences qui ne sont pas bien démonstratives, parcequ'elles n'ont pas été répétées un nombre suffisant de fois. On ne peut que regretter cette lacune qui ne permet pas d'étayer sur des bases expérimentales solides la théorie émise par M. Debouzy.

On peut résumer comme il suit les conceptions physiologiques qui constituent cette théorie :

Le sphincter irien et les fibres musculaires radiées de l'iris ne sont pas deux muscles pouvant fonctionner isolément. Les fibres musculaires de la bandelette circulaire et les fibres musculaires *dites rayonnantes* forment un seul muscle, le diaphragme irien, dont toutes les fibres entrent en même temps en activité.

On sait que la contraction de la bandelette circulaire a pour effet le rétrécissement de l'orifice pupillaire. Si les fibres radiées entrent en activité en même temps que cette bandelette, quel est leur effet sur la pupille? Il est nul, répond M. Debouzy, parce que les faisceaux musculaires rayonnés étant en bien moins grand nombre que les faisceaux circulaires, la contraction de ces derniers l'emporte sur celle des précédents.

L'influence nerveuse qui cause la contraction de l'iris vient de la troisième paire crânienne seule. Elle n'a lieu que dans les cas où les fonctions sensorielles sont en jeu, c'est-à-dire au moment des phénomènes d'accommodation, etc.

Si la dilatation de la pupille n'est pas due, comme on l'admet généralement, à la contraction des faisceaux musculaires radiés, par quel mécanisme a-t-elle lieu ? M. Debouzy pense qu'elle est un phénomène purement passif, le résultat du retrait élastique du diaphragme irien, qui n'est plus sous l'influence du nerf oculo-moteur commun.

Les phénomènes de contraction et de dilatation de l'iris ne se produisent pas seulement comme il vient d'être dit. Ils surviennent encore dans des conditions d'un autre ordre, c'est-à-dire, sous l'influence vaso-motrice du grand sympathique. Lorsque ce nerf produit un effet vaso-constricteur, la pupille se dilate; produit-il au contraire un effet vaso-dilatateur? la membrane irienne se congestionne et la pupille se rétrécit. Notons que ces actions vaso-motrices du sympathique ne se produiraient pas lorsque l'œil exerce ses fonctions sensorielles.

En résumé la pupille se dilaterait par suite d'un retrait élastique de l'iris ou par suite de la constriction des vaisseaux iriens ; elle se rétrécirait en vertu de la contraction du sphincter irien ou bien par l'effet de la dilatation des vaisseaux de l'iris.

B.

VARIA

École de Val-de-Grâce.

LISTE par ordre de mérite des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire (Décision du 8 octobre 1875.)

1° Médecine. — Elèves de 4e année. — 1 Zœller (William). 2 De Sauti (Eugène-Louis). 3 Simon (Pierre-Paul). 4 Merz (Georges-Hermann.) 5 Larroque (Marc-Charles). 6 Boiron (Paul-Eugène). 7 Liron (Louis-Fulcrand-Isaac-Alfred). 8 Salètes (Michel-Félix-Antoine). 9 Achard (Pierre-Frédéric). 10 Faurot (Paul-Clément-Lionel). 11 Chaumel du Planchat (Raoul-Pierre-Eugène). 12 De Balthasar de Gachéo (Louis-Joseph). 13 Bonnet (Camille-François-Paul-Emile). 14 Conçaix (Léonard-François-Léon). 15 Soulier (Paul-Daniel).

Elèves de 3e année. — 1 Vedel (Pierre-Louis-Léopold). 2 Brousse (Jean-Marie-Joseph). 3 Rouire (Alphonse-Marie-Ferdinand). 4 Bergeret (Eugène-Pierre). 5 Variot (Gaston-Félix-Joseph). 6 Foley (Edmond-Antoine). 7 Leneveux (Louis-Georges-Henri). 8 Chotard (Georges-William-Henri). 9 Portalier (Edouard-Henri). 10 Pascal (Charles-Antoine-Jules). 11 Petit (Arthur-Léon). 12 Follenfant (Auguste-Antoine-Alexandre-Henri). 13 De Morsseman (Amand-Georges-Henri). 14 Dufaud (Jean-Gabriel). 15 Daré (Pierre-Louis).

Elèves de 2e année. — 1 Lucas (Elie). 2 Feuiltaine (Etienne-Félix). 3 Leprêtre (Pierre-François-Gaston-Achille). 4 Loup (Jean-Claude). 5 Redon (Henri-Gustave). 6 Prat (Charles-François-Anselme-Marie). 7 Bourras (Jacques-Quentin-Clément-Albert). 8 L'Hermier des Plantes (Louis-Hyacinthe-Emile-Léon-Octave). 9 Daum (Charles). 10 De Voisins (Joseph-Saint-Cyr-Eugène-Raymond). 11 Durand (Maurice-Louis). 12 Champeil (Joseph-Marie-Jules). 13 Lequeux (Alfred-Alexandre-Marie). 14 Cadier (Charles-Jean). 15 Durand (Pierre-Jean-Joseph). 16 Ledé (Fernand). 17 Fournot (Jean-Marie-Joseph). 18 Renard (Louis-Charles). 19 Véron (Louis-François-Charles). 20 Pierin (Léon-Henri).

Elèves de 1re année. — 1 Cadiot (Gabriel-Paul-Emile). 2 Gérardin (Narcisse-Auguste). 3 Melnote (Emile). 4 Lejeune (Albert-Henri-Louis). 5 Espanet (Jean-Paul-Marie-René-Victor). 6 Arnal (Henri-Hippolyte). 7 Descosse (Paul-Alexandre-Marins). 8 Bressy (Hippolyte-Gabriel-Octave-Achille). 9 Camus (Charles-Alfred). 10 Favier (Charles-François). 11 Fix (Albert-Victor). 12 Duponchel (Paul). 13 Morand (Jean-Sylvain-Louis). 14 George (Emile-Ernest-Claude-Eloi. 15 Samier (Albert-Joseph Alphonse-Marie). 16 Sauce (Marie-Eraste-Léon). 17 Arène (Léon-Augustin.) 18 Bodinier (Jules-Frédéric-Marie). 19 Brault (Marc-François-Marie). 20 Gaillard (Jules-Léon-Amédée). 21 Audiguier (Jean-Gaëtan-Paul-Auguste). 22 Mercier-Valenton (Hippolyte-Edmond-Eugène). 23 Comte (Joseph-Clément). 24 Martin de Saint-Semmera (Gabriel-Auguste). 25 Lannois (Maurice-René).

2° Pharmacie. — Elèves de 3e année. — 1 Massy (Victor-Alphonse). 2 Gauffrès (Louis-Léon).

Elèves de 2e année. — Mathey (Marie-Auguste).

Elèves de 1re année. — 1 Roch (Paul-Auguste). 2 Boutron (Paul-François). 3 Garène (Théophile-Honoré-Denis). 4 Wagner (Marie-Philippe-Edouard). 5 Dulud (Victor-Michel-Marie).

Le docteur Hughes Bennett.

Tous les journaux de médecine de Londres consacrent de longs articles biographiques au docteur John Hughes Bennett qui, né à Londres le 31 août 1812, est mort à Norwich le 25 décembre dernier.

The British Med. Journ. donne, dans son dernier numéro, la liste des mémoires, rapports, notes, etc., publiés par Bennett; leur nombre s'élève à 105. Ses ouvrages principaux sont : 1° *Clinical Lectures on the Principles and Practice Medicine* (1); 2° *Pulmonary Consumption* ; 3° *On cancerous and Cancroid Growths* ; 4° *On Introduction to clinical Medicine* ; 5° *Outlines of Physiology* ; 6° *Text-Book of Physiology*. Le même journal résume sous forme de propositions les principales contributions de Bennett à la science et à la pratique médicales :

1° On lui doit, pour une bonne part, l'introduction de l'emploi, en Angleterre, de l'huile de foie de morue dans le traitement des maladies tuberculeuses ; 2° Il fut l'un des premiers à se servir du microscope et à enseigner l'histologie ; 3° Il fut le premier à introduire l'enseignement méthodique de la clinique en se servant des moyens modernes d'exploration ; 4° Il fut le premier à montrer, en Angleterre, l'importance de l'examen microscopique des organes malades et en particulier des centres nerveux ; 5° Il a démontré les inconvénients du traitement des maladies inflammatoires aiguës par la saignée ; 6° Il a fait voir les inconvénients de l'emploi exagéré des médicaments et plus spécialement de l'abus du mercure dans le traitement de la syphilis et des affections du foie ; 7° Ce fut lui qui publia le premier cas de leucocythémie, etc.

The Lancet, de son côté, insiste sur la variété des travaux publiés par H. Bennett. En effet, il a contribué, mais dans des proportions diverses, aux progrès de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Ce journal rappelle ensuite les services rendus par H. Bennett à l'enseignement clinique, par la méthode rigoureuse de l'examen des malades qu'il faisait pratiquer régulièrement par ses élèves.

(1) Ces leçons forment 2 volumes. Ils ont été traduits en français par le docteur Lebrun. Paris, 1873; G. Masson, éditeur.

Congrès d'hygiène de Bruxelles (1876).

Il vient de se former à Berlin un comité pour l'exposition internationale d'instruments de sauvetage et le congrès d'hygiène qui doit avoir lieu à Bruxelles l'an prochain. — Ce comité, qui s'est constitué sous le patronage de S. A. I. et R. le prince héritier, a choisi son bureau qui est composé comme suit : *Président:* M. de Philipsborn, conseiller intime actuel ; *vice-présidents* : MM. le docteur Kruger, ministre résident de la ville libre hanséatique de Lubeck, et le docteur Wirchow, conseiller médical intime ; *Secrétaire:* M. Reichardt, conseiller de légation ; commissaire pour l'exposition et les communications entre les exposants et le comité central de Bruxelles, M. Stockhard, conseiller du gouvernement. (*Indépendance belge.*)

60/ Glycosurie rebelle (*Bouchardat*).

Dur, Neuman, Barlow ont employé le carbonate d'ammoniaque pour combattre la glycosurie. Voici deux formules empruntées au dernier ouvrage de M. Bouchardat. (*De la glycosurie ou diabète sucré*, etc.)

Carbonate d'ammoniaque	1 à 5 gram.
Rhum	20 —
Eau	100

Pour une potion à prendre en trois fois, une demi-heure avant les repas.

Carbonate d'ammoniaque......	20 gram.
Thériaque	20 —

F. S. A. 40 bols 2 à 4 chaque soir en se couchant. — L'auteur conseille de faire en même temps porter de la flanelle aux malades.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Trélat, chirurgien de la Charité, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 3 novembre à 9 h. 1[2, et les continuera les mercredis de chaque semaine. Après la leçon, opérations. — Lundis, maladies des femmes, examens au spéculum; vendredis, maladies des yeux, examens ophthalmoscopiques.

Maladies des enfants.— M. le Dr Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a commencé le vendredi 15 octobre, à 9 heures et demie, des conférences cliniques qui seront continuées les vendredis suivants à la même heure.

Maladies des yeux. M. le Dr Ch. Abadie reprendra ses leçons cliniques d'ophthalmologie le mardi 19 octobre à 1 heure et demie, à sa clinique, 17, rue Séguier, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Electrologie médicale. — M. le Dr A. Tripier commencera le mercredi 20 octobre, à une heure, au dispensaire de la rue Christine, n° 3, des conférences sur la pathologie nerveuse, la gynécologie et les applications de l'électricité à la médecine. Les leçons auront lieu tous les mercredis à la même heure.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux a recommencé son cours au laboratoire de l'hôpital des Cliniques, le lundi 11 octobre. Les élèves sont exercés individuellement. On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital des Cliniques.

Examens : 1er de fin d'année et 3e de doctorat. — M. le Dr Lelorain a recommencé son cours le 15 octobre à une heure, rue Bertin-Poirée, n° 9. Il fera deux leçons par jour. Les deux premières leçons seront publiques. On s'inscrit rue Bertin-Poirée, de 4 à 6 heures.

Anatomie. — M. le Dr Laskowski commencera son cours le mercredi 20 octobre, à midi et demi, dans son amphithéâtre, rue Monsieur-le-Prince, 29, et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours comprendra l'anatomie générale, de structure, l'anatomie descriptive, etc Il durera tout le semestre d'hiver et sera terminé à la fin de mars. — S'adresser pour les renseignements, rue des Saints-Pères, 78, tous les jours de 4 à 5 heures.

Accouchements. — M. le Dr Verrier, préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera ses cours et répétitions d'obstétrique le lundi 18 octobre prochain, à 4 h., à sa clinique, 37, rue de l'Ecole de Médecine.

Les leçons auront lieu tous les jours, le jeudi excepté. *Policlinique obstétricale et gynécologique.* Soins et opérations gratuites en ville par les élèves, sous la direction du professeur, pour éviter aux malades pauvres le séjour des hôpitaux.

Mortalité de Paris. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 8 octobre on a constaté 768 décès, savoir : Variole, 6 ; — rougeole 8 ; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 12 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 23 ; — pneumonie, 21 ; — dyssenterie, 3 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 23 ; — choléra nostras, 1 ; — angine couenneuse, 10 ; — croup, 10 ; — affections puerpérales, 7 ; — autres affections aiguës, 261 ; — affections chroniques, 326 dont 146 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 28 ; — causes accidentelles, 22.

Londres. — Population, 3.445 160 habitants. Décès du 26 septembre au 2 octobre 1461, savoir : Variole, • ; — rougeole, 11 ; — scarlatine, 113 ; — fièvre typhoïde, 18 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite, 97 ; pneumonie, 47 ; — dyssenterie. 3 ; — diarrhée, 145 ; — choléra nostras, 6 ; — diphthérie, 12 ; croup, 9 ; — coqueluche, 44.

Faculté de médecine de Paris. — Avis à MM. les étudiants : Les *cours* de la Faculté de médecine de Paris recommenceront le 3 novembre prochain. Des affiches ultérieures feront connaître les heures auxquelles les divers cours auront lieu et les amphithéâtres affectés à chacun d'eux.

Les *consignations* pour les examens seront reçues au secrétariat de la Faculté à partir du 15 octobre, les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures;

Les *examens* commenceront le lundi 25 octobre. Pour la mise en série, l'ordre des consignations sera rigoureusement suivi. MM. les étudiants seront prévenus par lettre du jour où ils devront se présenter devant le jury. Ils sont instamment priés, dans leur intérêt, de vouloir bien donner exactement leur adresse au secrétariat. Le *registre des inscriptions* sera ouvert le lundi 3 novembre au jeudi 25. Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures, et, pour les élèves nouveaux seulement, les mêmes jours de 9 heures à [illegible] heures du matin.

Le *Doyen* recevra MM. les étudiants dans son cabinet tous les mercredis de 10 heures à 11 heures, et le secrétaire les lundis, mercredis et vendredis, de 8 heures à 11 heures ; MM. les internes seront reçus les lundis et vendredis de 2 heures à 4 heures.

— La *Bibliothèque* et les *Musées* seront ouverts à partir du 18 octobre.

Ecole pratique de la Faculté. — MM. les étudiants sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre 1875, ils auront lieu tous les jours de midi à 4 heures. Des leçons pratiques seront données par MM. les chefs de Pavillon, tous les jours de 2 à 4 heures.

Un cours *d'anatomie appliquée* sera fait par M. le Dr Marc Sée, chef des travaux anatomiques, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3. Pour être admis aux travaux pratiques, MM. les étudiants devront se munir d'une carte spéciale qui leur sera délivrée au secrétariat de la Faculté, où les inscriptions seront reçues, à partir du 15 de ce mois, les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

Concours de l'externat. — Les épreuves ont commencé le jeudi 7 octobre. Les deux premières séances ont été consacrées aux volontaires d'un an. Voici quelles ont été les questions. — *Jeudi 7 octobre* : Articulation sterno-claviculaire. — *Samedi 9:* Tiers supérieur du fémur.

Nécrologie. — La diphthérie vient d'enlever le Dr Félice Fromente ; il est mort le 12 septembre à Melegnano, martyr du devoir, en soignant les diphthériques. — Le Dr Léon Rocas a succombé, à l'âge de vingt ans, dans l'accomplissement de ses devoirs pendant le terrible combat de Campones. — L'inspecteur général H. Francklin, qui vient de mourir à Falkestone à l'âge de quatre-vingt-deux ans, était chirurgien dans l'armée britannique à la bataille de Plathburg, perdue, comme on sait, par les anglais contre les américains. — M. le Dr Delgads Jugo, oculiste très-distingué de Madrid, est mort récemment à Vichy d'une attaque d'apoplexie. Il a été frappé, nous dit-on, à table, chez un des médecins consultants de Vichy. (*Gaz. hebd.*) — On nous annonce la mort de M. Castelain père, de Lille. Le professeur Luigi Porta, l'une des gloires de la chirurgie italienne, est mort à Pavie le 10 septembre dernier. Il était âgé de 75 ans. (*L'imparziale.*) — M le Dr Charles T. Sage est mort le 17 juillet à San Leandro. Au meeting de *Alameda So. Med. Association*, une résolution a été votée dans le but de rendre à sa mémoire un témoignage de la sympathie de ses confrères. — On annonce la mort du Dr Giovanni Pierantoni, collaborateur distingué du *Raccoglitore medico*. Notre confrère n'était âgé que de trente ans.

Carlo Botta. — Le célèbre historien dont les cendres ont été transportées dans l'église de Santa Croce, de Florence était médecin. Né à San Giorgio del Cauxvese, en Piémont, le 6 novembre 1806, il avait pris ses grades à l'Université de Turin, et, après deux ans d'emprisonnement pour cause politique, il était venu à Grenoble, où il avait servi comme chirurgien dans l'armée des Alpes. Il est mort à Paris le 10 août 1837. (*Gaz. hebd.*)

Ecole d'anthropologie et de géographie médicale — Grâce aux efforts et à l'activité de M. le professeur Broca, il vient de se fonder une école d'anthropologie est fondée à l'école pratique : c'est « avec les seules ressources de souscription particulières » qu'elle est aménagée. La matière des cours est arrêtée et la liste des professeurs est la suivante : *Anthropologie anatomique*, M. Broca.

Anthropologie ethnologique, M. Dally.
— *préhistorique*, M. de Mortillet.
— *linguistique*, M. Hovelacque.
— *biologique*, M. Topinard.

Un cours complémentaire de démographie et de géographie médicale sera fait par M. Bertillon.

Un concours a l'école de médecine de Lyon. — Il paraît que la place d'aide prosecteur était vacante. Deux élèves qui le savaient — on ignore comment — se portèrent candidats à cette place. Leurs titres étaient égaux, et comme l'on ne pouvait sans injustice écarter l'un au profit de l'autre, il fut décidé que, faute de mieux, il y aurait un concours. Donc un beau jour de la fin de septembre les deux candidats vinrent à l'école de médecine et firent une préparation anatomique. Cette préparation constituait la seule épreuve du concours. Elle fut soumise à l'examen du jury qui se composait de deux membres, dont un président ayant probablement voix prépondé-

ran'c. Après une [illegible] en séance publique par le président. on a fait connaître [illegible] heureux.

Ainsi au beau milieu des vacances, sans affiche [illegible] il y a à l'Ecole de médecine de Lyon un concours public pour la place d'aide prosecteur. Certes, nous nè blâmons pas le concours qui a eu lieu. Mais nous demandons pourquoi l'Ecole a laissé ignorer au public la vacance de cette place.

— Le 28 octobre s'ouvrira à Avignon un concours pour deux places d'élèves internes. Les internes sont logés, nourris, éclairés et chauffés. Ils reçoivent un treitement annuel de 300 fr. plus 100 fr. de la caisse municipale pour le service du dispensaire. Une somme de 100 fr. est en outre allouée par le département à l'élève interne chargé de la préparation du cours d'accouchement. (*Lyon médic.*)

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT ET DE POITIERS. — Par décret en date du 8 octobre 1875, il est créé une chaire de zoologie aux Facultés des sciences de [illegible]ont et de Poitiers. Les chaires d'histoire naturelle existautes dans ces fecultés [illegible] le titre de chaires de geologie et minéralogie.

SERVICE DE SANTÉ DE LA [illegible]. — Ces temps derniers, plusieurs jeunes aides-médecins de la marine ont cru devoir donner leur démission après l'obtention du titre de docteur, afin de reutrer dens la carrière civile. Le contre-amiral de Monteignac a résolu qu'à l'evenir les démissions de ce genre seraient absolument refusées. Cette décision est fondée sur ce que les officiers de santé qui entrent dans la marine ont pris l'engagement d'y servir pendant dix ans à pertir du jour de leur réception eu doctoret. (*Revue méd. du Midi*).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu le premier numéro de *Paris-Médical*, qui paraît tous les jeudis, sous la direction de M le Dr Fort.

VACANCES MÉDICALES. Clientele médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures.*

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole de-Médecine.

BLUM A.) — Des arthropathies d'origine nerveuse. In-8 de 105 p.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole-de-Médecine.

CAZENEUVE (S.) — Recherche et extrection des alceloïdes, découverte de la ptérocerpine. In-8 de 96 p. 2 fr. 50.

DUCROCQ (G.) — Recherches expérimenteles sur l'action physiologique de la respiration d'air comprimé. In-8 de 53 p. 1 fr. 50.

ESPANET (V.) — Hystéricisme et hystérie : du sommeil hystérique en particulier. In-8° de 74 p. 1 fr. 50.

GUENEAU DE MUSSY (N.) — Etudes cliniques sur la coqueluche. In-8° de 23 p.

LE MAT (V.-Y.-M.) — Des troubles psychiques qui peuvent se présenter dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique, in-8° de 44 p. 1 fr. 50.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, rue Hautefeuille, 19.

NOUVEAU DICTIONNAIRE *de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte.

Les tomes I à XXI sont en vente. Le tome XXI comprend 792 pages avec 57 figures intercalées dans le texte. Les principaux articles sont : Lymphatique (Système), per Ledentu et Longuet; Mâchoircs, par A. Després; Main (y compris Doigt et Poignet), par Duval et Ledentu; Maladie, par Maurice Raynaud; Mamelle, par Lannelongue; Manie, par Foville; Mareis, per Rey; Mastication, par Duval; Mastoïdienne (région), par Poinsot; Méconium, par Devilliers, etc. Les volumes sont envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé. Prix de chaque volume : 10 fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — TYP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 43 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 23 OCTOBRE 1875

Le Progrès Médical

MALADIES DES YEUX

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le Dr E. LANDOLT.

Du Diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon d'introduction, recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Nous nous proposons aujourd'hui de faire l'étude de la perception des couleurs. C'est là, comme vous en jugerez bientôt, un des chapitres les plus importants de l'étude des fonctions de l'organe visuel, d'autant plus qu'il étend ses applications bien au-delà des limites de l'ophthalmologie pure. Son histoire n'est pas longue, elle s'est développée presque sous nos yeux.

L'antiquité ne nous a guère laissé sur ce sujet d'autre renseignement que le traité de Pline, ou celui-ci reprochait à ses concitoyens d'être, en peinture, bien au-dessous des anciens, qui pourtant ne connaissaient que quatre couleurs, tandis qu'on en possédait au temps de Pline un très-grand nombre.

Il faut arriver ensuite jusqu'au grand traité de Léonardo da Vinci sur l'art d'employer les couleurs, ouvrage dont une édition fut publiée à Paris en 1651 : cet ouvrage intéresse à peu près exclusivement les peintres.

En réalité, c'est de Newton seulement que date l'étude physique des couleurs : c'est à lui et à Th. Young que nous devons d'avoir posé les bases scientifiques du sujet.

Quant aux anomalies de la perception des couleurs, elles n'étaient ni connues ni étudiées avant 1830, époque à laquelle Dalton publia ses observations sur l'*achromatopsie*. Atteint lui-même, en effet, d'une espèce particulière d'achromatopsie (il ne distinguait pas le rouge), il décrivit très-exactement son état, et attira là-dessus l'attention des savants. De là le nom de Daltonisme sous lequel on a désigné trop légèrement toutes les affections de ce genre.

Remarquez combien cette date est près de nous : et cependant le nombre de cas dans lesquels on a observé des troubles de la perception des couleurs est déjà très-considérable, et l'on est chaque jour plus étonné de la fréquence de cette altération visuelle. Un fait a surtout contribué à la mettre en évidence :

On avait observé, principalement en Angleterre, une longue série d'accidents de chemins de fer survenant tous dans les mêmes conditions : c'étaient des collisions de trains produites malgré la présence des signaux qui indiquaient un obstacle sur la voie. On interrogeait les mécaniciens, dont le plus grand nombre prétendait n'avoir pas reconnu les signaux : ceux-ci étaient verts quand la voie était libre, et rouges en cas d'obstacle. On eut alors l'idée d'examiner l'état de la vue des mécaniciens, et l'on reconnut avec surprise qu'il y en avait beaucoup qui, en effet, ne distinguaient pas le rouge du vert.

A partir de ce moment, tous les employés de chemin de fer furent examinés, mais on en trouva un si grand nombre atteint d'anomalies de la perception des couleurs, qu'on dut imaginer des signaux d'un autre genre.

Cet examen a lieu aussi en Hollande, où je l'ai pour ma part, souvent pratiqué. Il en est de même en France pour quelques compagnies ; d'autres ont supprimé les signaux colorés, excepté les rouges. Nous verrons bientôt si cela peut suffire. Je suis bien convaincu que peu à peu toutes les compagnies de chemins de fer en viendront à imiter l'Angleterre, et à ne plus se servir que de signaux incolores.

Mais l'examen de la perception des couleurs trouve encore une plus large application. En effet, cette fonction se trouve altérée non-seulement dans beaucoup d'affections purement oculaires, mais aussi, chose bien digne d'intérêt, dans un nombre considérable de maladies affectant d'une manière primitive ou secondaire l'encéphale et la moelle. Parmi celles-ci, je vous citerai l'ataxie locomotrice, la forme d'hystéro-épilepsie si bien caractérisée par M. Charcot, l'alcoolisme chronique, etc. Mais nous réservons cette étude pour plus tard, quand nous aurons appris à explorer toute l'étendue de la rétine sous le rapport de la perception des couleurs.

Occupons-nous d'abord des couleurs proprement dites au point de vue physique.

On distingue des couleurs simples et des couleurs composées, celles-ci étant le mélange de plusieurs couleurs simples. Ce mélange fait dans de certaines proportions déterminées, produit la lumière blanche. On doit donc, en décomposant le blanc, pouvoir reproduire à volonté les diverses couleurs simples. Vous en avez la preuve dans l'arc-en-ciel et dans le spectre solaire.

Vous savez comment on obtient ce spectre : on fait tomber un faisceau de lumière blanche sur un prisme transparent, qui réfracte différemment les diverses couleurs dont la lumière blanche se compose.

Pour obtenir des couleurs spectrales vives, il faut que la lumière soit bien intense et que le spectre se produise dans un milieu absolument sombre. Or, comme cette dernière condition est rarement facile à réaliser dans nos appartements, et qu'on n'a pas toujours le soleil à sa disposition, on a construit des instruments portatifs qui donnent un spectre dans l'intérieur d'un tube, à l'aide d'une surface éclairée quelconque. On les appelle des *spectroscopes*.

En voici un modèle. C'est un tube métallique noirci à l'intérieur, et portant à une de ses extrémités un diaphragme qui laisse ouverte une fente de largeur variable. La lumière, après être entrée par cette fente, tombe sur un prisme qui la décompose. Un oculaire fixé à l'autre bout du tube, sert à grossir le spectre et à adapter l'œil de l'observateur à la distance où ce spectre est produit. Ainsi, en dirigeant le spectroscope sur un objet blanc, on voit un spectre plus ou moins intense suivant la clarté de l'objet.

Toutes les couleurs du spectre solaire sont des couleurs simples. Elles ne peuvent plus être décomposées. Faites tomber, par exemple, un rayon vert sur un prisme : celui-ci ne fera que le dévier et réfractera seulement de la lumière verte. Regardez avec le spectroscope une des couleurs de l'arc-en-ciel, et vous n'aurez plus de spectre, mais simplement une bande étroite de la couleur examinée.

Quant aux couleurs qui servent aux arts et à l'industrie, celles du papier, des étoffes, ce ne sont que des matières colorées et pulvérisées finement ; par exemple : le cinabre, le chromate de plomb, le vert de gris, le bleu de cobalt qui n'est qu'une poudre très-fine de verre de cette couleur, etc.

Toutes ces matières, de même que les corps transparents colorés (liquides, verres, etc.), colorent par *absorption*. Ils absorbent certains rayons de la lumière solaire qui les frappent. Quant aux autres rayons, ils passent à travers le corps et constituent par leur mélange la couleur propre à celui-ci. Les corps colorés opaques absorbent, eux aussi, certains rayons de la lumière solaire, c'est ce qui leur donne leur coloration spéciale, ce sont les rayons qui n'ont pas été absorbés, et qui sont seulement réfléchis après avoir traversé une épaisseur plus ou moins grande de la surface de ces corps.

Les matières colorantes de l'industrie ne sont donc pas

(1) Voir les nos 39 et 40.

des couleurs pures, mais seulement un mélange de couleurs, malgré la ressemblance de ces matières avec des couleurs simples. Vous pouvez vous en convaincre facilement : regardez une surface colorée quelconque à travers un prisme ou un spectroscope, et vous verrez, que la couleur principale de cette surface se décompose en une foule de couleurs dont l'ensemble avait fait sur l'œil une impression unique.

Voici un papier qui vous paraît d'un rouge très-pur. Il contient, comme vous pouvez vous en assurer, non-seulement du rouge et des nuances du rouge, mais encore du jaune, du violet et même du vert et du bleu. Ce papier vert vous fournit un spectre si complet, que vous ne pourriez vraiment pas deviner sa couleur en le regardant à travers un prisme.

Tout cela n'a pas grande importance pour l'art et pour l'industrie, dont le but est de produire sur la vue certaines impressions, n'importe par quels moyens. Mais pour notre examen de l'état de la perception des couleurs d'un œil donné, il n'est pas indifférent de nous servir de couleurs simples ou de couleurs complexes.

Si, par exemple, un œil ne perçoit pas le rouge, il aura une impression tout-à-fait différente pour le rouge pur du spectre solaire et pour un rouge artificiel qui contient en plus toute une série de couleurs que cet œil peut percevoir.

Pour des expériences exactes, les couleurs spectrales sont toujours les meilleures. Elles permettent des examens rigoureux et partout comparables. Malheureusement elles ne sont pas faciles à produire ni à manier, car pour avoir des couleurs d'une intensité suffisante, il faut une lumière solaire intense, une chambre obscure, un héliostat, un appareil spectral complexe, en un mot tout un ensemble de conditions qu'on peut rarement réaliser dans la pratique. Il y a en outre un obstacle sérieux, c'est la difficulté de mélanger les diverses couleurs spectrales, chose qui est pourtant indipensable pour un examen suffisant.

Les matières colorées par contre, sont à la portée de tout le monde. Elles sont très-faciles à mélanger et l'on peut en couvrir des surfaces de toutes dimensions. Pour faire des expériences rigoureuses et comparables, on doit toujours donner l'analyse spectrale de la couleur employée.

Que diriez-vous d'un physiologiste qui publierait des expériences sur une substance amère sans indiquer sa composition chimique ? « Elle produit, dirait-il, un effet tétanisant. » Un autre pourrait nier ce résultat au nom d'expériences faites avec une substance également amère. Tous deux ont cependant raison, si le premier a employé de la strychnine et l'autre de la quinine.

De même, si vous employez deux couleurs rouges, elles peuvent être très-différentes au fond, l'une contenant beaucoup de bleu et l'autre une grande proportion de jaune.

Pour faire avec des matières colorées des expériences concordantes, vous devez donc tenir compte des couleurs élémentaires que ces matières réfléchissent.

Il est du reste très-simple d'analyser une matière colorée, vous n'avez qu'à la regarder à travers le spectroscope et vous lisez directement sa composition. Un simple prisme peut suffire, en regardant une bandelette de la couleur sur un fond noir et blanc. Maintenant, comment pouvons-nous mélanger plusieurs couleurs entre elles ? Je n'ai pas à vous exposer les méthodes de mélange des couleurs spectrales, méthodes très-compliquées et que la pratique ne pourra jamais utiliser. Il en est autrement du mélange des couleurs industrielles, et nous ne saurions nous en passer dans l'examen que nous avons en vue.

Mais d'abord, remarquez bien ceci, c'est que nous ne mélangeons pas, comme le font les peintres, les *matières* colorantes, mais bien la *lumière* qu'elles réfléchissent. Cela est bien différent : quand un peintre mélange entre elles plusieurs de ses couleurs, la couleur résultante n'est nullement semblable à celle que l'on obtiendrait en mélangeant les lumières réfléchies par ces couleurs. Il prend du bleu et du jaune, par exemple, pour produire du vert. Mélangez, au contraire, de la lumière bleue et de la lumière jaune, superposez par exemple le bleu et le jaune de deux spectres solaires, et vous obtiendrez du rose. Vous allez vous en convaincre par vous-mêmes :

Nous n'avons pas deux spectres solaires sous la main ; mais voici un appareil qui nous permet de mélanger la lumière réfléchie par des matières colorantes.

Vous voyez ce disque de carton. Je l'ai divisé en deux cercles concentriques. Le cercle intérieur a été teint par un mélange de bleu et de jaune, ce qui nous a donné du vert. La partie extérieure, au contraire, a été teinte, moitié en bleu, moitié en jaune.

Si l'on fait tourner rapidement ce disque autour de son centre, vous voyez que le cercle interne reste vert, comme on devait s'y attendre, tandis que la partie, extérieure vous donne une impression lumineuse unique résultant de la fusion des deux impressions venues du bleu et du jaune : or, vous avez l'impression d'une couleur rose, tout-à-fait opposée au vert du milieu.

Pour expliquer ce phénomène, prenons deux verres colorés, l'un bleu, l'autre jaune ; en les superposant et en regardant le soleil ou un objet blanc, on le voit coloré en vert. Or, cette couleur ne représente nullement un mélange, une *addition*, mais au contraire une *soustraction* de couleurs.

En effet, le verre bleu absorbe tous les rayons de la lumière blanche, *y compris les jaunes*, sauf les rayons bleus et verdâtres : la majeure partie de ces rayons absorbés aurait pu pénétrer à travers le verre jaune. Celui-ci, de son côté, détruit presque tous les rayons qui auraient pu traverser le verre bleu, c'est-à-dire surtout les rayons bleus. Ce qui reste et arrive à notre œil est la couleur qui n'a été absorbée ni par le verre bleu ni par le jaune, cette couleur est le vert.

Nous n'avons donc pas combiné le bleu et le jaune, nous avons au contraire retranché de la lumière que nous regardions les rayons bleus et les rayons jaunes, et ce que nous voyons est le reste.

Il en est de même dans la peinture. Aussi arriveriez-vous difficilement à persuader à un peintre que le mélange des sept couleurs simples produit du blanc. Pourquoi ? parce qu'en mélangeant ces couleurs sur sa palette il n'arriverait jamais à obtenir, je ne dis pas même du blanc, mais seulement du gris pur. Vous allez voir, au contraire, que rien n'est plus facile que d'avoir du blanc en mélangeant la lumière réfléchie par ces diverses couleurs.

La preuve directe que nous n'avons pas fait *d'addition* de couleurs en superposant les deux verres est celle-ci : Le verre jaune est évidemment beaucoup plus clair que le bleu ; et cependant le vert que nous voyons à travers les verres bleu et jaune superposés est beaucoup plus foncé que le ton qui résulte de la superposition de deux verres bleus ; ce qui prouve bien que la première combinaison absorbe plus de lumière que la seconde. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus ;

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris [1].

Anatomie pathologique. — I. *Considérations sur l'anatomie normale et l'élongation congénitale du col utérin.* — Le col de l'utérus se trouve divisé naturellement en deux portions distinctes par l'insertion du vagin qui forme une véritable rigole circulaire autour du museau de tanche. Nous n'avons pas à nous occuper ici de la partie supérieure, située au-dessus de cette insertion et nommée, pour cette raison, *portion sus vaginale du col.* L'extrémité inférieure, qui fait le sujet de cette étude, est désignée sous le nom de *portion sous-vaginale* ou *vaginale*, elle est entourée complétement par l'extrémité supérieure du vagin dans lequel elle plonge librement. Sa longueur varie, à l'état normal, entre 6 et 12 millimètres. Deux circonstances ont une influence manifeste sur ces dimensions : la portion vaginale diminue de longueur en raison du nombre

[1] Voir le numéro 42.

des grossesses. (Cazeaux.) D'autre part, Cruveilhier fait remarquer qu'il existe fréquemment, chez les femmes avancées en âge, un effacement complet du museau de tanche, et il ne comprend pas comment il a pu se faire que l'*élongation* de ce dernier ait été considérée, pendant si longtemps, comme l'état régulier à cette période de la vie. C'est donc chez les jeunes femmes nullipares, que la longueur du col est la plus considérable.

Très-souvent, le coït ne modifie point cette longueur; il tend, au contraire, à l'exagérer par le mécanisme suivant : la pression du membre viril s'effectuant, vu la conicité du col, en arrière de cet organe, a pour effet d'augmenter la profondeur du cul-de-sac utéro-vaginal postérieur, ce qui rend nécessairement plus considérable la saillie du museau de tanche. Ces derniers détails anatomiques nous expliquent un dissentiment qui existe entre MM. Bennett et Huguier. Ce dernier, qui semble n'avoir observé que des femmes d'un certain âge, a été amené à nier formellement que l'élongation pût exister à titre de malformation congénitale, sans aucun état pathologique. Telle n'est point l'opinion de M. Bennett qui a constaté, chez plusieurs jeunes femmes non mariées, un allongement plus ou moins prononcé du col utérin, sans aucune espèce de cause inflammatoire. Nous ne voyons dans ces cas qu'une exagération parfaitement admissible de la disposition que nous venons de signaler, comme étant la plus habituelle à cet âge.

Nous démontrerons du reste, dans le cours de ce travail, que non-seulement l'élongation congénitale existe, mais qu'elle se distingue encore, au point de vue de la structure histologique, par un certain nombre de caractères qui lui sont propres.

II. *De la coexistence possible des hypertrophies sus-vaginale et vaginale du col.* — Nous n'avons en vue, dans cette étude, que l'élongation portant sur la *portion vaginale du col.* — Cette variété constitue une affection parfaitement distincte, se manifestant par des caractères qui la différencient, avec la plus grande netteté, de l'*hypertrophie sus-vaginale*. Il ne faut pas oublier, néanmoins, que malgré ces différences symptomatiques, les deux affections ont presque toujours un point de départ commun, c'est-à-dire une lésion de nutrition. Elles peuvent donc coexister, mais c'est là un fait assez rare; et, pour sa part, M. Huguier dit ne l'avoir jamais rencontré. L'observation suivante en est un exemple frappant : l'hypertrophie ayant porté également sur la portion sus-vaginale, le vagin fut entraîné dans la descente du col. Cette disposition vint compliquer singulièrement l'opération et la rendit plus dangereuse; aussi M. Alph. Guérin dut-il pratiquer la résection du col assez bas, pour ne point léser la paroi vaginale.

Observation I. — *Hypertrophie des portions sus et sous-vaginales du col de l'utérus; chute du vagin; ulcération de la tumeur; résection du col à l'aide de l'écraseur; guérison.* (Obs. communiquée par M. Guérin à la *Société de Chirurgie* le 15 février 1860).

Jeune femme de 23 ans; règlée entre 16 et 17 ans, elle a eu, jusqu'ici, ses menstrues très-régulièrement. Le sang qu'elle perdait était rouge et abondant. La durée des règles qui d'abord était de 3 à 5 jours, ayant augmenté dans les dernières années jusqu'à 8 et 10 jours, la malade a été quelquefois effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait.

A l'âge de 19 ans, devenue grosse, elle accoucha à l'hôpital St-Antoine. L'accouchement se fit naturellement à terme et les douleurs ne durèrent guère plus d'une heure. C'est pourtant à une époque voisine de son accouchement que la malade rapporte le début de sa maladie, sans qu'elle puisse bien préciser, n'ayant jamais ressenti la moindre douleur dans la région.

Etat de la malade au moment de l'opération. Le museau de tanche considérablement hypertrophié faisait hors de la vulve, entre les petites lèvres, une saillie du volume d'une pomme d'Api. Rouge dans la plus grande partie de son étendue, il était le siége d'une ulcération à fond grisâtre, dont l'étendue était à peu près celle d'une pièce d'un franc. L'hystéromètre, introduit dans le col de l'utérus, pénétrait à une profondeur de 10 à 11 centimètres, suivant la pression exercée sur le manche de l'instrument. En portant le doigt indicateur dans le vagin, on sentait distinctement une sorte de calus indiquant le point où finissait le col et où commençait le corps de l'utérus. La cavité du corps de l'utérus, ayant la direction et le volume de l'état normal, est de 3 centimètres, tandis que la longueur du col est de plus de 7 centimètres.

L'opération ayant été décidée, M. Guérin s'attache à fixer l'étendue du col qu'il devait enlever et reconnait ainsi la disposition suivante :

L'Hypertrophie n'ayant pas seulement porté sur la portion sous-vaginale du col, mais aussi sur la portion sus-vaginale, le vagin relâché a suivi le col dans sa descente et le tapisse jusqu'à la distance de 5 centimètres de son orifice extérieur, de telle sorte qu'il eût été infailliblement coupé si la chaîne de l'écraseur eut porté un peu au-dessus de ce point.

Opération. La malade ayant été endormie par le chloroforme, M. Guérin opère à l'aide de l'écraseur. Bien que la section eut été faite promptement en 13 ou 14 minutes, il ne s'écoule que quelques gouttes de sang. L'utérus devenu libre remonte aussitôt, et il est impossible de constater si la coupe était concave ou convexe.

Résultat. 9 jours après l'opération, la malade dit n'avoir point souffert; elle mange bien, et, quoiqu'elle n'eut pas encore quitté son lit que pour aller au bout de la salle, on peut la considérer comme guérie. Notons en outre, que la cavité du col n'a point disparu sous la constriction de l'écraseur, bien qu'aucune précaution n'ait été prise pour s'opposer à son oblitération.

Cette observation n'est pas intéressante seulement au point de vue où nous nous sommes placés plus haut; notons dès maintenant plusieurs particularités sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin, à savoir : l'*ulcération* de la tumeur, l'*absence d'hémorrhagie* malgré la vascularité évidente du col, la *persistance de la cavité cervicale* après la résection, l'*influence d'une grossesse* ayant agi comme cause déterminante du processus hypertrophique.

Nous avons trouvé dans la presse américaine un second cas qui nous semble devoir être rapproché de celui de M. Alph. Guérin. Il appartient au docteur Waren (de Boston). Les différents détails de cette observation sont trop écourtés et trop obscurs, pour se prêter à une discussion sérieuse; nous les résumons ici sans aucune espèce de commentaires :

Observation II. — *Elongation hypertrophique du col; descente du vagin et de la moitié de la vessie; résection du col,* par M. Waren *(American Journ. of the med. Sciences*, 1864).

Une femme de 66 ans présente un allongement hypertrophique datant de 26 ans. *Le col a atteint une longueur de 3 à 4 pouces et fait saillie entre les grandes lèvres, entraînant la moitié de la vessie et une grande partie du cul-de-sac péritonéal.* Après avoir séparé avec soin ces parties du col hypertrophié, M. Waren réséqua cet organe, et dès lors le col utérin et les organes adjacents reprirent leur position naturelle dans le bassin.

Nous reviendrons, du reste, dans la suite de cette étude, sur la coexistence des hypertrophies vaginale et sus-vaginale, car nous aurons à envisager cette forme particulière au point de vue du traitement chirurgical. *(A suivre).*

CLINIQUE MÉDICALE

Cirrhose hypertrophique péri-lobulaire;

Par **A. PITRES.**

Sp... Dominique, âgé de 33 ans, terrassier, est entré à l'hôpital Beaujon, le 17 avril 1875.

Antécédents. Sp... a eu pendant longtemps, dans sa jeunesse, des engorgements ganglionnaires. En 1860, il a eu une fluxion de poitrine. Il n'a jamais habité les pays chauds et n'a jamais eu de dysenterie ni de fièvres intermittentes. Il n'a jamais eu non plus de chancres ni de blennorrhagies.

Son père, qui faisait souvent des excès alcooliques, est mort d'apoplexie à l'âge de 71 ans. Sa mère est morte de suites de couches avec la jaunisse (?) Il a deux frères et une sœur qui ont toujours joui d'une bonne santé.

Avant d'être malade, Sp... exerçait le métier de maçon. Il était très robuste, mais il aimait beaucoup à boire, et dépensait en petits verres tout l'argent dont il pouvait disposer. En 1866, il tomba du haut d'un échafaudage élevé et eut une violente contusion de la région hépatique. On lui fit appliquer des sangsues sur l'hypochondre droit, et peu de jours après cet accident il put reprendre ses travaux. A la fin de 1867 il fit une seconde chute de la hauteur d'un premier étage, à la suite de laquelle on le transporta à l'hôpital avec une plaie de tête assez sérieuse, et une fracture du bras.

Il était à l'hôpital depuis trois jours, lorsqu'il *devint jaune*. A ce moment il n'avait aucune douleur dans la région du foie. Après deux mois de traitement, il quitta l'hôpital, guéri de sa fracture et de sa plaie de tête, mais avec un ictère intense qui depuis 7 ans a toujours persisté. En sortant de l'hôpital, il abandonna le métier de maçon qui lui paraissait trop dan-

gereux et [illegible]. Son [illegible] ne l'inquiétait pas et ne lui causait aucune souffrance. Vers 1870, il s'aperçut qu'il était plus facilement accessible à la fatigue, que ses forces diminuaient, qu'il maigrissait un peu, que son appétit était irrégulier et qu'il était sujet à des alternatives de diarrhée et de constipation. Pas d'épistaxis, pas d'hémorrhoides. Quand il se sentait trop fatigué, il entrait pendant quelques jours à l'hôpital, se reposait, et reprenait ensuite ses travaux.

En 1871, il eut le scorbut, ou du moins il raconte que pendant quelques jours, au milieu d'un mouvement fébrile assez intense, sa peau se couvrit de taches de purpura et que ses gencives devinrent douloureusement molles et saignantes.

Son ventre a commencé à grossir en 1873, et a pris peu à peu un développement considérable.

Pendant son séjour dans les hôpitaux, le malade a été soumis à divers traitements, (calomel, alcalins, purgatifs répétés, iodure de potassium, etc.) dont il n'a retiré aucun avantage.

A la fin de 1874 il était entré à l'Hôtel-Dieu, et le 9 décembre il fit le sujet d'une leçon clinique de M. le professeur Béhier. A cette époque le ventre était très-volumineux : le foie dépassait de 12 travers de doigt le bord inférieur des côtes, la rate était extrêmement tuméfiée, l'ictère très-foncé ; les selles étaient colorées par la bile ; il n'y avait pas d'ascite. Le sang examiné par M. Malassez présentait une diminution notable du nombre des globules rouges, sans augmentation du nombre des leucocytes.

M. le professeur Behier porta le diagnostic d'*hépatite interstitielle hypertrophique*.

Le malade quitta l'Hôtel-Dieu en janvier 1875. Depuis ce moment sa maladie a fait des progrès rapides. L'amaigrissement et la faiblesse ont beaucoup augmenté, il s'est produit des hémorrhagies par les gencives, de l'œdème des membres inférieurs, et enfin une kérato-conjonctivite double. Effrayé surtout par ce dernier accident, Sp... entre à l'hôpital Beaujon le 17 avril 1875 (salle Beaujon n° 11. Service de M. Matice, suppléé par M. Martineau).

Etat actuel, le 25 avril. Le malade est très-amaigri. Tout le tégument externe, la muqueuse de la face inférieure de la langue, les conjonctives, présentent une teinte ictérique extrêmement foncée. Les yeux sont le siége de kérato-conjonctivites assez intenses. Les cornées sont dépolies, opaques, vascularisées ; les conjonctives sont rouges, tuméfiées et fournissent une sécrétion purulente épaisse et peu abondante. L'iris est contractile et son contour est régulier.

La région parotidienne du côté gauche est légèrement tuméfiée, la peau qui la recouvre est saine, et par la palpation on sent au-dessous d'elle une masse lobulée et élastique, qui paraît formée par un engorgement des ganglions parotidiens. Cette tuméfaction est du reste peu marquée, et son existence passerait sans doute inaperçue, si elle était bilatérale et si l'on ne pouvait la mettre en évidence en comparant le côté malade au côté sain.

La peau est sèche, rugueuse ; elle est le siége d'une desquammation épithéliale [illegible]. Il n'y a pas actuellement de prurit cutané, mais le malade raconte que, pendant les deux premières années qui ont suivi l'apparition de l'ictère, il avait des démangeaisons très-incommodes, et qu'il se grattait comme s'il avait eu la gale. Sur la peau des deux membres inférieurs, on constate de nombreuses petites saillies rouges, dures, non douloureuses à la pression, et ne provoquant pas de prurit [illegible].

Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés. L'œdème a débuté il y a trois mois ; il est [illegible], augmente considérablement quand le malade reste debout une partie de la journée, et se dissipe [illegible] après quelques heures de repos, dans le décubitus horizontal.

Le ventre est volumineux, arrondi ; sa circonférence, à l'ombilic, mesure 97 [illegible] de l'abdomen [illegible]. A la percussion, [illegible] sonorité dans toute [illegible]. La matité [illegible] dans les flancs, [illegible] une ligne [illegible], qui se déplace [illegible] la position du malade. En combinant [illegible] la palpation et la percussion, on obtient [illegible] peu distincte. Ascite très-modérée.

Le foie déborde les fausses côtes de quatre larges travers de doigt. Il est lisse, dur ; son bord inférieur est mince, tranchant et régulier. Les diamètres du foie, déterminés par la percussion, mesurent :

Le diamètre sterno-pubien	10 centim.	
— cléido-iliaque......	13	—
— axillo-iliaque......	16	—

La rate est extrêmement volumineuse. On sent, par la palpation, son bord antérieur, mousse, arrondi et très-dur. Son diamètre vertical, limité par la percussion, mesure 13 cent. La palpation et la percussion du foie et de la rate ne déterminent aucune douleur. En revanche, le malade éprouve spontanément dans les hypochondres des sensations douloureuses fugaces, qu'il compare à des coups de lance, et qui se reproduisent de temps en temps.

La langue est rose, humide. L'appétit est assez bien conservé. Le malade mange avec plaisir un degré, mais, aussitôt après le repas, l'estomac lui semble plein et pesant. Pas de rapports gazeux ; jamais de vomissements ; les selles sont régulières, colorées ; il y a quelquefois de la diarrhée ; jamais il n'y a eu de sang dans les matières.

Autour de la couronne des dents, les gencives sont fongueuses et saignantes. Ces fongosités donnent lieu à des hémorrhagies, qui surviennent tantôt sans cause apparente, tantôt à l'occasion d'une irritation traumatique (par exemple, quand le malade mange ou se lave les dents). Dans ces derniers temps, le malade a eu plusieurs hémorrhagies de ce genre, dans lesquelles il perdait en un jour la valeur d'un plein crachoir de sang. — Le pouls est large, régulier, 70. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, juste au-dessous du mamelon. Les bruits sont réguliers, et leur timbre est normal. Au niveau du bord droit du sternum, vers la deuxième articulation synchondro-sternale, on perçoit un bruit de souffle systolique, assez fort, qui se prolonge dans les carotides, et qui diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du point indiqué.

Le malade se plaint de tousser un peu depuis deux mois. La sonorité des poumons est normale, et la respiration est très-pure, excepté en arrière et à la base des deux poumons, où l'on entend quelques râles sous-crépitants.

La miction est normale. Les urines sont d'un vert très-foncé. Traitées par la teinture d'iode ou l'acide nitrique, elles donnent les séries de coloration caractéristiques de la présence des matières colorantes biliaires.

Les forces du malade ont beaucoup diminué. Il se lève cependant une partie de la journée, et marcherait encore assez loin si ses jambes n'enflaient pas. Il n'a jamais de maux de tête ; son intelligence et sa mémoire sont bien conservées. Son sommeil est souvent troublé par des cauchemars. T. A. 37,5. L'examen microscopique du sang a montré qu'il n'y avait pas d'augmentation relative notable dans la proportion des globules blancs.

Le 9 *mai*, le malade est beaucoup plus souffrant. Il a, depuis plusieurs jours, de la diarrhée ; ses forces ont notablement diminué, il reste constamment au lit ; appétit nul, soif vive ; l'œdème des membres inférieurs est permanent. Le ventre a encore grossi (circonférence à l'ombilic, 1 mètre) ; il est dur, tendu, difficile à explorer. Les veines superficielles de l'abdomen sont très-dilatées, il y a un peu d'œdème de la paroi abdominale. La kérato-conjonctivite a fait des progrès, et l'on constate, sur les deux cornées, l'existence de plusieurs ulcérations superficielles. Il ne se produit pas d'hémorrhagie abondante par les gencives, mais il y a une petite exsudation sanguine [illegible] en rouge. Sur la joue et la région [illegible] droit il s'est développé trois petits [illegible]. T. A. 38,8.

Le 11 *mai*, [illegible] le malade n'a pu uriner depuis 24 heures. On pratique le cathétérisme, qui donne issue à une [illegible] par la bile. [illegible] ; il n'y a pas

de rétrécissement de l'urèthre; les jours suivants, le malade a pu uriner seul et sans difficulté.

Le 16 *mai*, un des furoncles de la face s'est ouvert spontanément, et, pendant toute la journée, il a donné lieu à un suintement de sang [illegible] que l'on a eu de la peine à arrêter avec des compresses d'amadou, maintenues par un bandage compressif. Il n'y a plus de diarrhée ; le ventre est très-tendu; sa circonférence, à l'ombilic, mesure 108 cent. Les veines superficielles de la paroi abdominale sont très-dilatées. Il n'y a de sonorité [illegible] qu'au niveau de la région épigastrique. Le [illegible] est très-manifeste.

Le 18 *mai*, les furoncles de la face sont guéris. Les gencives sont toujours fongueuses et saignent facilement; le ventre est tellement distendu qu'il gêne la respiration. On pratique une ponction qui donne issue à 5 litres de liquide séreux foncé, qui ne s'est pas pris en gelée par le repos. Traité par la chaleur, ce liquide fournit un abondant précipité d'albumine. En y ajoutant de la teinture d'iode, on n'obtient pas les belles teintes vertes qui décèlent la présence des matières colorantes biliaires. L'acide nitrique ordinaire y produit un précipité d'albumine et une belle coloration vert tendre.

Après la ponction, la palpation de l'abdomen démontre que le foie a notablement diminué de volume. Les diamètres verticaux limités par la percussion, mesurent :

Le diamètre sterno-pubien....	9 cent.
— cléido-iliaque....	8 —
— axillo-iliaque....	13 —

Le 20 *mai*, le malade ne mange plus du tout, ses traits sont altérés. Le liquide péritonéal se reproduit très-rapidement. Les matières fécales très-liquides, ont une teinte verdâtre foncée. L'ictère persiste toujours avec la même intensité. Les conjonctives sont rouges, tomenteuses, et les deux cornées sont dépolies et ulcérées dans toute leur étendue.

Le 22 *mai*, on pratique une seconde ponction abdominale, par laquelle on retire 5 litres de liquide tout à fait semblable à celui de la première ponction. L'état général est très-grave. Diarrhée incoercible, soif vive, adynamie profonde, saignement continuel des gencives.

Le 28 *mai*, le ventre est très-tendu et l'on est obligé de pratiquer une nouvelle ponction. Aussitôt après l'opération, le foie, limité par la percussion, donne les mesures suivantes :

Diamètre sterno-pubien.......	8 cent.
— cléido-iliaque........	6 —
— axillo-iliaque........	12 —

Mort le 29 *mai* à 11 heures du soir.

Autopsie le 31 *mai* 1875. — A la partie supérieure des cuisses, on remarque de nombreuses vergetures dont le fond est occupé par des taches violacées ecchymotiques. A la base de chacun des boutons d'acné qui sont disséminés sur les membres inférieurs, se trouve également une petite ecchymose violacée.

A l'ouverture du ventre, il s'écoule environ 3 litres de sérosité ascitique. Le péritoine ne présente pas la moindre trace d'inflammation. Il est lisse, poli. Le mésentère est œdémateux et offre une teinte lavée. Les ganglions mésentériques ont une coloration brune et sont plus gros qu'à l'état normal : quelques-uns atteignent le volume d'un œuf de poule.

Le *foie* est hypertrophié, il pèse 2,200 grammes. Sur sa face convexe, on voit une mince lamelle pseudo-membraneuse. La surface du foie est légèrement granuleuse. Sa coloration est d'un vert-bronzé assez foncé. Sa consistance est augmentée, il est difficile d'enfoncer le doigt dans son tissu.

Sur la coupe, on distingue un réseau de travées conjonctives grisâtres dans les mailles duquel sont contenus les lobules hépatiques. Ceux-ci sont petits : ils ne mesurent pas plus d'un millimètre de diamètre, et font sur la coupe une légère saillie. Les canaux biliaires intra-hépatiques paraissent [illegible] ils ne sont pas dilatés. Les canaux biliaires extra-hépatiques sont parfaitement perméables. La vésicule biliaire très-dilatée (13 cent. de longueur sur 6 de largeur), contient un [illegible]cus blanc, filant, [illegible], elle ne renferme pas de calculs; la muqueuse est jaunâtre, un peu épaissie. Dans le hile du foie on trouve un grand nombre de ganglions lymphatiques augmentés de volume. La veine-porte et ses principales divisions sont libres et paraissent tout à fait saines.

La *rate* est extrêmement volumineuse. Elle pèse 1,300 grammes. Son tissu est [illegible], sa pulpe présente les mêmes caractères qu'à l'état normal.

L'*estomac* est sain. L'intestin grêle a une teinte brunâtre; les plaques de Peyer sont très légèrement tuméfiées. Le gros intestin paraît tout à fait sain. Le pancréas est normal.

Les *reins* se [illegible] également. Le rein gauche pèse 200 grammes, le droit 210 grammes. A la coupe, ils paraissent anémiques.

Les *poumons* sont tout à fait sains.

Le *cœur* est mou. Sur la face postérieure du ventricule gauche, on remarque au-dessous du feuillet viscéral du péricarde un petit pointillé ecchymotique. Le myocarde est friable, de couleur feuille-morte. Auprès du bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte, on remarque de petits pertuis (état fenêtré) découpés au milieu du tissu normal des valvules. Les appareils valvulaires auriculo-ventriculaires et pulmonaires sont tout à fait sains.

L'*encéphale* ne présente aucune lésion appréciable.

La peau de la région parotidienne gauche est saine. Les *ganglions* lymphatiques intra-parotidiens sont un peu plus volumineux qu'à l'état normal; plusieurs d'entre eux sont gros comme des fèves.

L'*examen histologique* du foie a donné les résultats suivants: sur des coupes pratiquées après durcissement, colorées au picrocarminate d'ammoniaque, et montées dans la glycérine, on voit à un faible grossissement (oc. 1, obj. 1 Nachet), les lobules hépatiques colorés en jaune fauve et enveloppés par des lames épaisses de tissu conjonctif, coloré en rose. Certains lobules sont tellement diminués de volume qu'ils ne mesurent pas plus de 1 quart de millimètre de diamètre. Au contraire, les bandes conjonctives qui occupent les espaces interlobulaires mesurent jusqu'à un millimètre d'épaisseur; leurs bords sont très-nettement découpés, et elles n'envoient pas de prolongements dans l'intérieur des lobules voisins. Ces lésions présentent, dans leur distribution, une certaine uniformité, en ce sens que tous les lobules hépatiques sont diminués de volume et que tous les espaces inter-lobulaires sont à peu près également épaissis. Pour étudier les détails de ces lésions, il faut employer un grossissement plus fort (obj. 3 ou 5, oc. 1 Nachet) : on voit alors que les cellules hépatiques serrées les unes contre les autres sont petites et fortement granuleuses. Nulle part on n'y trouve de gouttelettes graisseuses. L'ouverture de la veine sus-hépatique n'est plus distincte au centre des lobules. Au milieu des cellules hépatiques on trouve dans chaque lobule de 4 à 20 corpuscules fortement colorés en vert foncé ou en brun, de forme irrégulière, et qui paraissent être de petits amas de pigment biliaire; ils mesurent de 5 à 30 millièmes de millimètres de diamètre. Les espaces inter-lobulaires sont remplis par du tissu conjonctif fibrillaire dense, dans lequel sont infiltrées de loin en loin de petites cellules embryonnaires relativement peu nombreuses. Il était intéressant de rechercher dans quel état se trouvaient les canaux biliaires. Pour cela, un certain nombre de coupes fines ont été fortement colorées au carmin et montées dans la glycérine acidifiée (acide acétique 1, glycérine 2) : on constate alors que les canaux biliaires intra-lobulaires sont très-peu nombreux dans les bandes de sclérose, et qu'ils sont à peine augmentés de volume; en outre, tous ceux que le rasoir a coupés en travers ont leur cavité entièrement remplie par des cellules rondes et entassées les unes contre les autres, et ceux sur lesquels la coupe a porté longitudinalement [illegible] sont transformés en cylindres pleins, par l'accumulation de ces mêmes éléments arrondis, dans [illegible] les caractères de l'épithélium normal des canaux biliaires.

On a pu s'assurer, en [illegible] quelques coupes avec le [illegible], qu'il [illegible] de dé[illegible] [illegible]

Réflexions. — Le diagnostic porté pendant la vie du malade avait été celui de cirrhose hypertrophique. Nous croyons que les détails de l'observation clinique et les résultats de l'examen nécroscopique ne peuvent laisser aucun doute sur la légitimité de ce diagnostic. Nous nous contenterons donc de signaler quelques particularités qui nous paraissent dignes d'intérêt.

Au point de vue étiologique, la seule cause que l'on puisse invoquer est l'abus des boissons alcooliques. Le malade n'avait, en effet, jamais eu d'accidents syphilitiques ni paludéens. C'est là un fait qui vient à l'appui de la conclusion formulée dans le mémoire de M. Olivier (1), à savoir que « comme cause bien démontrée de la cirrhose hypertrophique, on ne trouve que les excès alcooliques. »

Au point de vue de la symptomatologie, la persistance de l'ictère, les ulcérations saignantes des gencives, l'éruption papuleuse de la peau, la tuméfaction de la région parotidienne ont été observées dans plusieurs cas, et paraissent faire partie du tableau clinique habituel de la cirrhose hypertrophique vraie. Il n'en est pas de même de la kérato-conjonctivite qui s'est montrée dans les derniers temps de la vie du malade, et qui était peut-être liée à l'état de cachexie dans lequel il était tombé.

L'ascite est un symptôme fréquent dans la cirrhose hypertrophique. Chez Sp.... elle ne s'est produite que deux mois avant la mort, et elle a coïncidé avec une diminution très-notable du volume du foie. Il est bon de signaler la coexistence de ces deux phénomènes qui sont très-probablement unis entre eux par un rapport de cause à effet.

Relativement aux lésions anatomiques, il n'est pas sans intérêt de constater que la cirrhose était exclusivement péri-lobulaire, c'est-à-dire que les bandes de tiss uconjonctif de nouvelle formation entouraient de toutes parts les lobules hépatiques sans envoyer dans leur intérieur aucun prolongement. Dans les cas de cirrhose hypertrophique, étudiés par M. Hayem (2), la lésion était, au contraire, disséminée à la fois à l'intérieur et à la périphérie des lobules.

Il y a donc au moins deux variétés anatomiques de cirrhose hypertrophique vraie: l'une dans laquelle la sclérose reste limitée à la périphérie des lobules (cirrhose péri-lobulaire), et l'autre dans laquelle elle pénètre jusque dans leur intérieur (cirrhose intra-lobulaire).

Quant aux altérations que nous avons constatées dans les fins canalicules biliaires intra-hépatiques, elles nous paraissent assez importantes pour qu'on puisse se demander si elles n'ont pas joué un rôle dans la pathogénie de l'ictère. C'est là une question délicate que nous nous contentons de poser et qui ne peut être résolue que par la comparaison d'un certain nombre de faits. (Voir page 614.)

(1) Mémoire pour servir à l'histoire de la cirrhose hypertrophique, par Paul Olivier, médecin-adjoint des hôpitaux de Rouen. — *Union médicale*, 1871.

(2) Contribution à l'étude de l'hépatite interstitielle chronique avec hypertrophie. — *Arch. de physiologie*, janvier 1874.

L'enseignement de la pschiatrie en Angleterre. — Une pétition signée des principaux professeurs des écoles de médecine, vient d'être présentée au conseil des examens *Medical examining board*, dans le but d'autoriser les étudiants à remplacer trois mois de leur stage dans les hôpitaux généraux, par un stage de même durée dans les asiles d'aliénés. Les signataires appuient leur pétition sur les faits suivants : 1° il existe, en Angleterre, plus de 400 individus qui s'occupent spécialement des affections mentales; 2° la folie n'est pas une spécialité comme l'oculistique dont on rencontre à chaque instant des cas dans les hôpitaux généraux ; il en résulte que les étudiants n'ont pas, dans tout le cours de leurs études, l'occasion d'observer un seul cas de folie ; 3° il est de plus en plus difficile de recruter des médecins résidents pour les asiles d'aliénés, et ceux qui acceptent ces emplois sont obligés d'apprendre leurs devoirs lorsqu'ils sont déja en fonctions, cela au grand détriment de leur dignité et quelquefois des malades. (*Annales médico-psychologiques.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Discussion de l'Académie à propos du Mémoire de M. Giraud-Teulon sur les troubles fonctionnels de la vision, dans leurs rapports avec le service militaire.

Dans les séances des 15 et 22 juin 1875, M. Giraud-Teulon lut à l'Académie un long et très-remarquable Mémoire sur les défauts de la vision, dans leurs rapports avec le service militaire. Il y avait, dans cette étude, deux parties bien distinctes : l'une était purement scientifique et véritablement magistrale; l'autre contenait un projet de réforme des Conseils de révision. Pour le côté scientifique, il n'y eut tout d'abord, aucune discussion immédiate. Mais, les dernières conclusions de l'auteur, comprenant, en deux mots, quoique sous les apparences les plus simples et les plus bienveillantes, une modification dangereuse, inutile, une immixtion exagérée, ces conclusions ne pouvaient passer sans objections de la part de membres de l'Académie, plus expérimentés et plus autorisés que M. Giraud-Teulon en pareille matière. C'est ainsi que Larrey, ancien président du Conseil de toute l'armée, Legouest, président actuel, Perrin, professeur d'ophthalmologie au Val-de-Grâce, ont immédiatement déclaré que les observations de l'auteur du mémoire et ses conclusions reposaient sur un véritable quiproquo, ou tout au moins sur la connaissance incomplète du fonctionnement actuel des conseils de révision.

Le débat semblait donc devoir s'engager sur ce point, quand les rapports sur le choléra, les pansements ouatés, les vacances, les Congrès de Nantes et de Bruxelles vinrent modifier les ordres du jour, — et il se trouva que le 31 août, M. Jules Guérin était le seul contradicteur prêt à argumenter M. Giraud-Teulon. La question était alors reprise sous une toute autre forme : celle de l'origine même de la myopie.

Enfin, le 12 octobre, la discussion est entrée dans sa dernière et véritable phase, par la brillante réponse de M. Perrin, laquelle a été suivie d'une seconde réponse de M. Giraud-Teulon. Peut-être même verrons-nous intervenir dans débat les doyens de la chirurgie militaire.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons, pour le moment, qu'à rendre compte du premier mémoire de M. Giraud-Teulon, et nous ferons suivre cette analyse des objections qui lui ont été faites par un conservateur de l'Académie, lequel ne veut tenir aucun compte des travaux de l'école d'Utrecht (qu'il appelle allemande) non plus que des recherches micrographiques.

M. Giraud-Teulon étudie d'abord les qualités visuelles à exiger du soldat, soit dans le service actif, soit dans le service auxiliaire, et cite les chiffres officiels, soit S (acuité) $= \frac{1}{4}$ M $= \frac{1}{5}$ H $= \frac{1}{6}$ comme causes d'exemption. Enseignant alors à l'Académie la manière de mesurer l'acuité, il émet le vœu, qu'à cet effet, on emploie les échelles typographiques dans les Conseils de révision. Qu'il nous soit permis de faire remarquer au lecteur que ces échelles sont employées depuis plusieurs années chez nous, tandis qu'en Allemagne, on se contente de faire compter les doigts pour mesurer l'acuité, et que tout individu qui peut les compter à *deux mètres* est déclaré *apte pour le service actif*. Comme l'a dit avec esprit et juste raison, au Congrès de Bruxelles, M. Testelin, le soldat qui n'est pas bon tireur a un autre

rôle à remplir ; il doit servir de cible à l'ennemi comme les autres. La myopie n'est pas un obstacle à ce service.

Abordant la question de l'amétropie, l'honorable académicien, frappé de trouver la limite de la myopie fixée à $\frac{1}{4}$ comme le chiffre de S, suppose qu'il y a eu confusion, et qu'on a jugé la myopie d'après son résultat ultime, comme acuité visuelle à distance. C'est là, dirons-nous encore, une hypothèse toute gratuite de M. Giraud-Teulon, et nous ne pensons pas qu'un médecin ait jamais pu croire qu'une myopie de $\frac{1}{4}$ correspondait à une diminution de S $= \frac{1}{4}$. Jamais cette manière de faire n'a été employée dans les Conseils de révision. Cette interprétation, a toutefois, conduit M. Giraud-Teulon à une série d'études assez curieuses, et dont un côté est véritablement important. A quel degré de diminution de S correspond, sous le rapport de la vision à distance, un excès donné de réfraction ?

En interposant devant un œil emmétrope des verres convexes, $+ 20 = 36$, et en recherchant l'acuité de ce myope artificiel, on arrive à cette conclusion, que l'acuité physiologique perd, chez un emmétrope, $\frac{1}{2}$ par addition d'un verre $+ \frac{1}{36}$ et $\frac{9}{10}$, par un verre $= \frac{1}{48}$. Mais ce sont là des conditions tout-à-fait artificielles et théoriques, et inconstantes dans leur résultat.

Autre problème bien plus grave : un myope conserve-t-il son acuité normale, une fois la correction faite ? et dans quelle limite varie cette acuité ?

Il résulte de patientes recherches entreprises par l'honorable académicien, que

Sur 100 M de $\frac{1}{3}$	un tiers possède	S		= [illegible].
	$\frac{4}{5}$	—	S	= [illegible].
Dans la M de $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{6}$	10 0/0 possèdent	S		= [illegible].
	$\frac{2}{3}$	—	S	= [illegible].
	34 0/0	—	S au-dessous	= [illegible].
Dans M de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{6}$	4	—	S	= [illegible].
	43	—	S	= [illegible].
	56	—	S au-dessous	= [illegible].

Dans M de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$ il n'y plus d'acuité normale

22 0/0	possèdent	S = [illegible]
Et le reste	—	S = [illegible]/10

En résumé, les myopes au-dessus de $\frac{1}{6}$ n'ont l'acuité normale, même après correction, que dans la proportion de 10 0/0, et deux bons tiers sont au-dessous de $\frac{1}{2}$ ou à $\frac{1}{2}$.

Voilà des résultats nouveaux, importants, véritablement scientifiques, à la notion desquels nous applaudissons, bien qu'ils demandent peut-être confirmation.

Passant au mode de détermination de la myopie comme motif d'exemption, M. Giraud-Teulon regrette l'ancien chiffre $\frac{1}{6}$, au lieu du nouveau $\frac{1}{4}$, et veut démontrer, ce que peu de médecins ignorent, combien, à 20 ans, il est facile d'arriver à lire avec des lunettes nº 4, sans être réellement myope, tandis qu'un véritable myope, mais d'acuité visuelle diminuée, ne pourrait lire à la distance réglementaire, et pourrait être incorporé comme simulateur.

En vérité, qu'on nous permette encore cette remarque, pourrait-on jamais confondre l'altitude d'un conscrit, que son acuité trop faible force à se rapprocher de l'objet à distinguer en usant de son accommodation, avec celle du myope porteur de lunettes trop fortes, et se reculant instinctivement de l'épreuve ! Ce sont là, il faut le dire, des difficultés imaginaires.

Pour l'hypermétropie, l'honorable académicien accepte le chiffre officiel $\frac{1}{6}$, tout en faisant des réserves pour le cas où le port des lunettes ne serait pas accepté dans l'armée territoriale, c'est-à-dire à 30 ans.

Pour l'astigmatisme, la conduite à tenir sera modelée sur celle suivie dans le cas d'amblyopie. Nous pouvons dire que le Congrès de Bruxelles, dans ce dernier cas, s'est arrêté au chiffre fixé par les réglements français ($\frac{1}{4}$). Le strabisme, avec des définitions plus précises, les paralysies musculaires, le nystagmus terminent l'énumération des troubles fonctionnels de la vision.

M. Giraud-Teulon ne s'est pas borné à ces considérations purement scientifiques, véritable et seul domaine d'une académie, il a cherché quels étaient les moyens actuels employés pour la constatation de l'amétropie et de l'acuité visuelle dans les Conseils de révision. Il a pensé qu'aujourd'hui, tous les jeunes gens étant soldats, l'enquête près des parents d'autres conscrits, était insuffisante, parce que quel que fût son résultat, elle ne modifierait pas les charges des consultés. Nous ne pouvons accepter cette interprétation : quand enquête il y a, même aujourd'hui, l'expérience le prouve, elle est exacte.

Mais où M. Giraud-Teulon rentre dans la plus évidente vérité, c'est quand il reclame l'examen ophthalmoscopique pour tous les cas d'amblyopie et toutes les lésions profondes de l'œil ; oui, le maniement de l'ophthalmoscope doit être d'un usage permanent dans ces conditions, et le médecin du Conseil doit être versé dans ces études : c'est son métier, il doit le connaitre. Toutefois, ces examens ont paru devoir être assez longs et assez difficiles à l'honorable académicien, pour demander qu'à chaque Conseil soit adjoint un second médecin *oculiste!* Voilà, assurément, le défaut de la cuirasse! Mais pourquoi ne pas réclamer aussi un auriste, un laryngiste, un dermatologiste, un cardiologiste, un uréthrologiste, un dentiste, etc. Les décisions du Conseil de révision sont sans appel et trop précipitées, s'écrie M. Giraud-Teulon. Il faut aller vite, c'est vrai, mais, après le Conseil de révision, il y a la revue de départ, la revue d'arrivée au corps, la Commission départementale, les entrées à l'hôpital, où les visites, les contre-visites sont faites par les médecins des hôpitaux, et, enfin, en dernière analyse, l'examen dans des services spéciaux où sont évacnés les cas les plus litigieux.

L'auteur pense que les examens ophthalmoscopiques, portant à peu près sur $\frac{1}{10}$ des sujets, ne demanderaient pas beaucoup de temps pour être approfondis par un spécialiste adjoint. En effet, ce n'est pas $\frac{1}{10}$ des conscrits, mais seulement $\frac{1}{40}$ au maximum, qui présentent des cas justiciables de l'ophthalmoscope, et, en réalité, la réforme demandée par l'honorable académicien est introduite depuis plusieurs années déjà, dans les Conseils. Après la séance, le médecin examine, avec l'atropine s'il le désire, à l'ophthalmoscope, tous les cas difficiles, et se prononce plus sûrement alors qu'après l'examen, toujours jugé insignifiant, des lunettes. Jamais aucune Commission ne s'est refusée à ces épreuves, qui sont, au contraire, vivement encouragées. Allant jusqu'au bout dans cette idée, M. Giraud-Teulon voudrait voir un troisième médecin, adjoint au premier et au spécialiste, et, par cette trinité, supprimer le Conseil actuel.

Un court chapitre, relatif aux conditions visuelles exigibles dans les différents services de l'armée, montre, avec

juste raison, combien il est irrationnel d'éloigner du service actif l'élite de la jeunesse instruite, qui comprend au moins $\frac{1}{3}$ de myopes, et il demande que la myopie $\frac{1}{8}$, soit admise pour le volontariat d'un an, comme pour le service actif.

Tel est le travail remarquable communiqué par M. Giraud-Teulon à la tribune académique. Nos lecteurs n'ignorent plus que le Congrès de Bruxelles s'est occupé à fond de la question (1) : or, si nous comparons les arrêts prononcés par cet aréopage international à l'instruction ministérielle, nous voyons : 1° Qu'en France, l'instruction ministérielle a pris pour S un chiffre qui ne s'écarte que de $\frac{3}{20}$ de la limite fixée par le Congrès (différence de $\frac{1}{4}$ à $\frac{2}{5}$, entre lesquels chiffres il a été longtemps discuté) ; 2° que le service militaire est accordé aux myopes $\frac{1}{5}$, tandis que la conférence n'a pris que $\frac{1}{6}$; 3° que, pour l'hypermétropie, le chiffre $\frac{1}{6}$ a été admis à Bruxelles comme à Paris.

Si nous ajoutons qu'aujourd'hui, dans l'armée française, grâce à un enseignement qui remonte à plus de quinze ans, presque tous les médecins sont assez familiarisés avec le miroir d'Helmoltz, pour pouvoir rapidement reconnaître les lésions profondes de l'œil, il sera peut-être possible de penser que la réforme urgente réclamée par M. Giraud-Teulon existe en pratique en France depuis plusieurs années. L'honorable académicien demande des spécialistes ; les médecins militaires, dont beaucoup s'honorent d'avoir été ses élèves, remplissent la place qu'il croit vide. Il désire qu'on se serve de l'ophthalmoscope ! Mais qu'il veuille bien se transporter dans le Conseil de révision le plus voisin, au Palais de l'Industrie, il y verra son échelle typographique, une solution d'atropine, un ophthalmoscope, un cabinet noir et des lunettes. Toute l'armée territoriale a eu le bénéfice de ces épreuves en décembre 1874.

Quoi qu'il en soit, la cloche d'alarme aura peut-être du retentissement dans les nations voisines. Il résulte, en effet, de documents verbaux recueillis auprès de médecins étrangers, que ni la Belgique, ni la Hollande avec Donders, ni la Russie, ni l'Allemagne avec Grœfe et Weber, etc., ni l'Italie, ne voient fonctionner leurs Commissions de révision avec la précision et le degré scientifique que possède notre pays ; il est assez pauvre et assez souvent stationnaire en d'autres points, pour que nous lui rendions justice quand le fait est démontré.

Que dire de la discussion de M. Giraud-Teulon et de M. Jules Guérin : pour l'auteur des *Études sur les sections musculaires*, il faut une plus large part à ce qu'il nomme la myopie *mécanique* produite par l'action des muscles droits ; et la preuve, c'est qu'il a guéri par la section de ces 4 muscles (quatre!) un myopie n° 2, en 4 jours. Mais c'était du temps d'Arago ! et l'observation, passée au contrôle actuel, pourrait bien se réduire à un spasme de l'accommodation.

M. Giraud-Teulon a beau rappeler les mesures précises de Knapp sur les diamètres de la cornée des myopes avant et après la ténotomie, démontrer le mécanisme de l'accommodation, de l'insuffisance des droits internes, l'influence du travail de près ou de la convergence sur le développement du staphylome postérieur ; science allemande que tout cela ! apostasie même ! Et M. Guérin maintient la myopie mécanique. Les deux adversaires ne sont cependant séparés que par une lettre, l'un parle *réfraction*, l'autre *rétraction !!*

(1) Voir le n° 40, p. 504.

Tout semblait même terminé, quand, le 5 octobre, M. J. Guérin reprend ses mêmes arguments avec une ardeur nouvelle, et déclare, en dernier mot, irrévocablement erronées les propositions que M. Giraud-Teulon croit irrévocablement démontrées !

Nous rendrons compte, dans un prochain numéro, de la deuxième période de cette discussion avec MM. Perrin, Legouest, etc. F. PONCET (de Cluny).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 octobre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. GALLARD donne lecture d'une *Note sur les dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre, afin de protéger efficacement la société contre les actes violents des aliénés et des épileptiques reconnus dangereux.* Ce travail, qui a été également communiqué à la *Société de médecine légale,* sera sans doute l'origine d'une discussion sérieuse. Pour l'instant, nous nous bornerons à reproduire le *projet de loi* par lequel M. Gallard a terminé.

Article I. — L'article 66 du Code pénal est complété par la disposition additionnelle suivante qui en formera le second paragraphe.

« Lorsque par suite de l'état mental de l'accusé il aura été décidé qu'il est irresponsable, il sera acquitté, mais il devra être conduit dans une maison de santé ou un hospice déterminé par le jugement pour y être soigné et détenu jusqu'à son entier rétablissement.

» Ce jugement entraînera nécessairement l'interdiction de l'accusé, dont la mise en liberté ne pourra être ordonnée que par un autre jugement, rendu suivant les formes exigées par la loi pour la main-levée de l'interdiction. »

Article II. — L'article 340 du code d'instruction criminelle est complété par la disposition additionnelle suivante qui en fera le second paragraphe.

» Si dans le cours des débats, il s'est élevé un doute relativement à l'état mental de l'accusé, le Président, s'il en est requis, posera à peine de nullité, cette question : L'accusé était-il en état de démence ? »

Article III. — Mention des jugements et arrêts qui ordonneront l'internement d'un aliéné dans un asile spécial en exécution de l'article 66, § 2, du Code pénal sera porté sur les registres tenus par le directeur de cet établissement conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838.

M. Henri ROGER, au nom d'une Commission composée de MM. Legouest et Marrotte, commence la lecture d'un rapport sur une observation de *paracentèse du péricarde,* communiquée par M. le Dr Chairon. Nous résumerons ce travail intéressant dès que nous le connaîtrons en entier.

M. GIRAUD-TEULON prend ensuite la parole pour répondre au discours de M. Maurice Perrin. L'orateur, dans la note qui a été le point de départ de cette discussion, se proposait d'obtenir : 1° La détermination des degrés ou coefficients d'acuité visuelle au loin devant servir de limite à l'incorporation dans l'armée. 2° Ces éléments, une fois déterminés, régler les méthodes d'examen ou d'épreuves propres à les réaliser dans le recrutement de l'armée. La première question a fait les frais des délibérations du Congrès de Bruxelles, et les conclusions adoptées donnent, en grande partie, satisfaction à la première conclusion formulée dans son travail, par M. Giraud-Teulon.

Abordant ensuite la détermination de la nature des épreuves propres à faire, dans le contingent, le départ des incorporés et des exemptés, l'orateur entre dans des développements qui seront exposés par M. Poncet, dans la suite de son résumé critique de cette discussion.

M. Giraud-Teulon déclare de nouveau qu'il n'a jamais été dans sa pensée de jeter un soupçon de défiance contre le corps de santé militaire. Ses remarques s'adressent à l'institution même du conseil de révision. Il pense qu'il serait bon que ce conseil fut composé de trois médecins au lieu et place des fonctionnaires supérieurs incompétents qui le constituent. Mais ce dont il s'agit pour le moment, c'est du rôle de l'élément ophthalmologique dans les conseils de révision. Selon lui, le courant des opérations générales de la révision n'assure pas au médecin ophthalmologiste tout le temps nécessaire. En terminant, M. Giraud-Teulon propose de substituer à la 2e con-

clusion de son mémoire, la proposition suivante : Auprès de tout conseil de révision, sera institué un service spécial et distinct, confié à un médecin militaire, chargé des constatations ophthalmologiques. A ce médecin, fonctionnant parallèlement et simultanément avec les opérations du conseil, sera renvoyé séance tenante, tout sujet accusant ou laissant soupçonner une diminution d'acuité visuelle.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

38. Kyste hydatique suppuré du foie, communiquant avec le poumon; par Ch. AFEZOU, interne.

M. Marie, âgée de 77 ans, entrée à l'infirmerie de l'hospice des Ménages (service de M. Ch. Bernard) le 23 janvier 1875.

Cette femme, d'apparence chétive, se plaint de tousser depuis longtemps. Depuis plusieurs semaines elle a perdu l'appétit. Les forces ont diminué notablement. C'est pour cette faiblesse que la malade entre à l'infirmerie.

24 *janvier*. La face est pâle, la langue est sale, les crachats sont ceux d'un catarrhe pulmonaire ancien: constipation. A l'examen de la poitrine on trouve des râles humides dans la moitié inférieure des deux poumons en arrière.

Les mois de janvier et février se passent sans que l'on obtienne de l'amélioration. Chaque jour la malade remplit son crachoir de crachats muco-purulents, surnageant au-dessus d'une masse liquide. Deux ou trois purgatifs répétés n'ont pu vaincre la constipation ; la faiblesse n'a fait qu'augmenter ; le mouvement fébrile est léger.

Mars. Aucun incident nouveau ne se produit dans la première quinzaine de mars.

Le 20 mars dans la journée, la malade éprouve un petit frisson : en même temps se déclare une douleur de côté sous le sein droit, presque au niveau de l'hypochondre. Il y a de la dyspnée ; la langue est un peu sèche. *Soir.* Pouls 108. respiration 34, température vaginale 39°,3. L'auscultation de la poitrine est négative.

21 *mars.* Le point de côté a disparu ; la dyspnée est très-peu marquée ; pouls 96, respiration 32, température vaginale 38°,8 Les crachats sont toujours muco-purulents et abondants A l'auscultation on entend dans les grandes inspirations des bouffées de râles sous-crépitants du côte gauche à la partie moyenne, en arrière. A droite il y a aussi quelques râles humides, mais moins abondants.

22 *mars.* Pas de signe nouveau. Pouls 92, respiration 24, température vaginale 38°,2. *Soir.* Somnolence. Pouls 1[illegible]0, respiration 24, température vaginale 39°,4.

24 *mars. Soir.* T. V. 38°. L'expectoration est purulente : tous les jours la malade remplit un crachoir.

30 *mars.* La malade s'affaiblit de plus en plus. Ce matin, vomissements abondants d'un liquide glaireux.

1er *avril.* Les vomissements continuent, les matières [illegible] sont liquides et filantes, ne contenant pas de bile ; la malade prend de plus en plus un teint cachectique. [illegible] tumeur épigastrique ; le foie ne déborde pas inférieurement le rebord des fausses côtes, mais la percussion de la région hépatique est un peu douloureuse ; la peau présente une coloration jaunâtre. Rien du côté du cœur.

4 *avril.* Disparition des vomissements ; l'affaiblissement est extrême Sur la face dorsale de la main droite et en quelques points des membres inférieurs, il est survenu spontanément des ecchymoses brunâtres de la largeur d'une pièce de cinq francs ; amaigrissement très-prononcé ; l'œdème des jambes fait des progrès.

10 *avril.* La cachexie a augmenté, la face présente un teint [illegible]. La langue est toujours très sèche, l'[illegible] des jambes remonte jusqu'aux cuisses. Pouls 112, température vaginale 38°.

11, 24 *avril.* Les jours suivants tous les symptômes ne font que s'aggraver ; [illegible] et des matières [illegible].

Marasme, immobilité absolue et décubitus dorsal, respiration haute et bruyante, paupières à demi fermées ; le globe oculaire est tourné en haut, la bouche est entr'ouverte ; fuliginosités sur la langue, les dents et les gencives ; les extrémités sont un peu froides. Pouls à peine perceptible, 120, respiration 30, température vaginale 38°.

26 *avril.* Mort à 10 heures du soir.

AUTOPSIE. L'estomac est absolument sain ; quelques ecchymoses punctiformes à la surface externe du duodénum.

Foie. Au niveau du bord postérieur du foie, vers la partie moyenne de ce bord, il existe une poche à parois calcaires et remplie de pus. Cette cavité admettrait facilement un poing d'adulte. Les parois sont raboteuses, et de larges lamelles calcaires se détachent en certains points ; la plus grande épaisseur de la paroi est de deux à trois millimètres ; le kyste ne contient plus d'hydatides ; il communique avec le poumon droit par une petite ouverture oblique traversant le diaphragme Cette ouverture laisse passer une sonde cannelée. La vésicule biliaire contient un gros calcul ovoïde du volume d'un œuf de pigeon.

Poumons. Le poumon droit adhère par sa base à la face convexe du diaphragme ; il adhère aussi à la paroi costale, mais moins solidement dans toute l'étendue de sa face externe. Le poumon gauche est libre d'adhérences ; la plèvre gauche contient 200 à 300 grammes environ d'un liquide citrin. Si l'on pratique des coupes sur les deux poumons, on constate que les petites bronches sont dilatées et contiennent des matières muco-purulentes. — Le *cœur* est petit, sans altération valvulaire.

39. Hernie crurale étranglée ; Phlébite de la veine crurale à la suite de l'opération; Caillots emboliques dans l'artère pulmonaire ; Mort ; par COSSY, interne.

La nommée F. Marie, 60 ans, entrée le 24 mars 1875 dans le service de M GOSSELIN (Charité).

La malade vient à l'hôpital pour être débarrassée d'une grosse *tumeur crânienne* ayant déjà récidivé plusieurs fois.

Elle présente, en outre, du côté droit, une *hernie crurale* de la grosseur d'un œuf de pigeon, complètement indolente et facilement réductible, et n'ayant jamais donné lieu à aucun des phénomènes de l'étranglement ; la malade en fait remonter l'origine à trente ans.

Le 8 avril, extirpation de la tumeur crânienne, qui est de nature épithéliomateuse. L'opération n'a pas de suites fâcheuses ; les jours suivants la malade va aussi bien que possible, lorsque le 17 avril, une heure avant la visite, la malade est prise de frissons, de coliques, de vomissements jaunâtres ; la hernie crurale devient dure, tendue, douloureuse ; on observe en un mot tous les symptômes de l'étranglement herniaire. Le taxis est pratiqué sans succès. et le soir à 8 h. 1/2, M. Gosselin est obligé d'avoir recours au débridement de la hernie.

Cette dernière était constituée en majeure partie par une masse volumineuse d'épiploon qui est laissée en dehors de la cavité abdominale. Quant à l'anse intestinale herniée, elle est complète, de couleur noirâtre, due à la congestion et non à la gangrène : on ne trouve pas trace de perforation.

A la fin de l'opération, [illegible] écoulement sanguin qui s'arrête facilement Pansement à la glycérine : [illegible] de Rivière.

Les jours suivants, [illegible] douleurs [illegible] la moitié droite de l'abdomen, la [illegible] : les [illegible]; [illegible] n'a ni coliques, ni vomissements. Le [illegible], la temp. à 37°.

20 *avril.* Pas de [illegible], mais expulsion [illegible] de gaz par l'anus. P. 100. T. 37 . — Prescription : [illegible] 0,20, et scammonée, 0,17.

21 *avril.* La purgation n'a produit aucun effet [illegible] matin, vomissements [illegible], douleurs abdominales, ventre ballonné, abattement, peau chaude P. 1[illegible]. T 38. Presc. Huile de Ricin 30 gr.

22 *avril.* Le purgatif a déterminé [illegible]. Diminution des douleurs, du tympanisme. Etat général meilleur. — On lève pour la première fois le pansement [illegible] suppuration vers les parties [illegible] de la masse épiploïque.

23 *avril* La plaie suppure très peu. P. [illegible]. T. 37[illegible]. [illegible]ment.

24 *avril.* La malade se sent mieux et réclame de la nourriture.

26 *avril*. Suppuration toujours plus abondante

27 *avril* Un quart d'heure avant la visite, coliques, vomissements, dyspnée, pâleur de la face, pouls filiforme. Mort *dans l'espace d'une demi-heure.*

Autopsie. — *Abdomen.* — Pas de traces de péritonite. Pas d'épanchement de matières fécales dans la cavité abdominale. L insufflation de l'intestin au niveau et au voisinage de la hernie, pratiquée sous l'eau, ne décèle pas la moindre perforation. Le sac herniaire étendu horizontalement de l'anneau crural à une petite distance de l'épine iliaque antéro-inférieure, renferme un amas considérable d'épiploon épaissi, enflammé, *suppuré vers la partie interne du sac, près de l'origine des vaisseaux fémoraux.*

La *veine iliaque externe de ce côté* et l'origine de la veine fémorale sont remplies par un caillot fibrineux, un peu adhérent, et présentent les caractères de la phlébite ; le caillot se prolonge jusque dans la saphène interne, à laquelle il adhère fortement. — *Foie* et *reins* un peu congestionnés. Rate normale.

Plèvres et *péricarde* sains. *Cœur*: Un peu d'induration des sigmoïdes aortiques ; quelques plaques athéromateuses à l'origine de l'aorte. On trouve dans l'*artère pulmonaire*, un gros caillot fibrineux, rougeâtre, cylindrique, qui bientôt se partage en deux divisions pulmonaires droite et gauche. Ces deux artères au niveau du hile du poumon sont obstruées par ces mêmes caillots prolongés, qui se continuent encore au-delà dans les ramifications intra-pulmonaires.

Poumon droit congestionné dans presque toute son étendue.

Poumon gauche. Emphysème dans sa moitié supérieure. Congestion à la base.

Crâne. La surface interne de la voûte crânienne présente dans la partie correspondant à la tumeur une vascularisation anormale. Cependant la coupe de l'os à ce niveau paraît normale. Dure-mère saine. *Pas d'inflammation, ni de phlébite des sinus*. Les artères de la base de l'encéphale présentent en certains points des plaques athéromateuses ; mais il n'y existe aucune obstruction. Arachnoïde et pie-mère saines. Aucune lésion a la coupe de l'encéphale.

Conclusion. La mort subite paraît avoir été causée par une embolie de l'artère pulmonaire provenant du caillot fibrineux situé *dans la veine crurale droite enflammée.* — La phlébite crurale ne s'est révélée par aucun symptôme.

M. Charcot. Le caractère principal des caillots emboliques réside dans les empreintes laissées à leur surface par les valvules veineuses. On ne le trouve pas bien nettement ici.

M. Pitres. Les caillots emboliques sont habituellement enroulés sur eux-mêmes et ne présentent pas de bifurcation correspondant aux divisions artérielles.

M. Charcot. Le caillot embolique peut s'arrêter au niveau d'un éperon et être enveloppé de caillots secondaires qui prennent alors la forme du vaisseau.

40. Périostite phlegmoneuse diffuse du fémur ; par M. Bouveret, interne.

N. Valentine, 14 ans. Bonne santé antérieure. Le 25 *janvier*, le soir, en rentrant chez elle, cette enfant éprouve une douleur assez vive dans le genou gauche. Pendant la nuit, douleur croissante, insomnie, agitation. Le matin elle ne peut se lever et se plaint d'une douleur intolérable dans le genou. Un médecin appelé croit à un rhumatisme articulaire aigu. Au troisième jour, fièvre, délire, douleur toujours très-vive : la cuisse commence à se tuméfier au-dessus du genou. Pendant quinze jours environ, ces symptômes aigus persistent ; le développement de la cuisse devient de plus en plus considérable.

La malade entre dans le service de M. de Saint-Germain, le 6 mars. L'état général est très-mauvais : amaigrissement, face pâle, diarrhée, fièvre hectique. Les douleurs ont diminué depuis le début ; mais elles s'exaspèrent encore à la moindre secousse imprimée au membre malade. La cuisse est dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors ; elle présente une énorme collection purulente développée surtout vers la face externe, s'étendant du genou jusqu'au trochanter. Le genou renferme du liquide, mais il est probable que l'articulation ne communique pas avec l'abcès de la cuisse. Œdème assez prononcé de tout le membre.

Deux incisions, l'une en dedans, l'autre en dehors, vers la partie moyenne de la cuisse, donnent issue à une quantité considérable, (au moins deux litres) d'un pus mal lié, fétide Le doigt introduit dans la plaie constate un décollement très-étendu du périoste, et l'état du fémur, dénudé, rugueux, nécrosé. Drain de caoutchouc, injections détersives.

Les douleurs diminuent encore ; mais l'état général reste très-mauvais ; fièvre hectique persistante, diarrhée. Suppuration très-abondante.

Huit jours après, formation d'une nouvelle collection purulente à la partie supérieure et externe de la cuisse ; œdème remontant jusqu'au-dessus de la hanche. Ouverture de l'abcès ; écoulement abondant de pus également fétide et séreux.

Il est bien démontré que les lésions remontent très-haut et que l'articulation coxo-fémorale suppure. Redressement du membre, immobilisation dans une gouttière plâtrée.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Suppuration très-abondante, raccourcissement considérable du membre. On perçoit de la mobilité au niveau du tiers-moyen du fémur. L'enfant finit par succomber à l'épuisement.

Autopsie. Le genou est relativement sain; quelques arborisations vasculaires de la synoviale dans le cul-de-sac supérieur. Il contient un liquide clair, séreux, peu abondant. Une coupe de l'épiphyse parallèle à l'axe, tombant entre les deux condyles, montre l'intégrité du cartilage juxta-épiphysaire ; au-dessus de ce cartilage, lésions de l'ostéo-myélite à différents degrés, depuis la congestion jusqu'à la suppuration de la moelle osseuse.

Décollement considérable du périoste depuis le condyle jusqu'au tiers supérieur du fémur. Intégrité complète du périoste qui recouvre le tiers supérieur de la diaphyse. Non-seulement le périoste est décollé dans les deux tiers inférieurs, mais il est aussi ulcéré en plusieurs points, et par ces ulcérations le pus se répand entre les muscles et s'écoule par les incisions faites à la peau. La face interne du périoste est grisâtre, sanieuse, tapissée de pus concret. Immédiatement au-dessus du condyle, elle présente cependant quelques plaques osseuses de nouvelle formation. La diaphyse osseuse est complétement nécrosée ; ce séquestre est blanc, résistant, sonore. A quelques centimètres du cartilage juxta-épiphysaire, une traînée grisâtre d'ostéite suppurée le sépare du tissu spongieux de l'épiphyse enflammée La limite supérieure est beaucoup moins nette. Le séquestre vers sa partie moyenne présente une solution de continuité, une véritable fracture. Le canal médullaire ouvert dans toute son étendue apparaît très-dilaté, surtout au niveau de la fracture. La moelle osseuse est partout très-altérée de l'une à l'autre épiphyse.

C'est évidemment par le tissu médullaire que s'est propagée l'inflammation sur toute la longueur du fémur. Quant à ces lésions ce sont celles d'une ostéo-myélite très-ancienne.

Le tissu de l'épiphyse supérieure est infiltré de pus : au centre existe un petit séquestre de tissu spongieux.

L'articulation coxo-fémorale est profondément altérée : capsule épaissie, lardacée, ramollie en plusieurs points par la suppuration, laissant le pus de l'articulation s'échapper dans les gaînes du psoas-iliaque, du pyramidal et en bas et en arrière, par un trajet sinueux dans la collection sous-périostique de la cuisse. Synoviale grisâtre, sanieuse, tapissée de pus concrété. Erosion du pourtour et du fond de la cavité cotyloïde. La tête fémorale nécrosée, détachée complétement du col fémoral, reste appliquée dans sa cavité.

M. Turner. Je croirais plus volontiers que l'affection a débuté par la hanche ; les lésions de l'extrémité supérieure du fémur paraissent plus anciennes que celles de l'extrémité inférieure.

M. Bouveret. L'évolution symptomatique ne me laisse aucun doute sur l'origine du mal au niveau de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Périer. Je partage pour le cas présent, l'avis de M. Turner ; comme la periostite phlegmoneuse diffuse reconnaît habituellement pour point de départ une ostéite épiphysaire, je crois que c'est du côté de la tête fémorale qu'il faut la chercher, puisque l'extrémité inférieure paraît relativement indemne. Quant aux phénomènes cliniques, il faut sans doute

y attacher une grande valeur ; mais je ferai remarquer que certaines lésions de la hanche peuvent rester longtemps inaperçues.

11. Pyohémie ; abcès sous-périostique du sternum ; nécrose du sternum ; par M. Marchant, interne des hôpitaux.

Lassoury, Léonard, 41 ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin (service de M. Després), le 16 avril 1875. Absence complète de maladies antérieures. Le malade se dit même doué d'une force de résistance considérable.

Il y a huit jours environ, à la suite d'une grande fatigue, peut-être d'un refroidissement, le malade a éprouvé une douleur à la région antérieure de la poitrine ; en même temps se montrait une rougeur diffuse; 3 ou 4 jours après, une rougeur semblable apparaissait aux membres inférieurs (tête du péroné gauche et face antérieure du pied droit). Depuis un jour il y a du gonflement de la parotide droite, et une conjonctivite est survenue il y a 4 jours ; le soir de l'entrée, P. 108, T. 39°,4.

17 *avril*. M. Després constate l'existence de la fluctuation au niveau de la face antérieure du sternum et des endroits précités. — Ouverture de ces abcès.— Il constate en introduisant le petit doigt dans la plaie qu'il y a une dénudation étendue du sternum. — La pression au niveau de la parotide enflammée fait sortir du pus par le canal de Sténon (orifice buccal). — Des incisions nouvelles sont pratiquées au niveau de la collection purulente sternale; elles s'échelonnent de haut en bas de la poignée du sternum à l'appendice xyphoïde. Le décollement de la peau permet d'arriver sur le sternum complètement dénudé. Il y a une désunion complète entre la première et la seconde pièce, une véritable *fracture secondaire*. Le doigt peut être introduit entre ces deux fragments, dont le trait de désunion est d'une netteté parfaite. Le doigt ainsi introduit est soulevé par des ondulations, des battements qui impriment au pus qui sort par ces ouvertures des oscillations isochrones à la respiration. L'auscultation du cœur ne révèle rien autre chose que des rhonchus. La température oscille entre 39° et 40°.

Le 26 *avril*, le malade présente de la gêne de la respiration; il expectore difficilement des matières visqueuses, qui, retenues dans les bronches et agitées par une colonne d'air, donnent à la respiration un caractère gargouillant.

Enfin le 2 *mai*, le malade succombe après avoir présenté les signes de l'infection purulente: la suppuration avait diminué dans les derniers jours, et le maximum thermique s'était abaissé à 38°,5.

Autopsie. — Pleurésie enkystée à droite; fausses membranes, épaisses, résistantes, qui nécessitent le déchirement du poumon pour son ablation; à gauche un peu de liquide. Poumons sains, mais gorgés de mucosités.

Peau encore adhérente au sternum par quelques points. Du pus est contenu entre des tractus fibreux qui unissent celle-ci à la face antérieure du sternum. Le sternum est dénudé : c'est une pièce flottante, séparée en haut d'avec la première pièce, par une section nette. Latéralement les articulations chondro-sternales sont ouvertes, et on voit d'un côté les têtes blanches des cartilages, de l'autre les facettes correspondantes du sternum, séparées par un intervalle de quelques millimètres, que remplit le pus. Les articulations sterno-claviculaires n'échappent pas à cette destruction ; mais, tandis qu'à droite ce travail d'isolement est complet, il y a encore à gauche quelques articulations chondro-sternales inférieures qui ne sont pas complétement dénudées.

Si prenant ce sternum ainsi mobilisé par le pus, et qui n'est plus adhérent que par l'appendice xyphoïde, on le soulève, on est frappé de la difficulté qu'on éprouve; c'est que sa face postérieure a contracté des adhérences avec la face antérieure du péricarde, avec les plèvres médiastines, ce qui explique pourquoi le pus n'a pas fusé dans l'intérieur du médiastin antérieur, et n'a baigné que la face antérieure et les bords du sternum.

Le cœur est sain. Pas d'abcès métastatique dans le foie ni dans la rate.

M. Després. Je crois qu'il s'agit ici d'un abcès sous-périostique du sternum, lésion rare et dont il n'a pas été observé beaucoup d'exemples. Je ferai remarquer que le périoste de la face profonde du sternum n'avait pas été atteint. Cette absence de la propagation résulte probablement de la marche rapide de la maladie qui a évolué en 9 jours.

42. Dépôts cartilagineux sur une tunique vaginale ; hydrocèle concomitante ; par M. Marchant, interne des hôpitaux.

Accidentellement, en faisant la nécropsie d'un blessé qui avait succombé à des fractures multiples, nous avons constaté cette hydrocèle. — La tunique vaginale est épaissie, et présente dans son intérieur, de petits noyaux, saillants, durs et résistants. Il y a une petite quantité de liquide jaune dans la tunique vaginale. L'état grave du blessé n'a permis d'avoir aucun renseignement sur le début de son affection, ni sur l'existence antérieure d'une syphilis. La plèvre présentait aussi de véritables cartilaginifications, très-adhérentes à la face interne des côtes.

M. Reclus. J'ai rencontré très-souvent cette albuginite avec une hydrocèle concomitante : et le plus ordinairement, il existe aussi quelques noyaux d'induration dans le testicule lui-même. Cette lésion ressemble beaucoup à ce qui a été décrit sous le nom d'albuginite syphilitique.

43. Atrophie du testicule; par M. P. Reclus, interne des hôpitaux.

Ce testicule a été recueilli sur un malade mort de tuberculose pulmonaire, dans le service de M. Desnos et qui avait eu, à 15 ans, une orchite traumatique suivie d'atrophie de l'organe. Dans ce cas, comme dans tous ceux que j'ai pu observer, l'épididyme n'a pas participé à cette atrophie et conserve un volume égal à celui de l'épididyme du côté sain.

Dans une séance précédente, j'ai présenté un autre cas dans lequel l'épididyme était aussi très volumineux, tandis que le testicule était considérablement atrophié. Mais entre ces deux cas, je crois qu'il y a une grande différence. Dans le premier l'épididyme était malade, il était scléreux et, s'il n'était pas atrophié, c'est que l'épididyme possède une beaucoup plus grande quantité de tissu conjonctif, qui ne saurait être étouffé comme les tubes séminifères du testicule. Dans le cas présent l'épididyme est sain, du moins en grande partie, et une injection mercurielle en a facilement pénétré plus des quatre cinquièmes. Il faut donc admettre qu'il y avait eu seulement orchite.

44. Rétrécissement mitral avec dilatation de l'oreillette gauche; par M. Toledano, interne à l'hôpital Rothschild.

Bendheim Albert, âgé de 44 ans, tourneur sur ivoire, entre le 20 septembre 1874 à l'hôpital Rothschild (service de M. Worms).

Ce malade était déjà entré à plusieurs reprises à l'hôpital pour une affection cardiaque dont il souffrait depuis vingt ans ; il ne présente pas d'antécédents se rattachant nettement à cette maladie. Quelques-uns de ses frères sont morts de tuberculose pulmonaire ; lui-même n'a jamais eu aucun symptôme de cette affection : pas de rhumatisme. Il a eu de nombreuses privations dans sa jeunesse: à 19 ans, il partit pour l'Amérique où il se livra à un travail pénible; à 24 ans, il rentra en France, et, à ce moment, il eut pour la première fois des palpitations de cœur très-fortes. Depuis cette époque, sa santé a offert des alternatives de bien et de mal.

Les symptômes principaux qu'on observe chez ce malade sont les suivants : teinte jaune verdâtre de la peau ; bruit de souffle systolique très-intense à la pointe; impulsion du cœur considérable. La matité commence en haut, au niveau du 2e espace intercostal gauche et finit en bas au niveau du 7e. Transversalement elle commence à un travers de doigt du bord droit du sternum et se prolonge en dehors à 4 centimètres environ du bord gauche de cet os, en formant une zone courbe à concavité inférieure, qui va rejoindre la pointe du cœur sur la ligne axillaire, au niveau du 7e espace intercostal.

Pouls petit, irrégulier. Dyspnée intense, au point que le malade ne peut se coucher; douleurs vives dans la région cardiaque. Hémoptysies fréquentes, et durant quelquefois

plusieurs jours. Vertiges, syncopes, parfois du délire et un délire furieux avec manie-suicide.

Quand ces symptômes disparaissaient, le malade se trouvait dans un état relativement satisfaisant. Au commencement de *mai*, on observe un œdème peu intense des membres inférieurs, ainsi que de l'ascite ; mort le *10 mai* 1875.

AUTOPSIE — Le *cœur* est volumineux, pèse 565 grammes. Il est chargé de graisse, surtout à la partie antérieure. La circonférence de la base mesure environ 28 centimètres. La largeur, mesurée du bord droit au bord gauche, est de 13 centimètres; la longueur, mesurée de la base au sommet des ventricules. est de 12 centimètres à la partie antérieure et de 10 à la partie postérieure; le ventricule gauche a une épaisseur de 12 millimètres; le ventricule droit, le 9 millimètres et l'oreillette droite de 2 millimètres. L'oreillette gauche présente une longueur de 12 centimètres et une largeur de 11 centimètres; l'épaisseur de ses parois est de 4 millimètres dans les parties libres, et de 13 millimètres dans celles qui sont couvertes de caillots.

Cœur droit. Le ventricule est dilaté et légèrement hypertrophié; l'oreillette est également dilatée, mais d'une façon plus notable surtout du côté de l'auricule, dont la capacité est au moins quatre fois plus considérable que celle de l'auricule gauche. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire et la valvule tricuspide sont normales: il n'y a ni rétrécissement, ni insuffisance.

Cœur gauche. Le ventricule contenait quelques caillots noirs: ses parois sont amincies; l'orifice aortique est à l'état normal. La valvule mitrale est épaissie, dure, raccornie, couverte de concrétions; l'orifice qu'elle détermine peut à peine permettre l'introduction du petit doigt. L'oreillette gauche est considérablement dilatée. Elle a la forme d'une vaste poche dont le volume est égal à la moitié du volume total du cœur. Sa surface externe n'offre rien de particulier, sa surface interne est recouverte de caillots fibrineux, organisés, adhérents à ses parois. On les remarque surtout à la face postérieure; la face droite en est dépourvue.

En dehors de ces caillots, l'oreillette gauche en contenait d'autres non adhérents, les uns anciens, les autres récents, et remplissant toute sa cavité. Rien à noter dans les veines pulmonaires.

Les poumons sont congestionnés. Le foie est gras. Léger épanchement dans la cavité abdominale ainsi que dans le péricarde. Cerveau normal. Rien de particulier dans les autres organes.

M. HOMOLLE. Existait-il quelque symptôme particulier, qui aurait pu faire soupçonner, pendant la vie, la dilatation de l'oreillette constatée à l'autopsie? Si je fais cette question, c'est qu'on trouve dans les auteurs, et particulièrement dans Stokes, des cas où la dilatation de l'oreillette gauche avait donné lieu à des pulsations ou à une compression de la bronche gauche.

M. TOLEDANO. Nous n'avons point observé de symptôme indiquant une dilatation de l'oreillette gauche, plutôt que celle de toute autre partie du cœur.

M. RENDU. Des cas analogues ont été présentés à la Société, par M. [illegible] et M. Troisier. Comme dans le fait actuel, il y avait une [illegible] assez étendue, mais sans pulsations, et comme ici également le ventricule gauche était très-petit.

45. Tuberculisation des voies urinaires : ulcération tuberculeuse de l'urèthre ; par le Dr H. RENDU.

Le nommé Frédéric L. [illegible], âgé de [illegible] ans, [illegible] admis dans le service de M. GUBLER, à l'hôpital Beaujon, pour des accidents dont le début remonte à trois mois environ. A cette époque, il a commencé à tousser et à perdre l'appétit. Presque simultanément se sont montrés des troubles urinaires: le malade était à chaque instant obligé d'uriner, il rendait une urine louche et parfois purulente: il souffrait de temps à autre des reins; mais jamais il n'a eu d'hématurie. Dans ces derniers temps, les accidents s'étaient aggravés, et les urines étaient devenues tout-à-fait purulentes.

A son arrivée, il présente un aspect cachectique, le teint plombé et terreux. Les urines sont pâles, abondantes, mêlées de pus, peu ammoniacales : au moment de leur émission, elles s'accompagnent d'une douleur brûlante qui se fait sentir surtout à l'extrémité de la verge, au voisinage du gland. Le malade est tourmenté par d'incessants besoins d'uriner, qui le forcent à se relever la nuit à chaque instant. Il souffre d'ailleurs peu de la vessie quand il est au repos. En palpant l'abdomen, on sent dans la région hypogastrique une tumeur dure, volumineuse, qui semble constituée par la vessie : cette tumeur est douloureuse à la pression: elle est immobile et comme enclavée dans le petit bassin. Sur l'aine gauche se voit une masse ganglionnaire, assez molle, douloureuse à la pression, et qui a paru seulement depuis huit jours.

L'auscultation des poumons révèle des lésions probablement tuberculeuses. Le sommet droit est mat à la percussion: on y entend une respiration rude et soufflante, mêlée de gros râles muqueux, presque caverneux sur certains points.

En présence de ces symptômes, le diagnostic était hésitant entre un cancer de la vessie et une tuberculisation des voies urinaires. On se rattacha plutôt à l'idée d'un cancer du petit bassin, en raison du ganglion inguinal envahi. Toutefois ce diagnostic ne fut posé qu'avec réserve, car le malade n'avait jamais eu d'hématurie.

Au bout de quelques jours, le malade fut pris d'accès fébriles rémittents, de vomissements et de diarrhée: puis brusquement il tomba dans le coma, après avoir présenté un délire passager. Il mourut, en un mot, au milieu de phénomènes urémiques à marche rapide.

L'AUTOPSIE fit voir les lésions suivantes :

La *vessie* est très-épaissie; ses parois ont plus de 1 centim. 1/2: elles offrent une dureté presque cartilagineuse; elles sont très-vascularisées et se relient au tissu cellulaire adjacent par des adhérences intimes: c'est cette masse, formée par le fond de la vessie et les tissus voisins, qui constituait la tumeur perçue pendant la vie.

La *muqueuse vésicale* est soulevée par les colonnes charnues de la tunique musculaire hypertrophiée: elle-même participe à l'épaississement général des parois de la vessie. Elle est d'une teinte ardoisée grisâtre, présente sur certains points des sigillations, et offre l'aspect caractéristique des phlegmasies chroniques des muqueuses. Cette apparence est surtout marquée au niveau du triangle de Lieutaud. Mais de plus on constate, sur toute l'étendue de la muqueuse, des granulations tuberculeuses aux divers degrés de leur évolution: les unes à l'état de grains miliaires transparents, les autres opaques, enfin, sur plusieurs points, il existe des îlots de substance caséeuse qui forment des infiltrations superficielles: en ces points la muqueuse est le siége de pertes de substance plus ou moins profondes.

Les *uretères*, très-dilatés, surtout le gauche, présentent les mêmes caractères que la muqueuse vésicale: ardoisés, tomenteux et villeux, ils sont en contact avec un liquide purulent qui les remplit complétement. Un examen attentif montre également des granulations tuberculeuses miliaires à la surface de la muqueuse, mais pas d'infiltrations caséeuses.

Les *reins* sont très-altérés. Le bassinet, considérablement distendu, envoie des prolongements entre les pyramides, aux dépens du parenchyme rénal qui s'est atrophié et rétracté consécutivement, surtout dans sa substance corticale. Celle-ci n'a que 1/2 centimètre d'épaisseur, et [illegible] à l'œil nu, sur quelques points de ce qui reste du tissu rénal, on voit quelques granulations tuberculeuses. La muqueuse de ce bassinet ainsi dilaté ressemble absolument à celle des uretères, à cela près que les granulations tuberculeuses y sont encore plus rares. L'examen microscopique du rein a fait reconnaître les lésions de la néphrite interstitielle arrivées au degré le plus avancé.

En résumé, on voit ici un exemple de pyélo-néphrite chronique, suppurée, d'origine tuberculeuse; et ce fait est intéressant, en ce que la granulation s'y montre de la façon la plus nette, et qu'on peut suivre les diverses phases du processus depuis le tubercule miliaire jusqu'à l'état caséeux. L'on ne peut douter qu'il ne s'agisse bien de tubercules, car les poumons présentent une infiltration de tubercules miliaires, avec deux petites cavernes en voie de ramollissement.

En ouvrant la verge longitudinalement on a trouvé une lésion qui donne l'explication des douleurs brûlantes perçues par le malade au niveau du gland, pendant la miction. C'est une ulcération assez profonde, pouvant contenir une noisette environ, à parois irrégulièrement déchiquetées et anfractueuses, tapissées par un exsudat caséeux. Bien que l'on n'ait pas trouvé à ce niveau de granulations tuberculeuses, il n'est pas douteux que cette ulcération ne soit de la même nature que les pertes de substance de la muqueuse vésicale et les ulcérations du sommet du poumon.

L'examen de la tumeur inguinale a montré qu'elle était formée par un ganglion assez volumineux, ramolli en son centre, et rempli d'un liquide puriforme. Il est probable également que ce ganglion était tuberculeux.

Il est à noter que malgré la généralisation des lésions tuberculeuses aux voies urinaires, l'appareil génital en était complétement exempt. Les testicules étaient sains, ainsi que le prostate et les vésicules séminales. Il est a remarquer également, au point de vue de l'histoire de cette néphrite interstitielle, que le cœur n'était pas augmenté de volume ni aucunement malade, ce qui concordait d'ailleurs avec l'absence de troubles fonctionnels constatés pendant la vie.

M. Longuet. Le malade avait-il eu des phénomènes de rétrécissement? Il arrive très-souvent, en effet, que chez les individus qui présentent une lésion même minime des voies urinaires, il survient une contraction spasmodique de l'urèthre. Lorsque, en pareil cas, on trouve à l'autopsie des ulcérations, on peut se demander si elles n'ont pas été produites par le passage de la sonde.

M. Rendu. Le malade n'avait jamais été sondé, et sauf la douleur provoquée par le passage de l'urine sur l'ulcération, ne présentait aucun trouble spécial de la miction, qui pût faire croire à une lésion de la verge.

46. Tuberculose des organes génito-urinaires; par M. Chenet, interne des hôpitaux.

N..., 25 ans, tourneur, entré à l'hôpital Saint-Antoine en janvier 1875.

Aux signes d'une phthisie pulmonaire déjà avancée, particulièrement au sommet du poumon gauche, où l'on constatait l'existence d'une caverne assez étendue, s'ajoutaient chez ce malade des troubles notables du côté des voies urinaires: Douleurs rénales, dysurie à plusieurs reprises; miction toujours douloureuse et s'accompagnant d'un sentiment de brûlures; urines troubles, et laissant déposer par le repos un dépôt muco-purulent abondant; tubercules du testicule et des vésicules séminales.

Ce malade a été sondé à deux ou trois reprises. Les caractères de l'urine obtenue par le cathétérisme étaient les mêmes que ceux de l'urine évacuée spontanément. Une grosse sonde molle en gomme traversait librement le canal, sauf à la partie membraneuse de l'urèthre où son passage se faisait plus difficilement et provoquait une douleur vive. L'urine ne contint jamais de sang pur. L'examen microscopique n'y montrait que des globules blancs très-nombreux.

Cet homme présentait, en outre, une cyphose à la partie supérieure de la région dorsale.

A l'autopsie, nous avons trouvé les deux poumons farcis de tubercules en voie de ramollissement, une grande caverne pouvant loger le poing, au sommet gauche, et plusieurs cavernes plus petites à droite.

Le cœur, sans hypertrophie manifeste, présente un épaississement notable de la valvule mitrale avec quelques dépôts fibrineux, dont un assez volumineux sur la valve droite. Pas de lésions de l'orifice aortique. Pas de péritonite, ni d'ulcérations de l'intestin visibles par transparence.

Le *rein droit*, sans augmentation de volume, paraît sain à l'œil nu, et ne présente aucune tache sous sa coque fibreuse. Rien d'anormal ne se présente non plus à la coupe.

Le *rein gauche*, au contraire, débarrassé de son enveloppe, présente un grand nombre de taches jaunâtres mamelonnées; et à la coupe, on voit qu'il est transformé en foyers caséeux multiples. Le bassinet contient également de la matière caséeuse. L'uretère correspondant, notablement augmenté de volume, induré, bosselé par places, est perméable seulement dans certains points; la tumeur s'efface complétement en d'autres. L'uretère droit est sain dans toute son étendue.

La *vessie* présente une surface interne, inégale et déchiquetée; la muqueuse est détruite dans la plus grande partie de son étendue, et le bas-fond seul a conservé son revêtement; encore la muqueuse est-elle très-injectée à ce niveau, et soulevée en quelques points par des petites saillies jaunâtres miliaires.

Les portions prostatique et membraneuse de l'*urèthre* présentent également une destruction très-avancée de la muqueuse; les orifices des glandules prostatiques sont élargis et déchiquetés de même que les orifices des canaux éjaculateurs. Une large ulcération existe en avant du vérumontanum. Enfin la muqueuse est ulcérée et partiellement détruite dans une étendue de 7 à 8 cent. à partir du col de la vessie, c'est-à-dire jusque dans la partie spongieuse de l'urèthre.

La *vésicule séminale* du côté gauche ainsi que le canal déférent du même côté, sont transformés en foyers caséeux; il existe des foyers de même nature, mais plus petits dans la vésicule droite. Foyer caséeux à la tête de l'épididyme du côté droit.

M. Longuet. Comme dans le cas précédent, je demanderai s'il y avait des symptômes de rétrécissement de l'urèthre.

M. Chenet. Le malade avait dû être sondé à plusieurs reprises.

47. Cancer des annexes de l'utérus; péritonite cancéreuse; par M. L. Maunoir, interne des hôpitaux.

H...., 48 ans, blanchisseuse, entrée le 19 mars 1875 à l'hôpital Cochin (service du Dr Bucquoy), salle Saint-Philippe, n° 15, est une femme de petite taille, pâle, ridée et amaigrie, sans teint cachectique particulier, paraissant plus âgée qu'elle n'est réellement. Elle n'a aucun antécédent héréditaire qui mérite d'être signalé. Elle-même avait une excellente santé. Toujours bien réglée, elle a eu trois enfants.

En 1871, pendant la Commune, elle fut tourmentée de vives inquiétudes au sujet de son mari, qui avait été fait prisonnier par l'armée de Versailles. Elle se mit alors à tousser, et ses règles, sans avoir une durée de plus de quatre jours, devinrent beaucoup plus abondantes. C'étaient de vraies hémorrhagies. La toux se calma au bout d'un an, mais les hémorrhagies persistèrent jusqu'au moment où a débuté l'affection actuelle (janvier 1875). Sa santé générale n'avait d'ailleurs aucunement décliné.

Ce ne fut que dans les premiers jours de *janvier* 1875, qu'elle commença à ressentir pendant la marche des douleurs autour de l'ombilic, douleurs dont elle ne s'inquiéta que médiocrement.

Vers la fin de janvier et dans l'espace de huit jours, son ventre prit rapidement un volume considérable. Le médecin qui la vit alors, la traita pour des accidents pulmonaires qu'il constata et auxquels il attribua les symptômes du côté de l'abdomen. Les fonctions digestives s'exécutaient normalement. Pas de diarrhée, ni de vomissements.

Après un repos au lit de 3 semaines environ, et vers le milieu de *février*, elle se trouve mieux, le ventre est moins gros et elle peut travailler une partie de la journée. — Aménorrhée pendant les mois de janvier et de février.

Le 9 *mars*, son mari, couché à côté d'elle, lui aurait donné en rêvant, un violent coup de coude sur le ventre, et depuis lors, les douleurs ont beaucoup augmenté; elle n'a plus quitté le lit.

Inappétence sans autres troubles digestifs

Le 10 *mars*, elle revoit ses règles qui durent 8 jours.

Pendant les semaines qui précèdent son entrée à l'hôpital, elle est frappée de l'amaigrissement que prennent ses membres et son thorax pendant que l'abdomen se développe, au contraire, d'une façon exagérée.

Le 19 *mars*, elle est admise à Cochin. Indépendamment de son état de maigreur et de pâleur, elle est faible et peut à peine se soutenir. Elle présente à un haut degré le facies ovarien, les yeux enfoncés, les traits tirés, les lèvres et le nez pincés, sans coloration spéciale de la peau.

L'*abdomen* est régulièrement développé, tendu, arrondi et proéminent, au-dessous de l'ombilic surtout. Les flancs sont

moins étalé que dans l'ascite en général, et le flanc gauche notamment reste sonore à la percussion, quelle que soit l'inclinaison qu'on fasse prendre au corps de la malade. Il y a néanmoins des signes d'épanchement intra-péritonéal. La cicatrice ombilicale est distendue et refoulée ; on a une sensation de flot évidente d'un côté à l'autre de l'abdomen, et en faisant asseoir la malade, on constate un déplacement de la masse liquide qui vient distendre les fosses iliaques.

L'exploration des *organes pelviens* donne les résultats suivants : une sonde introduite dans la *vessie* ne peut pénétrer profondément que si elle est portée en arrière et à gauche. Il semble que la vessie soit déviée vers la fosse iliaque gauche.

Par le *toucher vaginal*, le col utérin est trouvé dans sa situation normale. Dans le cul de sac postérieur, une tumeur régulière, arrondie, indolore, paraît être le corps de l'utérus en rétroflexion forcée. Les autres culs de sac sont libres.

Par le *toucher rectal*, on retrouve la tumeur qui paraît constituée par le corps de l'utérus. Latéralement dans la région du ligament latéral droit, on trouve une tumeur dure, mal limitée, paraissant répondre à un ovaire dégénéré. Toutes ces explorations sont faites sans provoquer de douleur.

Du côté des *poumons*, on constate l'existence d'une petite caverne à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse droite.

20 *mars*. Le ventre est très-tendu. La malade étant assise sur le bord de son lit, on lui a fait une ponction. Issue de 7 ou 8 litres de sérosité citrine albumineuse, ne contenant pas trace de sang.

La ponction faite, on trouve une quantité de tumeurs assez mobiles dans la portion sous-ombilicale de l'abdomen. Les unes forment une masse comme lobulée, partie solide, partie kystique, et surmontée de petits noyaux durs. Cette masse se prolonge vers la fosse iliaque gauche et le petit bassin. Dans la fosse iliaque droite et profondément, on constate aussi l'existence d'une tumeur immobile, surmontée d'un noyau arrondi et dur comme une bille, tandis que la tumeur elle-même donne une sensation kystique nette.

25 *mars*. L'ascite se reproduit et il faut déprimer assez fortement la paroi abdominale pour percevoir les tumeurs.

La malade se trouve très-soulagée depuis la ponction. Elle a très-bon appétit et digère parfaitement bien.

1er *avril*. L'ascite augmente rapidement. Léger épanchement pleurétique à gauche. Dyspnée.

2e paracentèse abdominale, donnant issue à 5 litres de sérosité limpide. Cela fait, on ponctionne avec l'aspirateur de Dieulafoy la tumeur de la fosse iliaque droite, et on obtient environ 60 grammes de liquide également séreux, mais fortement coloré par du sang.

9 *avril*. Une grande quantité du liquide ascitique s'est reproduite. Œdème des membres inférieurs, surtout à gauche.

1· *avril*. 3e ponction, 5 litres.

Par le toucher vaginal, on sent profondément dans le cul de sac droit le kyste qui proémine vers la fosse iliaque du même côté.

Une sonde introduite dans la vessie n'est plus déviée.

21 *avril*. La malade devient de plus en plus maigre. Elle est très-oppressée. Signes d'épanchement pleurétique médiocre à gauche. 4e ponction abdominale, 5 litres. Elle respire aussitôt beaucoup mieux.

22 *avril*. Sous l'influence de la ponction abdominale, le liquide de la plèvre a notablement diminué.

25 *avril*. Dyspnée. Peau chaude. Etat général mauvais. Pas de vomissements ni de diarrhée. Ventre médiocrement douloureux.

28 *avril*. Piqûres des jambes avec une aiguille.

29 *avril*. Moins d'oppression. Les piqûres coulent abondamment et les membres inférieurs désenflent. Toux sans crachats. Amaigrissement. Anorexie.

4 *mai*. Abdomen très-tendu. 5e ponction, 6 litres.

5 *mai*. Grand soulagement de la dyspnée. La matité thoracique absolue remontant à gauche jusqu'à la 8e côte, n'a pas varié à la suite de cette ponction abdominale. Râles abondants dans tout le poumon droit. Les tumeurs abdominales sont plus volumineuses et en palpant l'abdomen on produit de gros frottements péritonéaux.

8 *mai*. Elle décline rapidement. Très-oppressée, elle est assise dans son lit, le ventre très-tendu avec de la phlegmatia de la cuisse gauche. Maigreur squelettique sans coloration cachectique spéciale de la peau.

10 *mai*. La voix est éteinte. Râle trachéal.

12 *mai*. Mort dans la nuit du 11 au 12.

13 *mai*. Autopsie. — *Abdomen*. Ascite sans mélange de sang. Péritonite cancéreuse généralisée. Tous les points revêtus de péritoine présentent de ces noyaux blanchâtres arrondis, demi-mous, de tissu encéphaloïde, ressemblant à de grosses gouttes de suif. Ces noyaux disséminés par places, sont très-confluents à d'autres, et revêtent les tumeurs profondes.

Ces *tumeurs* qui apparaissent dans la moitié inférieure de l'abdomen, entourées d'anses intestinales agglutinées, tiennent profondément aux annexes de l'utérus. Il est impossible de déterminer leur point de départ exact. Les ligaments larges, les ovaires, les trompes ne sont plus reconnaissables au milieu des masses du tissu morbide. Celui-ci constitue un double kyste multiloculaire, s'élevant, celui de droite dans la fosse iliaque de ce côté et jusques au voisinage de l'ombilic, celui de gauche dans la fosse iliaque gauche. De l'un et de l'autre côté existent des poches, variant du volume d'un raisin à celui d'une pomme, et remplies les unes de sérosité plus ou moins claire, les autres de matière épaisse, gélatineuse, transparente, tandis qu'il se trouve aussi au milieu de la tumeur des portions dures, blanches, analogues à de l'encéphaloïde et aux gouttes cancéreuses qui revêtent le péritoine.

L'*utérus* perdu au milieu de cette masse, moitié kystique, moitié solide, est dévié à gauche. Le kyste du côté droit proémine dans la cavité du corps, et la paroi utérine est extrêmement amincie sur son bord droit. Il n'y a pas de rétroflexion de l'utérus, et la tumeur qu'on sentait dans le cul de sac postérieur, était une partie de la masse morbide.

La *vessie* non déviée contient un peu d'urine trouble.

Dans les *veines* fémorales et iliaques du côté gauche, se trouve un caillot ancien, adhérent, en partie ramolli à son centre, et se terminant en tête de serpent à la bifurcation de la veine cave inférieure. Il n'y avait aucune compression des vaisseaux par les tumeurs.

Thorax. Epanchement considérable de sérosité limpide dans la plèvre gauche. Le poumon œdématié est refoulé et présente quelques tubercules crus au sommet. A droite, adhérences pleurales généralisées.

A la partie moyenne du lobe supérieur du poumon droit, en arrière et au voisinage du hile, on trouve une petite caverne vide, divisée en une multitude de petites loges par des veines fibreuses, ce qui donne à la cavité un aspect aréolaire qui n'est pas habituel dans les fontes tuberculeuses. Au pourtour le tissu pulmonaire est sain. Ce n'est qu'au sommet qu'on trouve quelques traces de tubercules caséeux.

Les autres viscères sont sains. Le cerveau n'a pas été examiné.

L'examen micrographique n'a pas pu être pratiqué à cause de la putréfaction rapide des pièces.

Séance du 4 juin. — Présidence de M. Charcot.

2. Cirrhose hypertrophique péri-lobulaire, par M. A. Pitres, interne des hôpitaux. (Voir page 603).

M. Debove. M. Pitres a dit que le diagnostic de cirrhose hypertrophique avait été porté par tous ceux qui avaient vu le malade dont il vient de présenter l'observation ; mais je ne crois pas que l'on puisse être aussi affirmatif relativement à ce diagnostic ; car ce n'est point celui qu'avaient posé, au concours de l'agrégation, le candidat qui avait eu à l'examiner, et les juges eux-mêmes.

M. Legroux. J'avais vu autrefois ce malade dans le service de M. Béhier, qui me l'avait présenté comme un exemple d'affection paludéenne.

M. Pitres. Ce que j'ai dit s'applique seulement aux derniers temps de la vie, pendant que le malade était à l'hôpital Beaujon.

M. Charcot. L'apparence du foie est analogue à celle qu'on observe dans les cas où l'hypertrophie est consécutive à une

obstruction des canaux biliaires par des calculs; la seule chose qui distingue ces deux cas, c'est dans le fait actuel l'absence de dilatatiou des conduits biliaires. Je dois ajouter que, dans certains cas, il peut être fort difficile de distinguer l'oblitération des voies biliaires; aussi je me demande s'il n'y aurait pas eu, ici, quelque chose d'analogue.

M. Legroux. J'ai aussi observé un aspect analogue sur un foie dont les conduits excréteurs étaient comprimés par un petit noyau cancéreux.

M. Hanot. J'ai eu l'occasion d'observer quatre malades qui présentaient des symptômes semblables à ceux qui se trouvent indiqués dans l'observation de M. Pitres; ils se rencontrent également dans un certain nombre de cas qui ont été relatés sous le vocable plus ou moins exact de *cirrhose hypertrophique*. Cet ensemble symptomatique peut se résumer en quelques mots : hypertrophie considérable du foie, souvent aussi de la rate; ictère chronique; point ou peu d'ascite, point ou peu de développement anormal des veines sous-cutanées abdominales; longue durée de la maladie.

A dire le vrai, tout cela ne rappelle que d'assez loin la cirrhose classique, la cirrhose atrophique, la maladie décrite par Laënnec.

D'ailleurs la dissemblance n'est pas moins grande au point de vue anatomo-pathologique. MM. Cornil et Hayem ont vu qu'en pareil cas la lésion hépatique est constituée surtout par une sclérose extra- et intra-lobulaire, et par un développement exagéré des canalicules biliaires. C'est aussi ce que j'avais remarqué sur trois foies provenant des malades dont j'ai parlé plus haut. La sclérose y est aussi à la fois extra- et intra-lobulaire; mais ce qui m'a surtout frappé, c'est le nombre considérable de canalicules biliaires qui sillonnent la gangue de tissu conjonctif interposé aux lobules. Ces canalicules forment là de véritables arborisations; ils sont remplis, en certains points complétement obstrués par des cellules épithéliales de nouvelle formation; ce qui pour le dire en passant, peut rendre parfaitement compte de l'ictère que présentent les malades. Autour de ces canalicules ainsi dilatés, le tissu conjonctif, enflammé chroniquement, forme une sorte de gaîne fibroïde qui peut atteindre jusqu'à la moitié de la largeur des canalicules. En examinant attentivement les coupes, on dirait que cette sclérose péri-canaliculaire est le point de départ et comme le centre de tout le processus sclérotique. Ainsi donc il semble exister ici un rapport exact, entre la sclérose intra- et extra-lobulaire avec développement exagéré des canalicules biliaires, et l'hypertrophie hépatique avec ictère que notent toutes les observations. On peut admettre qu'il n'y a là qu'une variété de cirrhose dans laquelle la sclérose se propage à tout le lobule, a peu de tendauce à la rétraction, et où le processus irritatif intéresse en même temps les canalicules biliaires.

Il est également permis de se demander si on n'a pas affaire à quelque chose qui soit complétement distinct de la période hypertrophique attribuée à la cirrhose ordinaire, à une de ces scléroses hépatiques secondaires, qui aurait ici pour point de départ une inflammation chronique des canalicules biliaires survenue sous telle ou telle influence.

M. Hayem. Il est vraisemblable qu'il faut distinguer deux variétés dans la cirrhose hypertrophique, au point de vue des altérations des conduits biliaires. Il n'est pas douteux que les conduits biliaires sont le plus souveut dilatés et plus nombreux qu'à l'état normal; d'uu autre côté, j'ai observé un malade qui ne présentait pas trace d'ictère, et chez lequel les conduits de la bile étaieut normaux, et j'ai rencontré dans un autre cas des lésions très-minimes; aussi je demande si la dilatation des conduits biliaires ne serait pas consécutive, au moins dans un certain nombre de cas.

M. Cornil. Pour bien voir les couduits biliaires modifiés dans la cirrhose hypertrophique, il faut que les coupes soieut fortement colorées par le carmin, et de plus qu'elles aient subi l'action de l'acide acétique. Toutes les fois que j'ai agi de cette façon, j'ai trouvé des vaisseaux biliaires dilatés et augmentés de nombre. Ces faits out aussi été coustatés par d'autres observateurs et particulièrement par Klebs; mais il a mal interprété ce qu'il voyait, et a pris ces conduits remplis de cellules pour des traiuées de cellules hépatiques.

En outre, il existe dans ces canaux une prolifération cellulaire très-accentuée qui permet de dire qu'il y a là une sorte d'inflammation catarrhale, et ce processus me paraît jouer un certain rôle dans le mécanisme de la production de l'ictère; il faut dire aussi que les conditions de la circulation sanguine sont notablement modifiées, tant par le fait des changements subis par les vaisseaux eux-mêmes, que par suite de la prolifération conjonctive au voisinage de ces vaisseaux.

M. Hanot. La prolifération catarrhale dont vient de parler M. Cornil est très-nette sur les préparations que j'ai faites; il n'est pas rare du reste de l'observer, quoique à un moindre degré, dans la cirrhose vulgaire.

M. Hayem. Je crois aussi que l'obstruction des conduits biliaires par la prolifération catarrhale est, dans un certaiu nombre de cas, la cause de l'ictère, mais il est bon de faire remarquer que les selles restent colorées; aussi il paraît bien probable que l'interruption du cours de la bile n'est pas absolue, mais qu'elle a lieu seulement dans certains points, tandis que, dans d'autres, l'excrétion se fait comme à l'état normal.

Pour ce qui concerne la dilatation des conduits, je répète que dans les deux cas dont j'ai parlé, j'ai fait un grand nombre de préparations, sans trouver jamais de canaux de nouvelle formation.

3. Fracture de la colonne vertébrale; luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite; mort 12 heures après l'accident; par M. Gauderon, interne des hôpitaux.

Mathieu François, maçon, âgé de 40 ans, entre le 29 mai 1875 dans le service de M. Gosselin.

Cet homme, en travaillant à une maison en construction, tomba de la hauteur du cinquième étage; il fut apporté à l'hôpital une heure après son accident; il avait, aussitôt après sa chute, perdu l'usage des membres inférieurs.

Je le vis 4 heures après son accident; à ce moment, il avait toute son intelligence, respirait assez bien, et ne se plaignait que de douleurs dans l'épaule droite et dans les reins, et faisait remarquer que ses membres inférieurs étaient paralysés.

Je constatai chez ce malade une paraplégie complète du sentiment et du mouvement; il n'avait pas la vessie remplie; le ventre n'était pas ballonné. La respiration se faisait assez bien, mais était surtout diaphragmatique; le côté droit de la poitrine était à peu près immobile. En retournant le malade sur le côté gauche, je pus constater une saillie anormale anguleuse, au niveau de la 7e ou 8e vertèbre dorsale; il y avait à cet endroit une douleur très-vive soit à la pression, soit spontanément; je ne cherchai pas à produire la crépitation.

Le côté droit de la poitrine présentait un vaste épanchement sanguin, paraissant situé sous le muscle grand dorsal et ayant pour limites la colonne vertébrale et la ligne verticale axillaire, l'épine de l'omoplate et la dernière côte: la fluctuation était manifeste dans cet épanchement, et à travers la couche liquide, ou percevait en plusieurs endroits de la crépitation osseuse témoignant de fractures de plusieurs côtes.

Le malade accusait une vive douleur de l'épaule droite; la tête humérale avait quitté sa cavité glénoïde, et roulait sous les muscles pectoraux, un peu au-dessous de la clavicule. Quand on faisait exécuter au bras des mouvements de rotation, le coude était modérément écarté du corps et le bras avait subi un mouvement de rolation en dedans; à ces signes, je diagnostiquai une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite.

Au moment où je l'examinai, le malade avait toute sa connaissance et répondait parfaitement aux questions; mais ses extrémités étaient déjà refroidies; le pouls radial était impossible à compter aux deux avant-bras; le pouls axillaire du côté droit donnait 88 pulsations; la température axillaire était de 36°,5. Rien à noter du côté des pupilles : il n'y avait pas d'érection de la verge.

En raison de l'état grave du sujet, je ne fis aucune tentative de réductiou de la luxation. Je fis administrer au malade une potiou cordiale. — La mort survint le 30 mai, à une heure du matin, 12 heures après l'accideut.

AUTOPSIE, le 31 *mai*, à 10 heures. — On ne trouve aucune rupture des *viscères* thoraciques ou abdominaux; ces organes sont tous sains : les poumons seuls présentent une congestion intense.

Paroi thoracique. Du côté droit de la poitrine, en arrière sous le muscle grand dorsal, on trouve un épanchement considérable de sang, à l'état de gelée. Les deuxième et troisième côtes droites présentent une fracture au niveau de leur angle. Les septième et huitième côtes sont fracturées sur leur col, tout près de la tête.

Rachis. Tous les ligaments qui unissent les septième et huitième vertèbres dorsales ont été déchirés entièrement, à l'exception du ligament vertébral commun antérieur, qui est absolument intact. L'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale est séparée du reste de la vertèbre par un trait de fracture; les apophyses transverses de la huitième vertèbre dorsale sont fracturées au niveau de leur attache sur le corps vertébral.

Le corps de la huitième vertèbre dorsale présente sur sa face supérieure et sa moitié gauche une perte de substance de la dimension d'une pièce de 1 franc et de 1 ou 2 millimètres d'épaisseur; le fragment qui manque à la huitième dorsale se trouve adhérent à la face inférieure du corps de la septième vertèbre dorsale, par l'intermédiaire du disque intervertébral, resté intact dans sa moitié gauche; la moitié droite du disque intervertébral a été déchirée, et se retrouve en lambeaux irréguliers sur les faces correspondantes des septième et huitième vertèbres dorsales.

Canal rachidien, moelle. On trouve, entre la dure-mère et les parois du canal vertébral, un épanchement assez considérable de sang, qui s'étend plus haut et plus bas que le siége de la fracture; la dure-mère ne présente aucune trace de contusion au niveau de la vertèbre fracturée.

La moelle entourée de ses enveloppes est écrasée en un point correspondant à l'intervalle des septième et huitième vertèbres dorsales; elle paraît réduite, à cet endroit, à l'épaisseur de ses enveloppes; en haut et en bas du point écrasé, la moelle est renflée.

Les enveloppes médullaires incisées, on ne trouve plus de moelle à l'endroit sur lequel a porté l'écrasement; au-dessus et au-dessous de ce point, la substance médullaire est molle, diffluente, sous forme de bouillie. Dans cette bouillie de la moelle, on retrouve à l'examen microscopique des tubes nerveux brisés, des cellules nerveuses de la moelle privées de leur prolongements, mais on ne trouve aucun globule de pus.

Epaule droite. Ecchymose assez considérable à la partie interne et supérieure du bras. Le deltoïde très-volumineux, (car le sujet est un homme très-bien musclé) présente à sa face interne et à sa face externe des ecchymoses qui témoignent qu'il a été fortement contus. Je dissèque le grand pectoral et le coupe au milieu de ses fibres; le petit pectoral est de même disséqué, coupé en son milieu, et ses deux parties étant écartées, j'aperçois la tête humérale.

La tête humérale est placée à deux centimètres environ de la clavicule, en dedans de l'apophyse coracoïde; elle repose sur la partie supérieure déchirée du sous-scapulaire.

Elle est en rapport en avant avec le paquet vasculo-nerveux qui est intact; l'artère et la veine axillaire, le paquet nerveux ne présentent aucune déchirure, aucune trace de contusion; en arrière, la tête humérale est en rapport avec le muscle coraco-brachial et la courte portion du biceps; ces muscles passent derrière la tête et vont s'insérer à l'apophyse coracoïde; en arrière de ces muscles, on trouve le tendon de la longue portion du biceps; ce muscle sorti de sa coulisse bicipitale passe comme une corde verticalement tendue sur la cavité glénoïde : il ne présente aucune lésion.

La cavité glénoïde est entourée de la capsule complétement déchirée à deux centimètres environ de ses insertions au pourtour de la cavité glénoïde. Sur la tête de l'humérus, on aperçoit les vestiges des tendons déchirés des muscles sus-épineux, sous-épineux, petit rond; ces muscles sont complétement déchirés, très-près de leur insertion au trochiter. La coulisse bicipitale est vide. Le muscle sous-scapulaire présente des lésions toutes particulières : il ne reste de ses insertions au trochin que sa partie moyenne; la partie inférieure du tendon du sous-scapulaire a été déchirée et flotte librement dans l'espace quadrangulaire limité par l'humérus et la longue portion du triceps, par le sous-scapulaire, et par les tendons réunis du grand rond et du grand dorsal. Le circonflexe passe dans cet espace; il est sain. La partie du sous-scapulaire est également déchirée, détachée de ses insertions au trochin; la tête de l'humérus repose sur cette partie du sous-scapulaire.

4. Cancer du pylore; généralisation dans le foie : ictère ; cachexie rapide ; mort ; par M. BIDE, interne provisoire.

Etienne (Marie), âgé de 76 ans, journalier, admis à Bicêtre, le 15 septembre 1874, pour une hémiplégie gauche, entre à l'infirmerie le 18 *mai* 1875, salle Saint-André, n° 9 (service de M. DESCROIZILLES).

Pas de maladies avant son attaque apoplectiforme, qui remonte à 4 ans. Il porte sur les jambes les cicatrices d'ulcères variqueux.

Depuis 18 jours, il a perdu l'appétit et souffre de douleurs à l'hypochondre droit et de faiblesse générale. Teinte subictérique de la peau ; conjonctives légèrement jaunes ; urines foncées, peu chargées de pigment biliaire. Langue chargée, pâteuse, bouche amère. Thorax en assez bon état; quelques râles bulleux dans le côté droit. Le cœur bat avec force, régulièrement ; bruits bien frappés.

Hypertrophie considérable du foie, étendu verticalement du cinquième espace intercostal à l'ombilic et à 5 travers de doigt des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire. Douleur vive à la pression près de l'ombilic et dans une zone qui s'étend jusqu'à 3 travers de doigt à droite, sur le niveau de la ligne inférieure de matité.

23 *mai soir*. Douleur vive au côté droit. Pas d'appétit ; même état que la veille. *Urines* foncées, léger nuage par la chaleur, légère proportion de pigment biliaire. Elles sont peu abondantes (1 verre 1/2 dans la journée). Densité : 1020, 4. — On applique un vésicatoire morphiné sur la région de la vésicule biliaire.

24 *mai*. Bord inférieur du foie inégal. La partie accessible de la face antéro-supérieure est légèrement ondulée et bosselée, dure. Vomissements de matières liquides brunâtres grumeleuses. — *Soir*. P. 85 ; T. R. 37°, 3.

25 *mai*. Tuméfaction dure, lobulée, dans l'hypochondre gauche, se continuant en haut avec la matité hépatique. *Par moments* elle est le siége d'une certaine sonorité. — *Soir*. Vomissements. Leur réaction est acide. Vus au microscope, ils contiennent de nombreux globules sanguins, petits et déformés, et quelques globules blancs.

27 *mai*. Pas de vomissements. La région de l'hypochondre gauche fait une saillie notable et sa partie culminante déborde même le plan des fausses-côtes. Cette saillie commence à la ligne médiane et s'étend progressivement vers l'hypochondre gauche. A la palpation, on sent mieux que les jours précédents des lobules saillants sur la partie la plus saillante de la tumeur; la peau de l'abdomen glisse difficilement. Dans l'hypochondre droit, tumeur dure à la palpation, légèrement sonore à la percussion.

30 *mai*. Vomissements noirs ; la tumeur fait toujours des progrès ; la cachexie s'accroît toujours.

3 *juin*. Le malade succombe dans le marasme à 1 heure du matin.

AUTOPSIE. — Rien dans le *cerveau* à l'exception de quelques petits foyers séreux dans la couche optique droite. *Poumons* et *cœur* normaux.

Estomac fortement dilaté ; la grande courbure occupe tout l'hypochondre gauche ; au niveau du pylore, tumeur du volume du poing fermé d'un enfant, peu saillante à l'extérieur, ne se continuant ni dans l'épiploon, ni vers le duodénum, saillante surtout dans l'intérieur de l'estomac ; elle siége sur la face inférieure de l'orifice pylorique ; elle est pédiculée en forme de champignon grisâtre évasé à sa partie culminante et creuse en cupule ; quelques végétations de même nature, mais plus foncées ou plus rouges, se voient sur la partie de la cavité stomacale qui avoisine la tumeur. La tumeur laisse en-

tre elle et la [illegible] supérieure de l'orifice pylorique un canal fort étroit qui [illegible] admet [illegible] le petit doigt. A la coupe, la tumeur présente une consistance [illegible].

Le *foie* énormément hypertrophié, [illegible], mesurant 35 centimètres transversalement et 23 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, présente à sa surface des bosselures irrégulières grosses comme des marrons d'Inde. Ces tumeurs sont en nombre considérable, séparées par de minces couches de parenchyme hépatique altéré. A la coupe on voit que le foie est totalement envahi par la dégénérescence. La coupe des îlots cancéreux ressemble à celle de marrons d'Inde. Le parenchyme hépatique réduit entre chacun d'eux à l'état de vestige est ictérique ou plutôt brun-verdâtre. Nulle part la tumeur pylorique ne se continue avec celle du foie, en sorte qu'il s'agit bien d'une généralisation du cancer et non d'une propagation par continuité de tissu.

Rein gauche kystique. Le droit est normal. Pas de trace de cancer, non plus que dans la *rate* et les ganglions mésentériques.

BIBLIOGRAPHIE

I. De la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds, comparée avec la fièvre jaune, par le Dr Bérenger-Féraud, un volume in-8. — Ad. Delahaye, éditeur.

II. De la fièvre jaune au Sénégal, par le Dr Bérenger-Féraud, un volume de 414 pages. — Ad. Delahaye.

Parmi les médecins de la marine, il en est un qui compte parmi les plus zélés et les plus méritants ; je veux parler de M. Bérenger-Feraud à qui la science, chaque année, est redevable de quelque publication nouvelle. Aujourd'hui encore, nous avons à signaler deux livres intéressants a plus d'un titre : *La fièvre bilieuse mélanurique*, et *La fièvre jaune au Sénégal*.

I. Le travail *sur la fièvre bilieuse mélanurique* est surtout une étude clinique ; la description est faite au lit du malade et, avec tous les développements nécessaires pour que le clinicien ne puisse hésiter lorsqu'il rencontrera cette entité morbide.

Après avoir tracé l'historique et décrit les lésions anatomiques, M. Bérenger-Féraud aborde la symptomalogie de cette affection à laquelle il reconnait différents degrés, léger, moyen, grave, sidérant ; cette étude est basée sur 185 observations détaillées. Pour l'auteur, la fièvre bilieuse mélanurique est une pyrexie paludéenne, à type variable (intermittente, rémittente, ou semi-continue) caractérisée : 1° par des vomissements bilieux verdâtres, abondants et persistants ; 2° par une coloration ictérique de la peau et de tous les tissus ; 3° par une teinte brune ou noirâtre remarquable des urines. C'est une affection de nature paludéenne, atteignant les individus anémiés dont les fonctions hépatiques sont en mauvais état, et de préférence ceux qui, en outre, s'adonnent à l'alcoolisme.

Cette maladie diffère donc essentiellement de la fièvre jaune ; elle est beaucoup moins meurtrière que cette dernière, car elle donne bon nombre de guérisons.

Le traitement capital, et presque unique, consiste dans l'administration de la quinine, les autres médicaments ne sont qu'accessoires et servent seulement à remplir certaines indications thérapeutiques.

II. L'étude de *la fièvre jaune au Sénégal* commence par une description complète, un peu longue peut-être, de la Sénégambie, puis se continue par un historique des diverses atteintes de fièvre jaune dont le Sénégal a été le théâtre, et il en ressort : 1° que l'affection ne prend pas spontanément naissance dans le pays ; 2° que c'est toujours par le fait de l'oubli ou de l'inobservance des mesures quarantenaires qu'elle a fait irruption dans la colonie.

L'étude des symptômes est faite avec un soin minutieux : admettant, comme pour la fièvre [illegible], quatre [illegible] léger, moyen, grave et sidérant, l'auteur passe en revue [illegible] les cas possibles qu'il fait rentrer dans cette division ; puis, craignant que sa description ne soit [illegible], il reprend chaque symptôme en particulier (frisson, [illegible], douleurs lombaires, pouls, soif, langue, vomissements [illegible]-cation, urines, forces, intelligence, état du sang), et en montre le mode de production, insistant sur leur valeur diagnostique et pronostique. Nous ne pouvons trop louer l'auteur de cette manière de procéder ; sa prétention est d'écrire un livre pratique ; il faut donc que si ce livre se trouve, en temps d'épidémie, entre les mains de jeunes médecins, ils n'y trouvent pas seulement une étude stérile et inutile, mais bien un guide sûr et pratique.

Abordant le traitement, M. Bérenger-Féraud a le regret d'avouer que tout est encore à faire et que les efforts semblent impuissants ; il faut donc se rejeter sur la prophylaxie, et elle se déduit de l'historique et de la marche des épidémies ; elle se base sur un seul principe : *L'isolation des individus, qu'ils soient sains ou malades.*

Ces deux travaux viennent grossir le bilan scientifique déjà si important de M. Bérenger-Féraud ; nous croyons qu'ils seront d'une grande utilité pour la génération nouvelle des médecins de la marine qui y puiseront des renseignements de la plus haute importance. G. Peltier.

Aperçu général de l'hérédité et de ses lois; par le Dr Marc Lorin; Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École de Médecine.

Ce sujet, qui intéresse autant le philosophe et le moraliste que le médecin, a déjà été l'objet de bien des dissertations et même d'ouvrages considérables sans avoir été épuisé et surtout sans avoir beaucoup perdu de l'obscurité qui l'entoure, mais la question a été traitée bien plus au point de vue philosophique qu'au point de vue purement médical, aussi la tentative du Dr Lorin est-elle des plus heureuses et on peut dire que son travail est venu combler une lacune, tout en apportant de nouveaux matériaux à l'étude de l'hérédité en général.

Depuis longtemps, on s'est demandé, comme Montaigne, « quel monstre est-ce, que cette goutte de semence, de quoi » nous sommes producits, qui porte en soy les impressions, » non de la forme corporelle seulement, mais des pensements et » des inclinations de nos pères ? Cette goutte d'eau, où loge » elle ce nombre infiny de formes ? et comme porte elle ses » ressemblances d'un progrez si téméraire et si desréglé que » l'arrière fils respondra à son bisayeul, le nepveu à » l'oncle ? » (*Essais.* Livre II.) — On avait peu recherché, du reste, les lois qui régissent cette force puissante et on s'était contenté de constater son influence manifeste dans certains cas. Aujourd'hui, tout en lui conservant son action, on a reconnu que certains caractères de l'enfant échappent à l'hérédité et ne se retrouvent pas chez les procréateurs. D'où proviennent-ils ? C'est pour l'explication de ces faits que Prosper Lucas a inventé sa *loi d'innéité* afin de faire contrepoids à la loi d'hérédité. Tout devient alors très-facile à expliquer. Les faits de ressemblance sont régis par l'hérédité et les faits de dissemblance entre les parents et l'enfant par cette loi d'innéité. Soit au point de vue expérimental, soit au point de vue philosophique, divers auteurs ont déjà signalé le peu de valeur de cette explication (De Quatrefages, Lemoine, Ribot) ; M. Lorin vient à son tour montrer combien cette conception est anti-scientifique. « Associant même, dit-il, la notion de » spontanéité avec la notion de loi, par une hardiesse qu'ex» plique le besoin de donner à cette conception une couleur » scientifique, on a formulé une *loi d'innéité.* Mais il suffit de » rapprocher ces termes pour voir qu'on pourrait aussi bien » l'appeler la loi des effets sans cause. »

D'où viennent donc ces variations chez le procréé ? M. Lorin en trouve les causes dans la *dualité des germes*, dont on n'a pas assez tenu compte dans l'étude de l'hérédité et aussi dans l'*influence des milieux.*

L'espace nous manque pour le suivre dans l'exposition de ses idées en pathologie ; cette partie de son travail qui intéresse plus directement le médecin est pleine d'aperçus nouveaux dont quelques-uns peuvent être contestables, mais qui offrent tous un véritable intérêt. Il nous suffit d'indiquer les rapports de l'hérédité morbide avec la *loi de sélection naturelle* et [illegible], dans les [illegible].

Le Dr Lorin a exposé avec beaucoup de force et de logique l'importance capitale et l'immense complexité de ce problème. Sans prétendre le résoudre dans ses applications spéciales, on peut dire qu'il a posé dans des termes rigoureux et scienti-

fiques une question jusqu'ici mal défiuie, obscurcie par des préjugés et des concessions à des opinions extra-scientifiques. Nous regrettons seulement que M. Lorin ait été obligé par les circonstances de restreindre autant les développements que réclamait un sujet si vaste et si intéressant; espérons qu'il voudra bien reprendre cette étude et lui donner cette fois un cadre digne d'elle. Dr. PASTURAUD.

CORRESPONDANCE

L'Ecole de plein exercice de Toulouse.

Monsieur le Rédacteur en chef du Progrès médical,

Il y a deux ou trois mois environ que le conseil municipal de la ville de Toulouse fut saisi d'une proposition de M. le Recteur, tendant à transformer l'Ecole secondaire de médecine en école de plein exercice. Les conditions stipuiées pour l'obtention de cette école étaient une allocation annuelle de 100,000 fr. et un local suffisaut qui serait, soit la caserne de la Mission convenablement aménagée, ou bien le local de l'école actuelle, mais considérablement agrandi, par l'adjonction du Musée d'histoire naturelle et de toute la façade ayant vue sur le Jardin des Plantes.

Après plusieurs séances, le conseil municipal vota à l'unanimité sur la proposition de M. le Recteur, et décida que l'installation de l'école de plein exercice aurait lieu à la caserne de la Mission. Toutefois, comme ce dernier local ne pourrait être livré que dans le courant de l'année scolaire 75-76, la municipalité exprima le désir de laisser momentanément l'école à Saint-Michel.

En présence de ces vœux, notre corps médical s'attendait à voir son *Ecole de plein exercice* installée pour la rentrée, mais si le conseil municipal propose, M. le Préfet dispose. En effet, dans une séance extraordinaire qui a eu lieu jeudi dernier 14 octobre, il a été donné connaissance à uos honorables capitouls d'une lettre de M. de Sandrans par laquelle il avertissait les honorables membres que, vu l'état des finances de la ville de Toulouse, il ne saurait approuver la décision du conseil municipal pour ce qui conceruait la transformation de l'école secondaire en école de plein exercice. La lettre de M. le Préfet a été renvoyée à la commission du budget ; à cette commission de voir si elle peut équilibrer les finances de la ville tout en la dotant d'une école de plein exercice.

Sans avoir l'intention de critiquer la mesure prise par M. le paéfet, il nous semble que cette lettre arrive bien tard, car un intervalle de deux mois et demi s'est écoulé depuis le vote du Conseil municipal. En second lieu, si on rapproche cette décision des agissements et des intentions des cléricaux de notre ville, on est douloureusement surpris, et on est à se demander si M. l'archevêque, qui est si bien vu à la préfecture de la Haute-Garonne, n'a pas participé à cette mesure ; car il est de notoriété publique que si Toulouse n'a pas encore de faculté catholique, ce n'est pas l'intention qui a manqué à ces messieurs du clergé.

Actuellement les bourses pieuses paraissent épuisées. On tient réunions sur réuuions ; mais ô désespoir ! les fonds nécessaires n'arrivent pas. En outre, on est fort embarrassé, pour trouver un personnel enseignant, cela malgré les offres les plus magnifiques, et je crains bien que si ces messieurs veulent avoir une faculté de médecine, ils ne soieut obligés de recourir aux fruits secs du corps médical.

Ce sont là tout autant de raisons qui font regretter le retard apporté à la transformation de notre école; car nos adversaires vont profiter de ce répit pour créer leur faculté et ramener dans la boune voie les pauvres brebis égarées. L. C.

VARIA

UNIVERSITÉS CATHOLIQUES. — *La Semaine religieuse* d'Angers assure que *six chaires* se trouvent en ce moment fondées à la Faculté catholique de droit d'Angers. La dotation de chaque chaire est de 80,000 francs. D'autre part, *la Semaine religieuse* de Lille contient quelques détails précis sur la création de la future université catholique de cette ville. Jusqu'à nouvel ordre, et jusqu'au jour où, comprenant trois Facultés complètes, il pourra porter légalement le nom d'Université, l'établissement de la rue Royale sera désigné sous la dénomination d'Institut catholique. Il s'ouvrira vers la mi-novembre et sera [illegible] durant l'année [illegible] au cours de première année de [illegible], et d'une faculté de [illegible] les cours de trois années, à [illegible] seront [illegible] des [illegible] ou de littérature, qui seront plus tard transformés en une Fac[illegible]. Outre les souscriptions du clergé, qui s'élèvent à [illegible] francs [illegible] *m une religieuse* éuumère les offrandes de personnes pieuses qui [illegible]ent, dit-on, de prendre des titres de fondation de [illegible] francs, payables en dix annuités ou réalisables immédiatement. « Dans quelques jours, [illegible]-elle, un appel de fouds sera fait par l'intermédiaire du clergé.

— D'après l'*Emancipateur* de Cambrai, dans la séance de [illegible]edi dernier (6 oct.), la Commissiou des hospices, présidée par M. le Maire de Lille, a décidé à l'unauimité d'accepter une somme de 140.000 fr, offerte par l'Uuiversité catholique pour l'ouverture de deux pavillons dont la cliuique lui serait réservée.

MÉDECINS MILITAIRES. — Par décret, en date du 2 octobre 1875, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Perny (Léon-Charles), médecin principal de 2e classe, secrétaire du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Flosshut, retraité.

M. Vauthier (Nicolas-René), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran, eu remplacemeut de M. Gueury, promu médecin inspecteur.

M. Baudouin (Charles-Claude), médecin principal de 2e classe des hôpitaux de la division de Constantine, eu remplacement de M. Brault, nommé médecin inspecteur.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Arnaud (Guérin-Joseph), médecin-major de 1re classe au 18e d'artillerie, en remplacement de M. Perny, promu.

M. Castex (Laurent-Jean-Léon), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Vincennes, en remplacement de M. Vauthier, promu.

M. Herhecq (Florent-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bayonne, en remplacemeut de M. Baudouin, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix) M. Majesté (Charles-Edouard), médecin-major de 2e classe du 15e d'artillerie, en remplacement de M. Bertrand, retraité.

(Ancienneté) M. Bazille (Emile), médecin-major de 2e classe au 93e de ligne, en remplacement de M. Colonna, retraité.

(Choix.) M. Albert (Prosper), médecin-major de 2e classe au 138e de ligne, en remplacement de M. Ropert, retraité.

(Ancienneté.) M. Girod de Miserey (Laurent-Joseph-Oswald), médecin-major de 2e classe au 113e de ligne, en remplacement de M. Geoffroy, retraité.

(Choix.) M. KELSCH (Louis-Félix-Achille), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Arnaud, promu.

(Ancienneté.) M. Weill (Jacob), médeciu-major de 2e classe au 4e escadron du train des équipages militaires, eu remplacemeut de M. Castex, promu.

(Choix.) M. Delabrousse (Charles-Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division d'Oran, eu remplacement de M. Herbecq, promu.

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe (1er tour, ancienneté), — Orabona (Luc-Jean). — (2e tour, choix), — Brassac (Pierre-Jean-Marcelin), — (1er tour, ancienneté), — Gestin (Robert-Tindal-Cyrille.)

PRIX. — Voici les quatre sujets mis au concours de 1876 par la société française de tempérance, *Association contre l'abus des boissons alcooliques :*

1° Montrer quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements surveuus dans la natività, la mortalite, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, les suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitutions ou infirmités.

2° Etude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers Etats de l'Europe ; modifications dont la législation française serait susceptible ;

3° Etudier les associations de consommation en France, les causes qui en ont restreint l'extension et leurs avantages au point de vue de la tempérance ;

4° Déterminer les effets comparatifs des eaux-de-vie et des liqueurs dites : similaires de l'absinthe.

Chaque prix est de 1,000 fr. Les mémoires doivent être adressés au siége de la Société, rue de l'Université, 6.

SOIXANTE-DIX ESCARGOTS DANS LE RECTUM. — M. le Dr Jules Bœckel, de Strasbourg, a fait à la Société médicale de cette ville la communicatiou suivante sur ce sujet : Le malade dont il s'agit, en entrant au service, se plaint de douleurs vives dans les parties [illegible] de l'abdomen. Une purgation qu'il lui fit administrer, ne fut suivie d'aucun effet. Le soir, les douleurs ayant augmenté encore, le patient avoue [illegible] qu'il y a cinq ou six jours, étant pris de vin, un de ses amis [illegible] de son état d'ivresse et lui introduisit dans le rectum un certain nombre d'escargots.

L'exploration [illegible] qui fut faite sur cet individu [illegible] effectivement 52 limaçons de la petite espèce. Un lavement d'huile [illegible] en fit sortir quelques-uns, et, le lendemain, le malade en rendait encore une quinzaine.

Le nombre d'escargots retirés et expulsés du rectum était de soixante-dix ; ces gastéropodes, presque morts, paraissaient n'avoir subi aucun commencement de macération ou de digestion. (*Gaz. médicale de Strasbourg*.)

61. Coliques de plomb : traitement de la Charité.

Premier jour : dès le matin, *lavement purgatif :*

Infusion de séné	8 gram.	
Dans eau	500 —	
Sulfate de soude	70 —	
Electuaire diaphénix	32 —	
Jalap en poudre	4 —	30 centigr.

Purgatif : eau de casse avec grains :

Décoction de tamarin	60 gram.	
Dans eau	1000 —	
Tartre stibié	0 —	15 centigr.

Tisane simple : décoction de gaïac.

Le soir, *lavement anodin :*

Huile de noix	125 gram.
Vin rouge	300 —

Bol calmant :

Thériaque	4 gram.
Opium brut	0 gram. 05 centigr.

Le deuxième jour : on donne en boisson l'*eau bénite :*

Eau	500 gram.
Tartre stibié	0 gram. 25 centigr.

Mêmes tisanes, mêmes lavements, même bol.

Troisième jour : tisane sudorifique, le matin deux verres : infusion de séné et décoction de gaïac, à à 1000 grammes. — Mêmes tisanes, lavements et bols.

Quatrième jour : potion purgative des peintres :

Séné	8 gram.	
Eau	250 —	
Electuaire diaphénix / Sirop de nerprun	a a 32 —	
Jalap en poudre	1 —	30 centigr.

Tisane de gaïac. — Bol le soir.

Cinquième jour : Tisane laxative deux verres, tisane de gaïac, lavements et bols.

Sixième jour : De nouveau, potion purgative, tisane de gaïac, lavements et bols.

Septième jour : Les deux tisanes, lavements et bols.

Diète absolue les trois premiers jours. (*Journal de médecine et de chirur. pratiq.*)

Anneau-pessaire.

Ce nouvel anneau-pessaire a été construit sur les indications fournies par M. le docteur Dumontpallier. C'est une modification de l'anneau-pessaire de Meigs, de Philadelphie, et des élastiques du docteur Gairal, de Carignan.

Le pessaire de Marion Sims, qui n'est lui-même qu'une modification du pessaire de Hodge, rend de grands services dans le traitement des descentes et déviations de la matrice. Mais, en décrivant son pessaire, Marion Sims fait remarquer « qu'il est difficile de se procurer un instrument qui puisse » convenir à deux cas quelconques, et il est même difficile, ajoute-t-il, de » l'adapter à un cas donné, etc., etc. » (P. 329, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, par Marion Sims.)

Ce pessaire-anneau est composé de plusieurs spirales d'un ressort de montre, très-souple et très-élastique, dont les extrémités sont retenues par

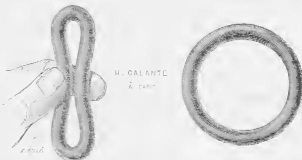


Fig. 54.

un fil métallique circulaire, lequel permet un certain jeu aux deux extrémités du ressort ; de plus, les tours des spirales, au milieu de leur course, sont maintenus dans le même plan par un petit anneau mobile qui laisse à chaque spirale son indépendance. De la sorte, on a un anneau-pessaire d'une très-grande souplesse et qui, quelque forme qu'on lui donne par la pression, revient toujours à sa forme circulaire primitive. Il résulte de cette disposition que l'anneau peut être introduit avec une grande facilité. De plus, lorsqu'il a été mis en place, sa souplesse lui permet de se mouler sur les parties avec lesquelles il est en rapport. Il ne peut donc être une cause de gêne pour le rectum ou pour le bas-fond et le col de la vessie.

Cet appareil, de même que l'anneau-pessaire de Meigs et les élastiques du docteur Gairal, ne porte point directement sur le col de la matrice. Le col utérin reste parfaitement libre dans l'anneau, et ce dernier n'est en rapport direct qu'avec le cul-de-sac postérieur, la paroi antérieure et les parties latérales du vagin.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — Le docteur DELAFOSSE commencera son cours clinique à son dispensaire, rue des Poitevins, n° 2, le jeudi 4 novembre à midi et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Les malades seront reçus aux mêmes jours et à la même heure.

Cours clinique sur les maladies des enfants. — M. Bouchut recommencera ce cours le mardi 26 octobre: à huit heures du matin, à l'hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, n° 149 et le continuera tous les mardis. La première leçon aura pour sujet la *cérébroscopie* à l'aide de projections lumineuses par le magnésium.

MORTALITÉ DE PARIS. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 15 octobre on a constaté 889 décès, savoir : Variole, 1 ; — rougeole, 9 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 52 ; — érysipèle, 1 ; — bronchite aiguë, 24 ; — pneumonie, 30 ; — dysenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17 ; — choléra nostras, 1 ; — angine couenneuse, 7 ; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 4 ; — autres affections aiguës, 265 ; — affections chroniques, 404 dont 168 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 31 ; — causes accidentelles, 25.

LONDRES. — Population, 3.445.160 habitants. Décès du 3 au 9 octobre, 1397, savoir : Variole, « ; — rougeole, 21 ; — scarlatine, 110 ; — fièvre typhoïde, 18 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite, 109 ; pneumonie, 60 ; — dysenterie, » ; — diarrhée, 105 ; — choléra nostras, 2 ; — diphtherie, 15 ; — croup, 14 ; — coqueluche, 47.

CONCOURS. *Externat* : — 3° question : *De la brulûre ; — 4° Du furoncle ; — 5° Artère sous-clavière. — Des muscles élévateurs de la mâchoire.*

CONCOURS POUR UNE PLACE DE DEUXIÈME INTERNE. — Ce concours sera ouvert le 9 décembre prochain. Ne seront admis à concourir que les élèves en médecine ayant au moins quatre inscriptions validées. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 6 décembre inclusivement, à la mairie (division de la police administrative). Le programme comprend : une épreuve orale sur l'anatomie des organes génito-urinaires, une question élémentaire ayant trait aux affections vénériennes et une question de petite chirurgie. Le temps accordé pour l'ensemble de ces questions, est d'une heure, compris le temps de réflexion. L'élève nommé entrera immédiatement en fonctions et recevra un traitement de 250 francs. Il succédera, de plein droit, au premier élève le 1er septembre 1876, avec un traitement de 500 francs. La durée totale de son service sera par conséquent de deux ans. (*Bordeaux médical*).

OPÉRATION CÉSARIENNE. — Une dépêche de Rio-Janeiro (15 octobre), annonce que la princesse impériale (comtesse d'Eu), est accouchée, le matin, d'un garçon. On a dû faire l'opération césarienne. L'enfant se porte bien. — Cette dépêche n'est pas exacte. Si nous en croyons les renseignements dignes de foi qui nous sont donnés, il y a eu une simple application de forceps. On sait que M. le professeur Depaul est parti au commencement de septembre pour faire cet accouchement.

LYCÉE DE VERSAILLES. — *Le Libéral de Seine-et-Oise* annonce que M. le Dr Ozanne vient d'être nommé médecin du Lycée de Versailles, à la place de M. Rémilly, démissionnaire, et que M. le Dr Paris a été nommé médecin adjoint.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Sont attachés au laboratoire de physique de la faculté des sciences de Paris (laboratoire de M. Jamin :) MM. Bouty, docteur ès sciences, professeur au Lycée de Reims ; Lippmann, docteur ès sciences.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. Sicard, docteur ès sciences, est chargé de suppléer, pendant l'année scolaire 1875-76, M. Jobert professeur de zoologie et de physiologie à la faculté des sciences de Dijon.

NÉCROLOGIE. — Sir Charles WHEATSTONE, l'un des physiciens les plus distingués de l'Angleterre, est mort le 20 octobre, à l'Hôtel du Louvre, d'une congestion pulmonaire.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

GALLIPPE (Z. M. V.). Etude toxicologique sur le cuivre et ses composés. In-8 de 165 pag. 3 fr.

LACASSAGNE (A). Précis d'hygiène privée et sociale. 1 vol. in-8 de 460 pag. cart. à l'anglaise (collection diamant) : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

BEAUREGARD (G.) Des difformités des doigts (dactylolyses) ; dactylolyses essentielles ; dactylolyses de causes interne et externe : étude de séméiologie. In-8° de 110 pages, avec 6 planches, 4 fr.

DECHAUX. Des plaies pénétrantes des articulations. Mem. couronné par la Société de médecine de Toulouse. In 8° de 124 pages, 3 fr. 50.

HÉRAUD (A.) Nouveau dictionnaire des plantes médicinales (description,

culture, ... générale sur les plantes ... Un vol. in-8° ... fr.

Librairie O. DOIN, 2, rue Antoine-Dubois.

DESNOS. — Notes sur quelques points du traitement ... hydatiques du foie, in-8° de 24 p.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL** de midi à quatre heures.

BOURNEVILLE. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. 1er fascicule : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau.* In-8 de 168 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50. 2e fascicule : *Urémie et Eclampsie puerpérale; — Epilepsie et hystérie.* In-18 de 160 pages, avec 14 figures : 3 fr.

BOURNEVILLE et VOULET. De la contracture hystérique permanente; interprétation, scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. In-8 compact de 120 pages. 2 fr. 50 (*franco*).

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies par BOURNEVILLE. Tome 1er : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie, etc. 2e *édition*. Vol. in-8 de 428 pages avec 27 figures dans le texte. 9 planches en chromo-lithographie et une eau-forte. Prix : 13 francs.

CHARCOT (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par BOURNEVILLE. 2e série. 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8 de 72 pages avec une planche en chromo-lithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos ABONNÉS, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière* ; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 50, pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr. ; pour nos ABONNÉS, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25; pour nos ABONNÉS, 4 fr. 75 (*franco*).

CORNIL (V.) Leçons sur l'anatomie pathologie et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. BUDIN. In-8 de 92 p. Prix 2 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr. *franco*.

DUPLAY (S.) Leçon sur les périarthrites coxo-fémorales. Maladie des bourses séreuses péritrochantériennes et du grand trochanter, simulant la coxalgie, recueillie par DURET. In-8 de 20 pages. 60 cent.

FERRIER. — Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur par H. DURET. In-8° de 80 pages. 2 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25. *franco*.

LANDOUZY (L.). De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. In-8 de 74 pages.

MARCANO (G.) De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon. In-8. 50 cent.

MARCANO (G.) Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate et de la hernie crurale ... In-8. 50 cent.

PATHAULT (L. Du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques. In-8° de 46 p. avec six fig. dans le texte, 1 fr. 25.

TERRILLON. Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 centimes.

THAON (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose; in-8° de 104 pages, avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50 — Pour nos abonnés 2 fr. 50 *franco*.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP, CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

3e ANNÉE. — N° 44 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 30 OCTOBRE 1875

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. HAYEM, agrégé, suppléant M. le professeur BOUILLAUD.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1)

Leçons recueillies par BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

CINQUIÈME LEÇON. — 15 avril 1875 (Suite).

Messieurs,

Nous admettons que les caillots du cœur sont la conséquence de l'inflammation du myocarde. Comment doit-on comprendre cette particularité ? L'explication serait facile si l'on avait affaire à une endocardite ; mais comment la formation de ces caillots peut-elle se rattacher à l'altération des fibres musculaires ?

Plusieurs hypothèses se présentent pour donner la raison de ce phénomène. Et d'abord dans le cas actuel l'endocarde habituellement respecté dans la myocardite était altéré, et cette particularité est facile à comprendre puisque ce sont les couches internes du myocarde qui ont subi la plus grande altération. En second lieu la myocardite détermine toujours, je vous l'ai dit, un certain affaiblissement des contractions cardiaques ; enfin, le sang lui-même, dans la fièvre typhoïde, est profondément modifié. Nous trouvons donc trois ordres de causes qui ont pu dans ce cas agir simultanément ; l'altération de l'endocarde a sollicité la coagulation du sang ; d'un autre côté, les mouvements cardiaques s'affaiblissant, le sang avait de la tendance à stagner entre les colonnes charnues ; enfin, à cause même de son altération particulière, ce liquide offrait probablement une plus grande facilité à se coaguler.

En résumé, c'est sous l'influence de la myocardite que se sont formés les caillots du ventricule gauche. Ces caillots, composés de fibrine et de globules blancs, toujours battus par l'ondée sanguine, toujours froissés par les contractions du cœur, ont donné naissance à des embolies ; et ces embolies, chassées dans l'aorte, ont été se bloquer dans un grand nombre d'artères ; d'où les infarctus nombreux de la rate, des reins, de la vessie et la gangrène des membres inférieurs.

Cette gangrène qui correspond dans les membres aux infarctus des viscères, vous montre, une fois de plus, l'importance de l'intervention de l'air dans les processus gangréneux ; elle établit en outre, la légitimité des rapprochements qui ont été faits entre ces diverses lésions.

—Messieurs, l'étude de ce cas remarquable d'embolies multiples partant du cœur, peut être regardée comme le complément de nos précédentes leçons sur la myocardite de la fièvre typhoïde. Les accidents multiples, en quelque sorte périphériques, qui se sont produits chez notre malade, sont des conséquences, nouvelles pour nous, de l'inflammation du cœur, conséquences qu'il faut ajouter à celles qui nous ont jusqu'à présent occupé.

Eclairé par l'autopsie, nous n'avons pas hésité à reconnaître l'erreur d'interprétation que nous avons commise pendant la vie, erreur, à coup sûr, bien excusable, et qui rend notre observation particulièrement instructive.

Mais pour tirer de cette observation tout le parti possible, nous devons nous demander, en terminant, si cette erreur était inévitable ; s'il n'existait pas certains signes dont la valeur nous a échappé et qui aurait pu nous faire soupçonner l'existence d'embolies multiples. Nous sommes ainsi conduit à faire un retour en arrière ; à examiner de nouveau, à cet égard, tous les détails de notre fait clinique.

La myocardite qui a été le point de départ des accidents mortels, a pu être diagnostiquée. Dans mes précédentes leçons, je vous ai indiqué quels sont les signes qui servent à la reconnaître. Mais cette myocardite était plus développée que nous ne le pensions. A lui seul, le fait actuel suffirait à établir que, dans la fièvre typhoïde, la lésion du muscle cardiaque peut être très-profonde sans que les signes physiques et fonctionnels soient très-accentués. Cette particularité, d'ailleurs, ne peut pas vous étonner, car, vous le savez, ce sont les lésions des orifices qui donnent naissance aux signes stéthoscopiques le plus faciles à saisir. Elle ne diminue en rien la valeur de l'examen du cœur dans la fièvre typhoïde.

Vous devez, au contraire, en conclure que cet examen ne saurait être fait avec trop de soin et que, lorsqu'il annonce l'existence d'une myocardite, les malades courent des dangers multiples, alors même que la fièvre typhoïde, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, ne dépasse pas une intensité moyenne.

Si cette myocardite a donné lieu, pendant la vie, à quelques signes particuliers, il n'en a pas été de même de la formation des caillots ventriculaires pariétaux. Rien n'est venu attirer notre attention sur la possibilité de cette complication. C'est, du reste, la règle en pareil cas, et ce n'est guère qu'à l'autopsie qu'on découvre ces coagulations sanguines. Comme elles siégent ordinairement vers la pointe de l'organe et n'ont que des rapports éloignés avec les orifices, elles gênent peu les contractions du cœur et ne produisent que rarement des bruits anomaux.

Après avoir reconnu pendant la vie l'oblitération des artères et soupçonné même l'étendue considérable de cette oblitération, j'ai donc dû vous montrer qu'en l'absence de signes particuliers du côté du cœur, il n'y avait pas de raisons suffisantes pour admettre l'hypothèse d'embolies. Mais notre raisonnement était incomplet et, outre les signes de cardiopathie, nous aurions dû rechercher encore les phénomènes capables de révéler l'existence d'infarctus viscéraux.

Dans la grande majorité des cas, ces lésions viscérales échappent complétement au diagnostic ; ce sont presque toujours de véritables trouvailles d'amphithéâtre. Mais précisément chez notre malade, il s'est produit un certain nombre de symptômes qui, dans l'espèce, avaient une réelle importance.

Vous vous rappelez que vers l'époque de la convalescence, la température, après avoir notablement baissé, a subi tout à coup une élévation notable. On peut penser actuellement que cette exacerbation était due à la suppuration des infarctus du rein ; mais c'est là toutefois une supposition discutable. Il n'en est pas de même des phénomènes suivants dont l'interprétation ne me paraît pas douteuse.

Le premier de ces phénomènes a consisté dans l'apparition de douleurs très-vives, siégeant profondément dans l'abdomen. Ces douleurs se sont montrées à une époque où tous les symptômes abdominaux de la fièvre typhoïde avaient cessé, et quand la gangrène existait déjà depuis plusieurs jours. Elles étaient tantôt sourdes, tantôt lancinantes et plus violentes à droite qu'à gauche.

La palpation de l'abdomen les exagérait notablement et, pour les calmer, nous avons dû plusieurs fois prescrire des cataplasmes laudanisés.

Outre ces douleurs, l'urine a offert pendant plusieurs jours une odeur fétide, repoussante, qui a été remarquée par la malade. Evidemment nous avions là les signes d'une néphrite, et si l'urine avait été recueillie jour par jour et examinée avec soin, il est fort probable qu'on y aurait constaté des décharges purulentes provenant de l'urètere

(1) Voir les nos 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 41 et 42.

droit que vous voyez ici plein de pus. Malheureusement la malade était devenue gâteuse et cet examen a été impossible. Remarquez, toutefois, que ces signes de néphrite suppurée sont tout-à-fait particuliers au cas présent; ils sont en rapport avec les altérations énormes et insolites du rein droit et presque invariablement, je vous le répète, les infarctus viscéraux restent latents; vous rechercheriez en vain les éléments de leur diagnostic. Je tenais, cependant, à ne rien omettre dans l'analyse de ce cas clinique, dans l'espoir qu'elle pourra plus tard faciliter la recherche et l'explication d'accidents semblables.

(*La fin prochainement.*)

MALADIES DES YEUX

ECOLE PRATIQUE. — M. le Dr E. LANDOLT.

Du Diagnostic des maladies des yeux (1).

Leçon d'introduction, recueillie par A. CHARPENTIER.

Messieurs,

Je ne veux pas vous exposer toutes les méthodes que nous possédons pour produire de véritables mélanges, elles sont trop nombreuses. La meilleure est celle de Newton, pour l'application de laquelle Masson a construit l'appareil rotatif que vous avez sous les yeux.

Le principe consiste à mélanger les impressions que la lumière colorée produit sur la rétine. Pour cela il n'est pas nécessaire que ces impressions se produisent simultanément, mais, chacune d'elles persistant pendant un certain temps, il suffit de les faire suivre à intervalles très-rapprochés.

A cet effet, on a un disque circulaire sur lequel on peut appliquer autant de secteurs colorés qu'on le désire. Ce disque étant ensuite monté sur l'appareil, celui-ci lui imprime une rotation assez rapide pour que l'œil ne puisse plus discerner les diverses couleurs qui lui arrivent successivement, et ne perçoive que la couleur résultante.

Pour pouvoir déterminer exactement la quantité de chacune des couleurs qui entrent dans le mélange, on emploie des cercles de papier coloré qui sont divisés suivant un de leurs rayons. On peut ainsi les faire entrer les uns dans les autres à des degrés variables, que l'on évalue aisément à l'aide d'un rapporteur.

Veut-on comparer divers mélanges, il suffit de les produire à l'aide de cercles colorés concentriques de diamètres différents.

Notre appareil arrive à une vitesse de 80 rotations par seconde, mais 50 ou 60 rotations suffisent généralement.

Ces quelques données physiques étaient indispensables; passons maintenant à la partie physiologique du sujet, à la théorie de la perception des couleurs.

Celle qui est la plus répandue est due à Th. Young et a été développée par Helmholtz. D'après cette théorie, l'œil possède trois espèces distinctes d'éléments nerveux dont chacune perçoit une des trois couleurs fondamentales : rouge, vert et violet (ou bleu).

La première espèce de ces éléments est excitée à un haut degré par les rayons rouges, mais aussi un peu par les verts et faiblement par les rayons violets.

La deuxième catégorie est impressionnée par les rayons verts, et aussi à un faible degré, par les rayons rouges et violets.

Enfin les rayons violets excitent fortement les éléments de la troisième catégorie, qui sont aussi un peu sensibles aux rayons verts et très-peu aux rayons rouges.

Chacune de ces catégories excitée pour sa part, transmet au cerveau l'impression de la couleur fondamentale qui lui est propre.

Les couleurs intermédiaires sont données par l'excitation de deux ou trois de ces groupes d'éléments à des degrés différents.

Excités tous les trois à des degrés égaux, ils donnent l'impression du blanc (ou du gris). Vous pouvez vous en convaincre par l'expérience suivante : J'ai adapté sur l'appareil de Masson quatre disques concentriques de dimensions différentes. Le premier en partant du centre est composé de blanc et de noir, le second de rouge, de bleu et de vert, le troisième de violet, de rouge et de vert et le quatrième de nouveau de blanc et de noir.

(1) Voir les nos 39, 40 et 43.

La figure ci-contre reproduit graphiquement cette théorie.

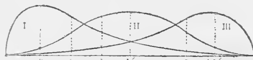


Fig. 55.

La courbe I exprime les différents degrés d'excitation des premiers éléments (ceux du rouge) par chaque couleur du spectre. Le maximum correspond au rouge spectral.

Les courbes II et III ont la même signification par rapport aux éléments des deuxième et troisième catégories (éléments du vert, éléments du violet).

Veut-on savoir à quels degrés divers seront excités ces trois éléments par une couleur quelconque? Elevons une ligne verticale en regard de la position spectrale de cette couleur, le jaune par exemple, et voyons à quelle hauteur cette ligne rencontre les courbes d'excitation que nous avons tracées. Dans le cas du jaune, on voit que les éléments de cette couleur excitent avec une assez grande intensité les éléments du rouge, un peu moins ceux du vert et faiblement ceux du violet.

Cette ingénieuse théorie n'est certes pas à l'abri des objections : Nous ne pouvons pas examiner ici celles qu'on lui a faites encore récemment. Qu'il vous suffise de savoir que c'est encore la meilleure explication d'une série de phénomènes, inexplicables sans elle.

Je dois ajouter un mot à propos des couleurs complémentaires.

Vous savez tous que quand vous venez de fixer pendant *quelque* temps une surface colorée et que vous regardez aussitôt après un fond blanc, à la place de la première couleur, vous en voyez apparaître une autre : Avez-vous fixé du rouge, vous verrez ensuite du vert; du jaune, vous verrez du violet; du bleu, vous verrez de l'orangé, et inversement. Ces couleurs sont dites *complémentaires* l'une de l'autre.

Voici l'explication de ce phénomène :

Quand vous fixez longtemps une couleur, les éléments nerveux de la rétine spécialement impressionnés par cette couleur se fatiguent, quand ensuite vous regardez du blanc, les éléments fatigués vous transmettent une impression beaucoup moins vive que les éléments restés au repos. Ceux-ci excités maintenant par les autres couleurs qui composent le blanc, donnent l'impression de la couleur dite *complémentaire* parce que c'est celle qui, avec la première, reproduisait le blanc.

Les explications qui précèdent ont pu vous paraître un peu longues pour notre cadre. Mais vous verrez combien elles étaient nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre, et combien elles abrégeront notre tâche principale, l'examen fonctionnel de la perception des couleurs dans les états pathologiques. C'est cet examen qui va maintenant nous occuper.

Les troubles de la perception des couleurs sont de trois catégories :

1° L'*achromatopsie totale*, état dans lequel les malades n'ont aucune sensation de couleurs, et ne distinguent que des différences de clarté. Les objets sont alors vus à peu près comme dans une photographie.

Cette affection est très-rare à l'état congénital, on en compte seulement quelques cas qui n'ont peut-être même pas toujours été exactement observés.

Ce qui est plus fréquent, c'est de voir l'achromatopsie totale se développer dans le cours de maladies cérébrales

ou d'atrophie du nerf optique. Dans ce cas elle est presque constamment accompagnée d'une diminution des autres fonctions de la rétine.

2° Une seconde forme est l'*achromatopsie partielle*, dans laquelle manque simplement la perception d'une ou de plusieurs des couleurs fondamentales.

C'est le plus souvent le rouge qui fait défaut : d'où le nom d'*anérythropes* donné à ces malades.

C'était le cas de Dalton, aussi appelle-t-on encore cette forme *daltonisme*. Mais ce mot ne saurait s'appliquer exactement aux autres formes très-nombreuses des troubles de la perception des couleurs, ni même simplement à toutes les formes d'achromatopsie partielle.

En effet, un autre élément que le rouge peut faire défaut. Le *vert* ou le *violet* peuvent n'être pas perçus.

Les symptômes de l'achromatopsie partielle découlent naturellement de ce que nous avons dit plus haut :

Dans cette affection, la partie du spectre solaire correspondant à la couleur qui n'est pas perçue, doit nécessairement paraître très-foncée.

Si cette partie ne paraît pas absolument noire, cela tient à ce que la couleur non perçue irrite à un faible degré, comme nous l'avons vu, les deux autres éléments admis dans la théorie.

Quand la couleur non perçue est une couleur extrême du spectre, celui-ci paraît raccourci soit à l'une soit à l'autre extrémité.

On a encore constaté que, pour ces malades, le maximum de clarté du spectre solaire se trouve, non dans le jaune comme pour l'œil normal, mais dans une autre partie du spectre.

Un autre caractère de l'achromatopsie partielle, c'est qu'on peut reproduire, à l'aide des deux couleurs fondamentales qui restent perçues, toutes les nuances que le malade distingue, y compris le blanc.

Ainsi un achromatope partiel à qui manque la perception du rouge, attribue à un certain mélange de violet et de vert une coloration grise qui, pour nous, est produite, soit par un mélange de blanc et de noir, soit par le mélange de trois couleurs fondamentales.

Enfin, les matières colorées qui contiennent beaucoup de la couleur non perçue paraissent plus foncées au malade que celles qui en contiennent peu.

3° La troisième catégorie des troubles de la perception des couleurs (*dyschromatopsie*) est de beaucoup la plus fréquente.

Les malades de cette catégorie perçoivent toutes les couleurs, mais elles ne font pas sur eux une impression aussi vive que sur l'œil normal. Par suite, ils ont de la difficulté à reconnaître certaines couleurs, : d'où le nom de *dyschromatopsie* donnée à cette affection. La dyschromatopsie peut être, comme l'achromatopsie, complète ou partielle.

Les dyschromatopes voient le spectre solaire de même étendue que l'œil normal. Les erreurs commises par les achromatopes partiels sont parfaitement reconnues par les dyschromatopes. Seulement certaines couleurs ne sont pas distinguées, à moins qu'elles ne soient très-vives. Les couleurs assez voisines sont confondues : le violet est souvent pris pour du bleu, l'orangé pour du rouge clair, le rose pour du bleu ou du violet clair, etc. Quant aux nuances très-claires, elles sont confondues avec le blanc, et celles qui sont foncées paraissent grises ou noires.

Dans les cas les moins prononcées, les malades se comportent à l'examen fonctionnel comme le feraient des personnes peu intelligentes, ou peu exercées en matière de couleurs, car, en regardant attentivement, elles parviennent quelquefois à distinguer des couleurs d'abord confondues.

Par contre, les cas les plus accusés rappellent souvent la véritable achromatopsie. Je suis convaincu, du reste, que bien des observations de cette dernière affection ne sont que des dyschromatopsies mal étudiées. Il faut, pour un tel examen, plus de patience et de précautions qu'on ne saurait croire.

En effet, la perception des couleurs est influencée par un grand nombre de circonstances.

On doit tenir grand compte à la fois de l'*intensité et de l'étendue de la couleur*, du *fond* sur lequel elle apparaît, et de l'*éclairage général*.

Si l'on méconnaît l'influence d'un seul de ces facteurs, on peut trouver de l'achromatopsie dans tous les yeux sans exception.

Voici une carte sur laquelle j'ai collé de petits papiers carrés de couleurs vives, de 2 millimètres de côté, d'une part sur fond blanc, de l'autre sur fond noir.

Plaçons cette carte à une distance d'environ 7 mètres ; vous voyez que chaque petit carré vous apparaît comme un point plus ou moins clair, mais sans aucune apparence de coloration.

Agrandissons l'étendue de ces carrés, ou, ce qui revient au même, diminuons leur distance, et vous les voyez apparaître successivement avec leur couleur propre : vous distinguez d'abord l'orangé, puis le jaune, le vert, le rouge, le bleu et enfin le violet.

Vous devez faire aussi une remarque importante : c'est que les couleurs sont bien mieux reconnues sur fond noir que sur fond blanc. De loin, certaines couleurs paraissent noires sur un fond blanc ; telles sont le rouge, le bleu et le violet ; à la même distance, elles sont au contraire bien reconnues sur un fond noir.

Quant aux fonds colorés, ils font surtout ressortir leurs couleurs complémentaires : sur un fond rouge, par exemple, la couleur verte ressort bien mieux qu'aucune autre. Aussi ne doit-on jamais, pour l'examen de la perception des couleurs, se servir d'un fond coloré, mais seulement d'un fond noir.

Ce qui influe surtout sur la perception des couleurs, c'est l'intensité de la couleur et celle de l'éclairage général. Vous savez tous que, pendant le crépuscule, les couleurs deviennent de moins en moins distinctes et finissent par disparaître : c'est d'abord le violet qui n'est plus reconnu, puis le vert, le rouge, le jaune et enfin le bleu.

Pendant la nuit nous reconnaissons tout au plus la forme des objets suivant leurs différences de clarté, mais nous ne voyons pas leur couleur.

Pour étudier l'influence de l'intensité des couleurs sur leur perception, nous n'avons qu'à les combiner avec du blanc sur le disque rotatif, et nous verrons alors quelle est la quantité minimum qu'exige chaque couleur pour être reconnue. Il en faut souvent une proportion assez grande, jusqu'à 20° ou 30° pour 360° du mélange.

Tous ces faits nous prouvent que l'œil normal lui-même se trouve dans un état de dyschromatopsie ou même d'achromatopsie par rapport à des couleurs peu étendues, peu éclairées ou peu intenses. En d'autres termes, la dyschromatopsie n'est souvent que l'exagération d'une défectuosité de l'œil sain. Entre l'œil normal et l'œil achromatope, il y a, en passant par les divers degrés des troubles de la perception des couleurs, une série progressive de nuances graduelles et insensibles.

Cette idée n'est pas encore connue partout. Elle résulte en partie d'observations que j'ai faites sur des yeux sains et malades. Elle m'a déjà conduit à d'autres résultats importants.

On avait toujours cru que les parties périphériques de la rétine étaient achromatopes. On basait cette opinion sur ce fait, vrai en lui-même, que des morceaux de papiers colorés, vus sous un angle de 80°, paraissent tous incolores, et que pour être reconnus il faut les approcher plus ou moins du point de fixation.

Mais j'ai pu constater qu'il suffit d'augmenter assez leur intensité ou leur éclairage, pour que toutes les couleurs soient reconnues jusqu'aux limites extrêmes du champ visuel.

De là ressortent pour l'examen de la perception des couleurs des indications importantes, et vous voyez qu'il est indispensable, dans cette exploration, de tenir compte non-seulement de la composition des couleurs dont nous

nous servons, mais encore de leur étendue, de leur intensité, et de l'éclairage ambiant.

Après tout ce que nous venons de dire, peu de mots suffiront pour vous exposer les méthodes d'exploration. Elles découlent pour ainsi dire directement de ce qui précède.

Il ne suffit évidemment pas de montrer au malade une série de couleurs en l'engageant à les désigner, ni de lui faire reconnaître les différentes parties d'un spectre solaire.

Un achromatope partiel peut très-bien arriver à appeler par leurs noms les couleurs mêmes qu'il ne voit pas comme nous, il les distingue alors, soit par leurs différences de clarté, soit par d'autres indices que l'usage lui a appris.

On fait bien cependant de présenter aux malades une série de couleurs diverses pour se fixer tout d'abord sur le genre des troubles qui sont en jeu. Mais il faut disposer de nuances nombreuses et variées. La série dont je me sers se compose, par exemple, de 350 échantillons différents.

On engage la personne examinée à choisir dans ce nombre les échantillons qui lui paraissent de la même couleur, opération qu'un œil normal fait en quelques minutes.

Un dyschromatope s'y prendra avec difficulté et hésitation, et confondra certaines couleurs mates de différentes nuances.

Un achromatope partiel fera encore de plus grosses erreurs, et rangera, par exemple, les étoffes vertes à côté des rouges, les bleues à côté des jaunes, etc.

Cela doit vous dire déjà sur quelles couleurs vous avez à insister dans votre examen.

Vous pouvez ensuite montrer au sujet un spectre solaire gradué. Ce spectre est-il vu avec son étendue normale? Parait-il raccourci à l'une de ses extrémités? A-t-il dans son étendue des parties obscures? Le maximum de clarté parait-il être au même endroit que pour l'œil normal? Ce sont là autant de questions qui vous permettront de décider si l'œil examiné est achromatope partiel ou non.

Pour plus de sûreté, vous pouvez chercher à produire sur le disque rotatif un mélange de *deux couleurs fondamentales* qui fassent sur l'œil examiné le même effet qu'un mélange de blanc et de noir. Si vous ne pouvez y parvenir, cet œil n'est pas atteint d'achromatopsie partielle.

Quant à la dyschromatopsie, je me sers, pour la déterminer, de ma méthode des *intensités minima*. Je cherche, au moyen du disque rotatif, quel est le minimum d'une couleur donnée qu'il faut ajouter au blanc pour que cette couleur soit reconnue.

Cette méthode est très-simple et d'autant plus rationnelle qu'elle donne des résultats très-nets par eux-mêmes et qui ne s'appuient sur aucune idée théorique préconçue. Quant il s'agira de compléter ou de réformer la théorie de Young-Helmholtz, de tels faits simplement constatés sans aucune interprétation seront toujours une base solide pour la solution de ce grand problème d'optique physique et physiologique.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cirrhose hypertrophique.

Par **DECAUDIN**, interne des hôpitaux.

X.., âgée de 48 ans, sans profession, entre à la Pitié, salle Ste-Eugénie (service de M. GOMBAULT) le 13 mars 1875. Cette malade n'accuse aucun autécédent de famille, soit tuberculeux, soit caucéreux, soit rhumatismal; elle a eu un érysipèle il y a quatre ans; sauf cela, elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 47 ans.

A cette époque elle éprouva des vertiges, des étourdissements qui l'inquiétaient fortement, et qui l'empêchaient jusqu'à un certain point de quitter sa maison, plus tard sa chambre; elle redoutait sans cesse un vertige en pleine rue, un étourdissement et la chute qui en eût été la conséquence. Elle observait bien à cette époque un peu d'œdème autour des malléoles le soir en se couchant, mais ce symptôme ne dura pas longtemps.

Il y a trois mois, les vertiges devinrent plus fréquents, les conjonctives prirent la teinte subictérique. l'appétit diminua, l'amaigrissement survint progressivement, et enfin il y a quinze jours un vertige plus fort que ceux qu'elle avait eus antérieurement, la força à prendre le lit, qu'elle ne quitta que pour entrer à l'hôpital.

13 *mars*. Femme chétive, maigre; la couleur de la peau est blanche, blafarde, tirant un peu sur le jaune; les sclérotiques sont jaunes, il y a même un certain degré de conjonctivite; elle se plaint de démangeaisons et de ne pouvoir plus se tenir sur ses jambes. Rien ne révèle la perte soit de la motilité, soit de la sensibilité; du reste, elle peut faire quelques pas. Elle nie tout antécédent de colique hépatique, de rhumatisme, de syphilis et d'alcoolisme; rien au cœur.

A la palpation de l'abdomen, on est surpris de sentir à droite un foie volumineux, sans bosselures, dont la matité remonte au mamelon et descend jusqu'au-dessous d'une ligne transversale qui passerait par l'ombilic. Le bord du foie est facilement accessible, on le prend nettement entre les doigts à travers les téguments; il est placé en diagonale au-dessous de l'ombilic, à droite, un peu au-dessus seulement; à gauche, on sent nettement le sillon de la vésicule biliaire indolore et le sillon du repli falciforme. Cette tumeur ne peut être que le foie, elle suit les mouvements de la respiration; l'absence d'*ascite*, d'*œdème*, de dilatation des veines hémorrhoïdales, d'hématémèses, de mélœna font hésiter entre le cancer, le kyste hydatique interstitiel et la cirrhose hypertrophique. Quoi qu'il en soit, M. Gombault diagnostique le lendemain une cirrhose hypertrophique.

Cette femme, en dehors de tous ces signes, est gâteuse dans toute l'acception du mot, répond mal, pleure aux questions qu'on lui fait. Elle ne s'est jamais adonnée à l'ivresse et ne s'est jamais aperçu que quelque chose d'insolite existât à la région de l'hypochoudre droit; elle perd ses urines, fait sous elle et se confine au lit, sans rien dire à qui que ce soit, ne se plaignant jamais, et ne demandant rien.

Cette incertitude de la mémoire, la lenteur de ses réponses, sa faiblesse pour la position horizontale, jointes aux vertiges et aux étourdissements éprouvés antérieurement, permirent d'ajouter au diagnostic de cirrhose hypertrophique celui de pachyméningite et d'athérome artériel précoce, affections développées toutes deux sous l'influence de l'alcoolisme. Cette femme, parait-il, vivait dans des conditions spéciales. A ce point de vue, on avait remarqué chez elle qu'elle s'alcoolisait volontiers pendant et après le repas, qu'elle mangeait peu en somme, mais buvait beaucoup.

Tout le temps de son séjour, cette femme reste dans cet état d'inertie absolue, indifférente à tout ce qui l'entourait, gâteuse, etc...; le foie n'a pas changé de volume.

Une eschare s'est montrée au sacrum le 3 *mai*; la malade se plaignit de stomatite et présenta une langue sèche, rouge intense et comme vernissée à sa surface, en somme la langue qui semble appeler le muguet des périodes ultimes des cachexies cancéreuses et autres. L'amaigrissement, le facies plombé qu'elle présenta pendant les jours qui précédèrent sa mort nous firent penser que le cancer pouvait bien être la lésion principale du foie; puis elle s'éteignit lentement sans que sa mort fût précédée ou accompagnée de quelque symptôme nouveau.

AUTOPSIE faite le 20 *mai*, 24 heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il ne s'écoule point de sérosité. Le *foie* apparaît débordant le rebord costal d'une manière générale de 5 à 6 travers de doigt. Le bord tranchant du lobe gauche descend jusqu'au niveau de l'ombilic et forme un arc arrondi, refoulant l'estomac dont la saillie se voit immédiatement à gauche de l'ombilic et qui, caché en partie sous le foie, parait seulement dans l'étendue de 3 travers de doigt. Le lobe droit descend dans le flanc droit à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et son bord tranchant remonte en dedans des festons jusqu'à l'insertion du ligament falciforme. Il existe à ce niveau une profonde incision dont les bords sont lobés.

La surface du foie présente transversalement une dépression qui parait siéger au niveau de l'application ordinaire du corset

et de la ceinture. A ce niveau existent des plaques laiteuses recouvertes de vésicules, dont certaines atteignent le diamètre d'une plume de pigeon. Sur le reste de la surface, on voit des granulations du diamètre d'une tete d'épingle ou d'un grain de millet. Elles sont jaunes, entourées d'un cercle rouge produit par l'injection des vaisseaux périphériques.

Le sternum étant enlevé, les dimensions du foie au-dessus du rebord des côtes peuvent être entièrement appréciées. On peut alors voir que la limite supérieure du foie remonte jusqu'au niveau et très-peu au-dessus du mamelon à droite, à 3 travers de doigt au-dessous du mamelon à gauche; que le cœur et les poumons sont refoulés vers le sommet du thorax et ensemble à partir de la fourchette sternale occupent seulement un espace de 8 travers de doigt. Sur un certain nombre de points le diaphragme adhère au foie.

Lorsque l'on a enlevé le rebord des côtes, on voit que le lobe droit occupe la gouttière costo-vertébrale de manière à la remplir complétement, le poumon étant aussi refoulé en arrière qu'en avant. Du côté gauche la même gouttière costo-vertébrale est occupée par la rate, volumineuse.

Tout le lobe gauche du foie reposait sur l'épiploon gastro-hépatique et la face supérieure et antérieure de l'estomac. La portion de ce dernier qui faisait saillie était la partie inférieure de la grande courbure, le pylore répondait à la vésicule biliaire, et l'extrémité externe du lobe gauche du foie, en appuyant sur l'estomac, répondait à un étranglement de ce viscère séparant la grande courbure de la grosse tubérosité et lui donnant un aspect bilobé.

L'épiploon gastro-hépatique ne paraît pas très-épaissi, mais sillonné de veinules légèrement variqueuses. On trouve dans son épaisseur des veines qui ont le diamètre d'une plume de corbeau. La branche cystique et la veine qui l'accompagne ne présentent rien à noter.

L'artère hépatique ne présente rien à noter non plus. La veine-porte mise à découvert ne paraît ni turgide ni dilatée. On n'a pas trouvé non plus dans le sillon falciforme de veine dilatée comme pour produire une dilatation supplémentaire.

Le foie enlevé pèse 2,575 gr. La veine cave est très-dilatée et paraît perméable. Il n'existait aucune adhérence de la concavité du diaphragme si on en excepte les adhérences déjà mentionnées. Le tissu hépatique est dur sur des coupes: on distingue très-nettement entre les grains jaunes des tractus bleuâtres très-fins, constitués par du tissu fibreux.

La *rate* pèse 345 gr., la section de la veine splénique ne donne que très peu de sang et montre qu'elle était peu dilatée. Le *rein* droit est petit, lobulé.

Le *poumon* droit est adhérent à son sommet seulement. Le poumon gauche est également adhérent. Au sommet du poumon droit cicatrice blanche et rayonnée. Induration noueuse à ce niveau. On trouve à la coupe des masses d'une dureté de pierre, et entre autres un foyer rempli d'une bouillie caséeuse du volume d'une noix. Tout ce foyer calcaire contient de la boue semblable à du mastic de vitrier. La calcification a surtout eu lieu à la périphérie, et à ce niveau il existe de la cirrhose pulmonaire sur une très-petite zone.

Les bases sont congestionnées légèrement (congestion agonique), le reste du poumon crépite bien. Au sommet du poumon gauche existent également quelques granulations infiltrées de calcaire.

Le cœur et ses enveloppes mis à découvert, l'aorte paraît souple dans toute son étendue. Le *cœur* est libre partout dans la cavité péricardique. Le feuillet pariétal ne présente pas de taches laiteuses. Il existe de la surcharge graisseuse considérable sur le cœur et à l'origine des gros vaisseaux.

Le tronc de l'aorte ouverte montre de nombreuses plaques d'athérome, mais qui n'ont pas altéré sa souplesse générale. Du reste, au niveau de sa base, l'aorte est notablement dilatée. Le cœur est partout excessivement flasque; il pèse [illegible]45 gr. Le myocarde est mou, couleur feuille morte, et évidemment graisseux. Des caillots cruoriques et agoniques sont intriqués dans les cordages de la mitrale qui n'est pas altérée. Les [illegible] aortiques présentent quelques plaques athéromateuses [illegible] sont souples et suffisantes.

[illegible] est rempli d'un caillot dont la coloration est à peu de chose près homogène et qui s'est formé dans les dernières heures de la vie. L'oreillette droite est dilatée.

Les foramina et les foraminula sont très-dilatés.

A l'ouverture du *crâne*, il s'est écoulé une certaine quantité de sérosité. Œdème sous-méningé. Nombreuses granulations de Pacchioni. Les méninges se détachent facilement. Pas d'induration. La surface des circonvolutions est pâle ainsi que cela s'observe ordinairement quand il existe de l'œdème des membranes. La coupe du centre ovale gauche ne présente rien à noter. Rien non plus d'anormal du coté droit. Il n'existe pas de sérosité dans les ventricules. Il n'existe rien dans les corps opto-striés, gauche ni droit. Rien à noter dans la bulbe ni la protubérance. Rien dans le cervelet.

Réflexions. Cette observation nous montre une cirrhose hypertrophique diagnostiquée sur le vivant. Elle nous semble intéressante à plusieurs points de vue et nous nous contenterons de poser quelques questions sans prétendre les résoudre.

1° Il ne semble pas qu'il y ait ici congestion du foie précédant la cirrhose atrophique; 2° le volume du foie est resté constamment le même (foie hypertrophié et dur, sans bosselures, sans aspect granuleux comme dans la cirrhose atrophique); 3° Croit-on que ce foie se serait atrophié un jour ou l'autre; nous ne le croyons pas. En tous cas, les signes de la cirrhose classique et ordinaire manquent: l'ascite, le développement des veines sous-cutanées, des veines hémorrhoïdales, (la veine porte n'est pas gorgée de sang à son tronc), le melœna, les hématémèses font absolument défaut; il n'y a comme signe de quelque valeur et propre aux affections du foie qu'une teinte subictérique des conjonctives.

En présence de ces signes négatifs, de cette forme insolite clinique et pathologique, nous nous demandons:

1° Si nous avons affaire à une cirrhose ordinaire du foie qui tôt ou tard se serait atrophié; quand et comment, puisque nous ne reconnaissons pas ici les signes de l'hypertrophie qui précède.

2° Si ce n'est pas plutôt cette forme de cirrhose, étudiée plus particulièrement dans ces derniers temps par M. Hayem et M. Cornil.

3° Si ce n'est pas une maladie spéciale inconnue, déterminant des accidents graves du côté de l'intelligence, par une sorte d'intoxication lente? (Voir page 630).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Quelques remarques sur l'organisation des Facultés de Médecine.

La loi du 12 juillet 1875 sur la liberté de l'enseignement supérieur, impose à M. le Ministre de l'Instruction publique, du moins en ce qui concerne l'enseignement de la médecine, de très-sérieux devoirs; ces devoirs qui découlent même de l'esprit de la loi, lui sont dictés par l'article 25 de cette même loi. Pour atteindre le but qui lui est indiqué, il est nécessaire de faire mieux que de nommer des commissions dans le genre de celles que le Ministère vient de désigner, pour l'amélioration des cliniques, dans laquelle sur neuf membres on compte cinq fonctionnaires de l'ordre administratif et, dans l'espèce, complétement incompétents. *Risum teneatis amici!...*

Dans l'état actuel des choses, il est indispensable avant tout, d'armer les Facultés de médecine des moyens qui peuvent concourir au progrès et à l'avancement de la science et l'art de la médecine, savoir si l'organisation, si l'enseignement de ces Facultés se trouvent en harmonie avec l'état de la science et les besoins de la pratique médicale.

Si l'on compare l'organisation de nos Facultés avec celle des grandes Facultés des autres pays, on constate de grandes

lacunes dans notre enseignement, ce sont ces lacunes qu'il est du devoir de M. le Ministre de faire disparaître, un coup d'œil jeté sur l'ensemble de l'organisation de nos Facultés y remarque deux points culminants qui attirent l'attention, ce sont : 1° La nature et le mode de distribution des sujets de l'enseignement; 2° le mode de nomination des professeurs aux diverses chaires vacantes.

La nature, le mode de distribution des diverses matières de l'enseignement demandent un remaniement, une modification, une réforme... Dans quelle mesure cette modification doit-elle se faire? c'est une question délicate qu'on ne saurait résoudre à la légère et qui demande une sérieuse attention.

La question touchant le mode de nomination aux diverses chaires vacantes est bien plus facile à discuter; deux systèmes se trouvent en présence : « la *présentation* et le *concours.* » L'un et l'autre de ces systèmes ont fonctionné pendant un temps assez long pour pouvoir être appréciés à leur valeur. Le système de présentation par les Facultés et par le Conseil Académique fonctionne en plein aujourd'hui. Inauguré en 1815 par ordonnance royale, et continué jusqu'en 1830 pour céder la place au concours, il fut restauré de nouveau au commencement du deuxième Empire, en 1853. L'excellence du système de la double présentation ne parut pas avoir séduit tout le monde, puisque nous voyons en 1818 la Faculté de Paris elle-même demander à l'unanimité le concours pour la place de professeur; nous voyons encore, en 1821, dans le discours de rentrée, Dupuytren, orateur de la Compagnie, faisant devant le conseil de l'Université l'éloge de Richard et de Corvisart, plaider chaleureusement la cause du concours. Enfin, en 1822, douze professeurs adressaient à la Faculté une pétition dans laquelle ils demandaient le rétablissement du concours. Ce n'est pas tout : en 1829, après la mort du professeur Desormeaux, trente-sept agrégés de la Faculté de Paris, seuls investis par l'ordonnance royale de 1823 sur l'agrégation, seuls investis du droit à être présentés pour les chaires vacantes, demandèrent le concours pour la chaire vacante et pour celles qui le deviendraient. Ainsi, pendant la durée de quinze années, le système de la double présentation ne rencontra pas un acquiescement complet parmi les professeurs et parmi les intéressés.

Le système, dont il vient d'être fait mention, donne prise à de sérieuses objections. On lui reproche d'éloigner les candidatures, de les restreindre à des cercles étroits où l'on n'entre pas aisément, et hors desquels il n'y a pas de salut; de nommer à des places vacantes, des médecins qui ne sont pas préparés au rôle difficile du professorat, ce qui oblige le professeur nommé à une espèce de noviciat préparatoire de plusieurs années, avant de pouvoir faire son cours avec pleine autorité; ce qui explique ces cours à longue durée, ce qui explique aussi les désertions qui ont lieu pour des chaires plus en harmonie avec leurs goûts ou leurs intérêts.

On reproche encore à ce système de faire juger à huis clos, sans contrôle, par des juges quelquefois très-incompétents, les travaux et les aptitudes professorales des candidats aux diverses chaires vacantes. Ainsi, à l'occasion d'une vacance à une chaire de physique, de chimie, de botanique, d'hygiène, de médecine légale, etc., etc., les titres, les travaux, etc., seront pesés, mesurés, désappréciés, critiqués, rejetés par des juges, à peine initiés à ces divers sujets.

On prétend aussi, à tort ou à raison, que la présentation doublée de la permutation a été une des causes qui ont déterminé une série de dépressions dans le niveau de l'enseignement des Facultés. Enfin, on peut ajouter que dans des circonstances données, le système de la présentation, ainsi que cela a été constaté au commencement de l'Empire, cède trop facilement aux influences extra-scientifiques.

Le système de la double présentation, par les Facultés et par le Conseil Académique, est loin de donner aux candidats et à l'enseignement toutes les garanties désirables.

Les Facultés sont parties intéressées; le Conseil académique est complétement incompétent dans l'espèce, son intervention a un double inconvénient, en acceptant complétement la liste dressée par les Facultés, il lui donne une consécration qui peut induire le Ministre en erreur; d'autre part, il peut céder à des influences extérieures plus ou moins puissantes et porter sur sa liste un candidat qui, par le même procédé, forcera le choix du ministre.

D'ailleurs, quelle autorité, quelle compétence peut avoir le ministre de l'instruction publique, helléniste peut-être de premier ordre, incompétent à pouvoir apprécier les choses de l'enseignement médical? on répondra à cela que le ministre sera éclairé par l'inspecteur général; cela pourrait être vrai, si celui-ci n'était pas, en même temps professeur. Par une étrange anomalie qui a toujours existé, l'inspecteur général conserve le titre et les fonctions de professeur, ce qui diminue forcément la puissance de ses conseils; les fonctions de colonel et de général ne se cumulent point.

Considéré dans son ensemble et dans les détails, le système de la double présentation, surtout tel qu'il se pratique, n'offre pas toutes les garanties désirables. Est-ce à dire pour cela que ce système a toujours donné de mauvais choix? Assurément non. A côté de choix médiocres, donnés par ce système, nous pouvons placer le nom de professeurs de premier ordre : Orfila, Marjolin, Roux, Béclard, Laennec, Andral, Chomel, Cruveilhier, Moquin-Tandon, Grisolle, ont été nommés par présentation.

En regard du système dont nous venons de parler et en opposition à celui-ci, on trouve le concours. Ce mode de nomination a fonctionné un très-grand nombre de fois, pendant près de vingt-deux années; aussi est-il possible de l'apprécier à sa valeur. On a opposé au système de concours certaines objections, mais il faut convenir que quelques-unes lui sont communes avec le mode de présentation; d'autres peuvent être atténuées, sinon détruites, par des modifications qui devront être apportées au mécanisme du concours.

Le concours est une institution d'origine impériale : inauguré par le premier empire, il a été, suivant l'expression énergique de l'un des professeurs actuels des plus distingués de la Faculté de Paris, décapité par le deuxième empire. Etabli par le décret du 17 mars 1808, réglementé par un statut universitaire du 31 octobre 1809; il fonctionna pour la première fois à Paris en 1811 et plus tard à Montpellier; supprimé en 1815, il fut de nouveau remis en honneur par une ordonnance royale du mois d'octobre 1830, pour être supprimé une seconde fois à l'avénement du second empire.

Les avantages qui découlent de ce système de nominations paraissent de beaucoup supérieurs au premier. Ce mode de nomination a le grand avantage d'agrandir le champ des

candidatures, il abaisse les barrières devant tout homme de savoir et de science qui désire s'y présenter. Il permet de disputer, devant témoins, une place à laquelle on croit devoir aspirer; il force tous ceux qui aspirent à l'honneur de s'y présenter, il les force, dis-je, à se tenir au courant du mouvement scientifique, à s'y préparer par des travaux sérieux et souvent par un enseignement préparatoire, à se tenir prêts à paraître avec avantage devant ses juges et devant le public. Il donne aux élèves l'exemple, en leur montrant que c'est dans la voie du travail qu'ils doivent s'engager s'ils veulent atteindre des positions supérieures. Le concours, dit-on, éloigne les grandes réputations: MM. Dumas, Rostan, J. Cloquet, etc., n'ont pas eu la crainte de s'y engager. Le concours effraye, il est vrai, les renommées usurpées. Les hommes de travail et d'intelligence n'ont jamais hésité à s'y engager; beaucoup même ont pu dater l'origine de leur réputation de l'époque d'un brillant concours. Est-ce à dire pour cela que ces résultats seront toujours supérieurs? non, sans doute; mais si quelques médiocres professeurs ont été nommés par ce procédé, la très-grande majorité compte des choix de premier ordre. Pour ne citer que les morts, je rappellerai les noms de Desormeaux et Dupuytren (1811 et 1812), Rostan, les deux Bérard, Achille Richard, Paul Dubois, Velpeau, Sanson, Gerdy, Blandin, Malgaigne, Denonvilliers, Trousseau et Nélaton pour la faculté de Paris; Delpech, Lauth, Goupil, Forget pour celles de Montpellier et Strasbourg.

Si l'on examine en masse et en détail les avantages du concours, si on tient compte de l'influence qu'il peut avoir sur la marche et le développement des études médicales, le concours présente des avantages incontestables; mais, afin qu'il donne tous les résultats qu'on doit désirer, il est indispensable que le mécanisme soit modifié. Tous ceux qui ont vu le concours de *très-près* n'hésiteront pas à dire que les modifications dont l'expérience a montré la nécessité sont: 1° le nombre et la nature des épreuves; 2° la composition du jury. On serait peut-être taxé de dire une vérité de M. de la Palisse, en disant que surtout et avant tout le jury doit être compétent: Je m'explique; pour une chaire d'anatomie, le jury doit être composé d'anatomistes, et non, comme cela avait lieu, de juges pris dans toutes les catégories de l'enseignement médical. Il faut que les candidats sachent qu'ils ont à paraître devant des hommes initiés à toutes les parties qui regardent la branche scientifique dont la chaire est mise au concours. Il faut qu'ils sachent qu'ils parlent devant des juges qui savent distinguer et reconnaître cette science de contrebande, cette érudition de seconde main, dont quelques candidats savent si bien faire usage.

Maintenant, si on balance les deux systèmes, si on les juge par les résultats, si l'on compare l'influence de l'un et de l'autre sur le progrès de l'art et de la science de la médecine, on n'hésitera pas à rétablir le concours. D'ailleurs, le concours est une arme, un instrument de progrès, et, par ce seul fait, devrait être adopté pour les nominations des professeurs des facultés de médecine (1).

J. GIRALDÈS,
Membre de l'Académie de médecine.

(1) Bien que nous ne partagions pas d'une façon absolue les opinions émises par notre vénéré et savant maître M. Giraldès, dans l'article qui précède, nous l'avons inséré avec empressement, désireux que nous sommes d'éclairer nos lecteurs sur l'une des questions d'enseignement aujourd'hui les plus discutées.

Duchenne (de Boulogne).

La science médicale a perdu un de ses membres les plus éminents dans la personne de *Duchenne de Boulogne*. Il n'est pas sans intérêt de rappeler brièvement les traits principaux de la vie de ce médecin, arrivé à une réputation universelle par une voie que délaissent habituellement dans notre pays ceux qui recherchent la célébrité.

Duchenne, en effet, ne faisait pas partie de la faculté. Il n'était pas médecin des hôpitaux et n'était non plus d'aucune académie, de sorte que c'est bien à son individualité, ainsi isolée, qu'il dût de conquérir une haute situation depuis plus longtemps reconnue à l'étranger qu'en France. Car ce n'est pas sans rencontrer de résistance que cet éminent clinicien arriva à se voir entouré, comme dans ses dernières années, de l'estime et du respect de tous. Au début de sa carrière scientifique, beaucoup méconnurent en lui le travailleur, le chercheur original, l'observateur incomparable et le clinicien vrai, pour ne voir qu'un spécialiste vulgaire; nous ne voulons rien dire de plus..... Le temps devait juger ces attaques, et l'amour que Duchenne manifesta pour la science jusqu'à la veille de sa mort est une dernière réponse à des erreurs déjà oubliées. Mais nous avons cru devoir rappeler ce souvenir parce qu'à nos yeux cette lutte que Duchenne dut soutenir contre l'opinion rend son mérite plus incontestable.

Il est juste cependant de dire aussi que, dès le début de ses travaux, Duchenne eut la bonne fortune d'obtenir l'appui de Trousseau qui, lui prêtant la puissance et l'autorité de sa parole, servit ainsi à vulgariser ses belles recherches cliniques sur l'ataxie locomotrice progressive. Ce fut alors un grand honneur pour Duchenne. Aujourd'hui on peut rappeler le fait à la gloire de Trousseau. Enfin, dans ces dix dernières années, l'enseignement de M. Charcot, où le nom de Duchenne revenait si souvent avec éloge, donna le dernier coup aux indécisions de ceux qui méconnaissaient encore ses qualités cliniques exceptionnelles.

Jusque vers l'âge de 40 ans, Duchenne exerça la médecine en province, à Boulogne-sur-Mer, et il ne s'était fait connaître par aucun travail important quand il vint se fixer à Paris, en 1845.

Dès l'année 1847, il publia ses recherches sur l'*Electrisation localisée*, qu'il éleva à la hauteur d'une méthode thérapeutique. A partir de ce moment, Duchenne concentra ses études sur la pathologie nerveuse, alors si obscure.

Observateur exact, minutieux, doué d'une patience et d'une ténacité extraordinaires, il ne pouvait manquer de rencontrer, dans l'examen prolongé du malade, des faits qui jusqu'alors avaient passé inaperçus.

Ses travaux se divisent naturellement en deux classes: ceux qui ont trait à l'anatomie et à la physiologie des muscles et ceux qui se rapportent directement aux affections du système nerveux.

Par leur exactitude, leur précision et leur ingéniosité, ses études sur l'anatomie et la physiologie du système musculaire révèlent toutes ses qualités et, en particulier, un esprit analytique et pratique qui se retrouve dans toutes ses publications. Nous mentionnerons spécialement ses recherches sur les muscles de la main, celles sur les muscles qui meuvent le pied sur la jambe, et enfin celles sur le

mécanisme de la physionomie humaine. Du reste, pour cette étude, Duchenne n'eut qu'à utiliser sa première découverte, c'est-à-dire à localiser dans un muscle, dans un groupe musculaire ou dans un nerf l'excitation faradique. Par cette méthode, il arriva à reléguer au second plan ces descriptions topographiques qui feraient croire que le véritable usage du muscle est de servir au chirurgien de point de repère. Dans l'étude qu'il en fait, il s'attache, pardessus tout, à en déterminer l'action; il fait contracter le muscle isolément et observe le mouvement produit : c'est la méthode expérimentale aussi simplifiée que possible et appliquée directement à l'homme. Ces recherches ne conduisirent pas seulement Duchenne à la publication si intéressante du jeu de la physionomie, mais elles lui firent saisir le rôle joué par les muscles dans les déformations et lui indiquèrent ainsi les moyens à employer pour y remédier. Les nombreux et ingénieux appareils d'orthopédie qu'il imaginait journellement et les heureux résultats qu'il en obtenait, nous montrent l'utilité de cette étude trop négligée de la fonction des muscles.

Nous avons déjà mentionné les travaux originaux de Duchenne sur l'ataxie locomotrice progressive, dont il est l'un des inventeurs et que l'on pourrait appeler, comme l'a proposé Trousseau, la *Maladie de Duchenne*. Cette découverte a donné lieu à de nombreuses controverses qu'il serait possible de renouveler constamment en pathologie. Dans le cas actuel, il est bien certain que depuis longtemps on observait des ataxiques; il est également incontestable que l'irrégularité de leur marche avait frappé plus d'un observateur; mais cela n'empêcha pas la maladie de rester presque méconnue, jusqu'au jour où Duchenne montra que, dans cette affection, la paralysie n'était qu'apparente et que chez des sujets qui ne pouvaient marcher, les muscles des membres inférieurs avaient conservé une force souvent considérable. C'est là un fait dominant dans l'ataxie et celui qu'a découvert Duchenne.

Nous ne ferons que signaler ses travaux sur l'atrophie musculaire progressive et sur la paralysie spinale aiguë de l'enfance. Nous mentionnerons plus spécialement ses Recherches sur la *Paralysie pseudo-hypertrophique* qu'il a fait passer dans le cadre nosologique.

En dernier lieu, nous parlerons de la *Paralysie labio-glosso-laryngée* dont la découverte, cette fois, n'est contestée par personne, et qui, à elle seule, suffirait pour justifier la louange que nous avons faite de Duchenne comme clinicien. Il s'agit ici d'une maladie assez fréquente, dont les débuts lents n'éveillent que fort peu de défiance, et qui arrive ensuite à un ensemble symptomatique tellement net que c'est alors l'une des maladies qui se reconnait le plus facilement. Cependant elle avait, jusqu'alors, échappé à toute description d'ensemble, mais elle ne put échapper à l'observation patiente de Duchenne. Toutes ses descriptions pathologiques ont un caractère pratique prédominant : les symptômes les plus importants au lit du malade s'y trouvent dépeints jusque dans leurs moindres détails, avec un soin et une vérité qui justifient peut-être la dénomination de Meissonnier des Cliniciens, qui lui a été donnée par un savant distingué, le professeur Benedikt, de Vienne (1).

(1) *Nervenpathologie und Elektrotherapie* — 1874 — 2e édition. page XIII.

Il serait facile, mais il serait également superflu d'insister davantage sur la grandeur des résultats auxquels est arrivé cet homme, si persévérant dans le travail, et l'on ne peut s'empêcher de regretter que Duchenne n'ait pas eu, dans un hôpital, un service spécial de maladies nerveuses : peut-être le nombre de ses découvertes serait-il encore plus grand ?

Quoi qu'il en soit, Duchenne était arrivé à une situation médicale exceptionnelle, et dans cette partie de la pathologie à laquelle il s'était consacré, son autorité était reconnue par tous et c'était l'un de ceux auxquels on recourait le plus souvent lorsqu'on voulait élucider un point difficile de la clinique des affections nerveuses. Aussi la mort de Duchenne (de Boulogne) a-t-elle été vivement sentie par tous ceux qui s'intéressent à la science médicale et à la gloire de notre pays; car à l'époque où nous vivons, ce n'est pas un honneur peu enviable que d'avoir un nom qui honore la France à l'étranger. A. JOFFROY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

Après le dépouillement de la correspondance et les présentations de livres ou mémoires, M. DEVERGIE dépose sur le bureau la statistique officielle des opérations pratiquées de 1863 à 1870 à l'hôpital Fernambouc (Brésil), par M. Sarmento, chirurgien en chef.

« Les succès obtenus sont tels, dit M. Devergie, que tout en faisant une large part au talent chirurgical et médical de ce jeune chirurgien, il faut aussi invoquer les conditions hygiéniques favorables dans lesquelles il a placé ses opérés.

Le climat de Fernambouc a permis de laisser complétement ouvertes, et le plus souvent jour et nuit, les salles des malades, de sorte que les opérés ont pour ainsi dire vécu en plein air. Aussi les cas de pourriture d'hôpital ont-ils été extrêmement rares.

Sur 177 opérés, on ne compte que 14 décès, et cependant les plus grandes opérations chirurgicales ont été faites : Ainsi on compte 28 amputations des membres, 13 ligatures des artères les plus importantes, 22 ablations des testicules dans les cas d'éléphantiasis, 16 opérations de la pierre par la taille. 24 opérations de cataractes ou autres maladies des yeux, enfin 74 opérations diverses. Chaque malade, dans les dix tableaux de statistique, a ses notes et ses observations générales accompagnant chacun des tableaux.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. SÉGALAS.

Discussion sur les troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire. — M. LEGOUEST discute surtout les idées de M. Giraud Teulon au point de vue administratif. Il pense que, en raison des divergences d'opinions qui se sont produites en ce qui concerne les anomalies de la vision, M. le ministre fera très-bien de s'en tenir aux avis de son conseil médical ordinaire. Relativement à l'adjonction d'experts spéciaux aux médecins militaires, assistant les conseils de révision, M. Legouest estime qu'elle n'a aucune raison d'être puisque, comme parait le reconnaître M. Giraud-Teulon, les médecins militaires sont généralement plus familiers avec l'exploration ophthalmoscopique que la généralité des médecins civils. Enfin, appréciant la modification du conseil de révision proposée par M. Giraud-Teulon, M. Legouest la repousse énergiquement. Le médecin, dans ces conseils, exerce les fonctions d'*expert* et par conséquent il ne doit pas être en même temps *juge*. En terminant, M. Legouest déclare qu'il ne pense pas que l'Académie ait le droit d'examiner ou de voter des propositions touchant les lois ou les règlements établis, sans avoir été consultée par le gouvernement. — Quelques observations sont ensuite échangées entre MM. PERRIN,

Jules Guérin et le Président. En l'absence de M. Giraud-Teulon, la discussion est renvoyée à la séance prochaine. — A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hirtz sur les candidats au titre de membre correspondant.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juin. — Présidence de M. Charcot.

12. Ramollissement de la protubérance; Thrombose du tronc basilaire; par M. Darolles, interne des hôpitaux.

La nommée X..., âgée de 36 ans, est entrée le 4 mars 1875 à l'Hôpital temporaire, salle Saint-François, n° 31 (service de M. Damaschino.)

Les renseignements assez vagues qu'il nous a été permis de recueillir nous permettent de supposer que, jusqu'à ces derniers temps, la malade avait joui d'une santé parfaite. Le début de l'affection pour laquelle elle est entrée à l'hôpital remonte à huit jours environ. A cette époque, nous dit-elle, elle fut prise d'une violente céphalalgie occipitale, assez intense pour lui interdire son travail et la priver de tout repos.

Il y a deux jours, c'est-à-dire le 2 *mars*, elle fut subitement frappée d'une perte incomplète de connaissance, d'un quart d'heure de durée environ, a la suite de laquelle elle s'aperçut qu'elle était paralysée de tout le côté droit du corps, et qu'elle éprouvait une gêne marquée dans l'articulation des sons. A partir de cet instant, nous dit-elle, la céphalalgie du début disparut.

Le 4 *mars*, nous constatons l'état suivant : le côté droit est frappé d'une paralysie complète; les membres correspondants soulevés au-dessus du plan du lit retombent lourdement. Le membre inférieur est frappé au même degré que le supérieur.

La moitié droite de la face à l'exception de l'orbiculaire, est paralysée. La commissure gauche est attirée en haut et en dehors, la joue droite est flasque et soulevée à chaque mouvement brusque d'expiration qu'exerce la malade. Le parallélisme des deux axes oculaires est conservé, les pupilles sont également dilatées et se contractent sous l'influence de la lumière. La langue est péniblement projetée en avant et ne peut être portée au-delà du bord libre de la lèvre inférieure. La malade ne peut lui imprimer ni mouvement de latéralité ni mouvement d'élévation ou d'abaissement. Aussi la parole est-elle profondément entravée. L'émission des sons est pénible et leur articulation imparfaite, quoique l'intelligence soit intégralement respectée.

La sensibilité cutanée est conservée dans tous ses modes et sur toute l'étendue du tégument externe. Il en est de même de la sensibilité des muqueuses et en particulier de celle du pharynx, dont les mouvements réflexes s'exécutent normalement. — Les organes des sens sont intacts.

Aucun symptôme morbide à noter dans les appareils circulatoire et respiratoire.— Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine — Pas d'incontinence d'urines ou de matières fécales.

5 *mars*. Nous trouvons la malade dans le décubitus dorsal et les quatre membres dans la résolution complète. Il n'existe ni déviation conjuguée des yeux ni rotation de la tête. La malade est maintenant dans l'impuissance la plus absolue d'articuler le moindre son. Ce n'est que par les mouvements qu'elle imprime aux globes oculaires qu'elle tâche de répondre aux questions qu'on lui adresse, et d'accuser les sensations qu'elle ressent. Grâce à cette mimique imparfaite, elle a pu nous faire comprendre qu'il n'était pas survenu de perte de connaissance pendant la nuit, que la sensibilité cutanée était conservée, et que la céphalalgie n'avait pas reparu. Elle ne peut faire exécuter le moindre mouvement à sa langue, qui reste désormais comme fixée dans la cavité buccale en arrière des incisives. Ce n'est que difficilement qu'elle abaisse la mâchoire inférieure, dont les muscles élévateurs présentent un léger degré de rigidité et font une très-faible saillie au-dessous de la peau.

Quant à la paralysie faciale, elle est maintenant bilatérale, les commissures labiales sont sur une même ligne horizontale; des deux côtes, les rides sont effacées et les joues inertes flottent à chaque expiration. Cependant les sourciliers et les muscles frontaux n'ont pas entièrement perdu leur contractilité volontaire, ce dont on s'aperçoit par les froncements que la malade peut encore exécuter. Les orbiculaires des paupières ne sont point paralysés. Les pupilles sont égales et se contractent bien à la lumière. —Pas d'incontinence. —Le pouls est petit, fréquent, régulier. T. 38°,2. Sueurs profuses.

Traitement : Ecoulement continu de sang par l'application de trente sangsues, successivement placées aux régions mastoïdiennes.

Soir. La malade est toujours dans le décubitus dorsal, la tête dans la rectitude, et les yeux parfaitement mobiles dans les orbites. La respiration est bruyante, fréquente, superficielle. La mâchoire inférieure est fortement appliquée contre le maxillaire supérieur dont il est presqu'impossible de la séparer. Les muscles masséters vigoureusement tendus font saillie sous la peau. Par les deux commissures labiales, s'écoule constamment une écume blanchâtre. La déglutition des liquides est impossible; une cuillerée d'eau déversée dans le vestibule de la bouche provoque aussitôt un effort violent de toux et retombe le long des commissures.

La paralysie faciale semble plus prononcée à gauche qu'à droite. De ce côté, en effet, la joue paraît plus flottante à chaque mouvement d'expiration.

Du côté des membres, on observe des phénomènes variés : l'avant-bras gauche est fortement étendu sur le bras, et les tentatives exercées pour fléchir le segment inférieur provoquent des signes évidents de douleur. La contracture est uniquement limitée au triceps brachial, car les doigts et les poignets n'offrent aucune résistance, lorsqu'on tâche de les fléchir ou de les étendre.

Pas de contracture dans le membre supérieur droit; le membre inférieur du même côté se trouve dans l'extension forcée; il se laisse soulever tout d'une pièce. Le membre inférieur gauche ne présente pas de contracture.

Outre ce trismus, et cette contracture croisée des membres, la malade présente de temps à autre de véritables convulsions cloniques pendant lesquelles la tête est fortement étendue sur le tronc, les quatre membres dans l'extension forcée sont brusquement ramenés vers la ligne médiane, les membres supérieurs étant appliqués contre le tronc, les membres inférieurs pressés vigoureusement l'un contre l'autre.

Ces convulsions de courte durée apparaissent à des intervalles assez rapprochés, toutes les cinq minutes environ. Notons que, dans les intervalles de repos, le trismus et la contracture croisée des membres, que nous avons plus haut signalés, persistent avec les mêmes caractères. La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite. Le sentiment, la sensibilité cutanée, ainsi que les mouvements réflexes des membres, sont conservés. Sueurs profuses; pouls fréquent, petit, régulier. Le thermomètre marque 37°,5.

6 *mars*. Les contractures partielles qui existaient la veille ont maintenant disparu. Les quatre membres sont dans la résolution complète. La respiration est stertoreuse; pas de perte de la connaissance, sueurs profuses, pouls petit, régulier. T. 38°,2. A chaque expiration, le ventre se rétracte fortement, et le diaphragme semble aspiré par le thorax, les côtes inférieures sont immobiles.

Le malade succombe à 1 h. de l'après-midi.

Autopsie faite le 8 *mars*, à 8 heures du matin, 40 heures après la mort.

Cerveau. Dans la grande cavité arachnoïdienne, existe une mince nappe de sang noirâtre recouvrant une grande partie de l'hémisphère gauche. Cet épauchement paraît être le résultat de la rupture d'une veine de la pie-mère située tout à côté du sillon longitudinal supérieur. En regard à peu près de la partie moyenne de ce sillon, se trouve, en effet, une veine présentant une déchirure, obturée par un caillot noirâtre, et qui livre passage à du sang lorsqu'on vient à presser sur les parties voisines du cerveau. Les veines de la pie-mère sont turgescentes et remplies de sang noirâtre. Pas d'épanchement sous arachnoïdien.

La surface interne de la dure-mère n'offre pas le moindre indice d'inflammation.

Les artères de la base ne portent pas le moindre signe extérieur de dégénérescence athéromateuse. L'artère basilaire à sa partie moyenne contient dans son intérieur un nodule dur qui paraît complétement obstruer la lumière de l'artère. Nous revieudrons plus bas sur ce point.

Toute la substance blanche des hémisphères est parsemée d'un sablé très-abondaut qui laisse à la coupe échapper de nombreuses gouttelettes sanguines.

Il n'existe ni épanchement ventriculaire, ni noyau hémorrhagique soit dans la substance grise, soit dans les noyaux gris de l'encéphale.

Cervelet. Piqueté sanguin, pas d'hémorrhagie ni de ramollissement.

Protubérance et bulbe. — Artère basilaire. Une injection poussée par le bout inférieur de l'artère basilairc ne peut franchir l'obstacle que nous avous signalé à la partie moyenne de ce vaisseau. Une incision longitudinale de l'artère met à jour une concrétion grisâtre de forme ovoïde de la grosseur d'un pépin de raisiu. Ce corps obturant, de consistauce assez ferme, est situé à la partie moyenne de l'artère et adhère certainement par la périphérie à la tunique interne du vaisseau. Soit à ce niveau, soit dans les autres points de leur étendue, les tuniques artérielles paraissent absolument saines à l'œil nu.

Des coupes pratiquées sur la protubérance permettent de constater qu'une portion de cet organe est ramollie, et de circonscrire exactement la lésion. Ce foyer de ramollissement, de la grosseur d'uue noisette de moyen volume, occupe la moitié laterale droite de la protubérauce et ne dépasse en aucun point la ligne médiane. Il est limité à la moitié supérieure de la portion latérale droite de l'isthme et s'arrête en haut et en avant au point d'émergence du pédoncule cérébral, cn dchors de la naissance du pédoncule cérébelleux moyen. La cavité est remplie d'une pulpe blanchâtre se rapprochant de la couleur du lait, et se laissant facilement désagréger sous l'effort d'un mince filet d'eau. Tant cu haut qu'en bas, il est circouscrit par une couche dc substance cérébrale absolument saine. Les autres partics de la protubérauce, de même que le bulbe, ne présentent pas dc lésion.

La *base du crâne*, et en particulicr la gouttière basilairc, n'est le siége d'aucune tumeur ayant pu amener la compression de l'artère basilaire.

Pas dc lésion de la *moelle*.

Le *cœur* est complétement sain, et ne renferme dans ses cavités aucune concrétion ayant pu amener un transport embolique. Il en est de même de l'aorte et des gros vaisseaux qu'elle fournit, qui ne présentent pas la moindre trace d'athérome.

Le *poumon gauche* est le siége d'une injection très-marquée surtout à la base. Quelques taches ecchymotiques sous la plèvre. Injection du rein gauche. Les autres organes n'offrent aucune particularité à signaler.

16. Cirrhose hypertrophique; par M. DECAUDIN. (V. page 624).

M. J. RENAUT. Cette malade présentait des phénomènes nerveux assez singuliers : elle avait un affaiblissement de l'iutelligence très-notablc; la motilité était aussi diminuée, et de plus elle était gâteuse; et pourtant l'examen le plus minutieux n'a fait constater aucune lésion du système nervenx central. Je me demande s'il n'y aurait par un certain rapport entre cet état cérébral et la lésion du foie.

M. HAYEM. *A priori*, et avant l'examen histologique, je ne crois pas que le nom de cirrhose hypertrophique soit applicable ici : dans les cas de cirrhose hypertrophique que j'ai étudiés, j'ai toujours constaté très-nettement les deux caractères suivants : en premier lieu un état lisse du foie, à la surface et sur des coupes, et d'un autre côté, à l'examen histologique, une conservation absolue des cellules hépatiques. Ici je croirais plutôt qu'il s'agit d'une congestion chronique du foie avec dégéuérescence graisseuse, d'autant plus que la maladc était alcoolique. C'est aussi à l'alcoolisme que me paraissent devoir être rapportés les troubles nerveux observés pendant la vie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 octobre 1875. — PRÉSIDENCE DE M. Léon LEFORT.

M. Lefort présente, au nom de M. Surmay, (de Ham), des pièces anatomiques trouvées sur le cadavre d'un homme de 70 à 75 ans. Chez ce vieillard, ni l'une ni l'autre apophyse acromiale n'était soudée à l'épine de l'omoplate.

A propos d'un rapport de M. Tillaux, sur deux cas d'ostéo-sarcome articulaire et péri-articulaire, M. Trélat prend la parole pour indiquer deux signes qui ont lui ont permis, dans deux cas différents, de porter rapidement le diagnostic d'ostéo-sarcome péri-articulaire; ces deux signes sont les suivants;

1° Intégrité de l'articulation; on ne sent rien dans l'interstice articulaire, et les mouvements se font saus douleur et sans craquements;

2° Ecartement des deux os qui composent le squelette du membre : il faut remarquer, en effet, que l'ostéo-sarcome a son siége de prédilection dans les membres, dont le squelette comprend deux os, et que le développement croissant de l'ostéo-sarcome amène l'écartement, le diastasis des os du membre. Quand on a pris un ostéo-sarcome articulaire ou péri-articulaire pour une tumeur blanche, on peut être ramené au diagnostic véritable par la remarque suivante: c'est que la douleur ne fait que s'exagérer par l'application d'un appareil ouaté compressif, sur la prétendue tumeur blanche (Tillaux, Trélat). MM. Lefort et Guyon ont tous deux observé la récidive de l'ostéo-sarcome dans le moignon d'amputations pratiquées pour des cas d'ostéo-sarcome.

— M. Abbadie communique à la Société un cas d'*atrophie des nerfs optiques*, qu'il croit déterminée par un mal de Pott, siégeant au niveau de la septième cervicale et par conséquent dans le voisinage du centre cilio-spinal; le malade était un jeune homme de 17 aus. M. Abbadie compare cette atrophie à celle qui a été observée chez les ataxiques.

— M. Després présente à la Société une énorme tumeur du testicule (3 kilogr.) qu'il a enlevée récemment et qui offre, à l'œil nu, les caractères de la maladie kystique du testiculc. Cette tumeur, dit M. Després, présente des caractères cliniques analogues à ceux de la tumeur adénoïde du seiu; lenteur de l'évolution, conservatiou de la santé générale; les caractères microscopiques sont aussi les mêmes que ceux de la tumeur adénoïde du sein; aussi M. Després appelle-t-il cette tumeur, *tumeur adénoïde du testicule ou maladie kystique bénigne du testicule*. Après l'amputation de ce testicule, M. Després n'a pas lié le cordon en masse, mais les vaisseaux du cordon l'un après l'autre; il considère comme mauvaise, la ligature en masse du cordon.

MM. Trélat et Terrier regrettent la dénominatiou de tumeur adénoïde du testicule, proposée par M. Després.

MM. Lefort et Guyou ont toujours pratiqué la ligature en masse du cordon et n'ont jamais eu aucun accident.

— M. Guyon présente à ses collègues un malade et désire avoir leur avis sur le diagnostic et l'opportunité d'une opération dans ce cas; il s'agit d'une tumeur de l'angle interne et supérieur de l'orbite, dont le début remonte à trois ans; cette tumeur est dure, de consistance inégale et bosselée. Les avis sont partagés; M. Perrin pense à un sarcome avec prédominance des éléments fibreux et ne conseille pas l'extirpation de cette tumeur à cause des accidents cérébraux qui enlèvent souvcnt les malades à la suite de l'opération.

M. Després hésite entre une exostose ou un enchondromc; il pense qu'il faut eulever cette tumeur le plus tôt possible.

M. Panas, consulté par M. Guyon, a conseillé l'acupuncture pour déterminer la consistance de la tumeur, sa nature probable et donner une idée de la profondeur de son implantation. M. Guyon penche vers le diagnostic d'enchondrome; mais il hésite entre uue opération qui peut hâter la fiu du malade ou une abstention, qui favorisera lcs progrès de la tumeur. E. G.

INTERNAT DES HOPITAUX DE LYON. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Roux, Sabatier, Bard, D[illegible]houdan, Boisson, Chaboux, Augagneur, Paugon, Oltramare, Cabal, Chatillon, Moridan, Calignon et Reboul. MM. Cartier et Milsom ont été désignés pour remplir les fonctions d'internes dans les hôpitaux de Saint-Etienne, pendant l'année 1876. MM. Bonnet. Robin et Ratier sont nommés internes provisoires à Lyon. M. Roux, nommé le premier, a reçu des mains de M. le Président, la trousse constituant le prix de la fondation A. Bonnet (*Lyon médical*).

NÉCROLOGIE

Mort et obsèques de M. le professeur Lorain.

M. le professeur LORAIN est mort dimanche dernier et ses obsèques ont eu lieu mardi. Nous ne saurions dire la stupéfaction et la douleur de ses élèves et de ses amis à la nouvelle d'un malheur si inattendu. Jeune encore, M. Lorain semblait devoir être conservé longtemps à sa famille, à la Faculté et aux hôpitaux. Beaucoup d'entre nous, l'ont vu, il y a peu de jours, plein de vie et de gaieté. Dimanche encore, il faisait son service à l'hôpital, et pendant la première partie de cette triste journée, rien ne pouvait nous faire prévoir le malheur qui nous menaçait. Vers trois heures, une pauvre femme vint trouver Lorain le suppliant de venir voir son enfant. Bon et compatissant, touché des prières de cette femme, il se rendit chez elle, faubourg Saint-Antoine. Pendant qu'il examinait l'enfant, il se sentit pris d'une sorte de vertige et fut obligé de s'asseoir. Enfin, à peine avait-il demandé aux personnes chez lesquelles il se trouvait d'aller chercher sa femme, qu'il tomba sans connaissance. Madame Lorain prévenue, accourut en toute hâte et arriva pour voir son mari mourant, couché sur un grabat. On transporta notre malheureux maître à son domicile où se trouvait réunie sa famille qu'il avait le même jour personnellement invitée à dîner. Le bruit de la mort de Lorain se répandit bientôt et à la tristesse de tous ceux qui apprenaient cette déplorable nouvelle, on put reconnaître combien il était universellement aimé.

Ses funérailles ont été faites, ainsi qu'il l'avait maintes fois recommandé, avec la plus grande simplicité ; elles ont été accomplies au milieu d'un grand concours de collègues, d'élèves, d'amis, venus donner à notre cher Lorain ce dernier témoignage de leur affection. Voici dans quels termes, sur sa tombe, M. le professeur Vulpian, au nom de la Faculté, a rappelé les brillantes qualités de celui qu'elle venait de perdre.

Messieurs,

Nous voici réunis pour rendre les derniers devoirs à l'un des plus jeunes parmi nos collègues, à notre ami le professeur Lorain, qu'une mort inopinée vient de foudroyer à l'âge de quarante-huit ans.

Quel terrible événement ! quelle séparation cruelle pour les siens et pour ses amis ! Quelle perte pour la science, pour les hôpitaux et pour la Faculté de médecine !

Sous le coup d'une profonde émotion, je ne me sens pas la force de retracer d'une façon complète la vie de travail, de luttes et de succès de notre collègue. Et cependant je ne puis me dispenser d'en dire quelque mots, car il y a là un exemple et un encouragement pour la jeunesse de notre école, qui pleure un des maîtres qu'elle aimait le mieux.

Né à Paris en 1827, Paul-Joseph Lorain fit ses premières études médicales à Lyon en 1846. Il aborda les concours à Paris en 1848. Nommé externe cette année-là, puis interne en 1850, il devient médecin des hôpitaux en 1861.

L'année précédente, il avait été nommé agrégé de la Faculté à la suite d'un brillant concours. Et enfin, sur la présentation de la Faculté, il est nommé professeur d'histoire de la médecine en 1872.

Daremberg, cet homme savant qui avait occupé le premier la chaire d'histoire de la médecine n'avait pas eu le temps de fonder l'enseignement qu'il inaugurait à la Faculté. Ce que la maladie n'avait pas permis à Daremberg notre collègue Lorain réussit à le faire, au delà même de nos espérances, grâce à ses remarquables qualités professorales.

L'étendue et la solidité de ses connaissances scientifiques, la facilité et la distinction de son langage, la finesse et les heureuses saillies de son esprit, lui attiraient un grand nombre d'auditeurs. Mais son succès avait une autre raison d'être : Clinicien consommé, possédant à fond toutes les méthodes modernes d'examen des malades, et ayant fait son profit de toutes les applications des sciences physiques, chimiques et physiologiques à la pratique médicale, il pouvait, mieux que personne, établir une comparaison instructive entre la médecine contemporaine et celle des temps passés. Connaissant les principales langues étrangères, il pouvait faire assister ses auditeurs au mouvement scientifique si considérable qui se produit dans toutes les régions du monde savant. Il indiquait ainsi le point où s'étaient arrêtées, sur telle ou telle question, les recherches les plus récentes, et il montrait les voies à suivre pour faire de nouvelles conquêtes scientifiques. Il inspirait le goût et le désir du travail, et c'est là ce qui était un des attraits principaux de son enseignement.

Esprit actif, chercheur et original, doué d'une vive imagination qu'il semblait refréner sans cesse, il a toujours, soit dans ses propres travaux, soit dans ceux dont il donnait l'idée à ses élèves, prôné l'importance extrême des moyens exacts d'investigation, et il est un des médecins qui ont le plus contribué à introduire dans les recherches cliniques, l'emploi de la balance, de l'analyse chimique, de la thermométrie, de la sphygmographie et de la cardiographie. Ses ouvrages sur le *choléra* (1868) et sur le *pouls* (1870) resteront comme des modeles parmi les productions scientifiques qui fait naître l'introduction des sciences exactes dans la médecine pratique. De même ses recherches *sur la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau né* (thèse inaugurale 1855), sur le *rhumatisme génital*, sur le *féminilisme dans les maladies de poitrine*, etc., donneront à la postérité une haute idée de la pénétration de son esprit et de la perspicacité de son sens clinique. De même encore les éditions qu'il a publiées du *Guide du Médecin praticien de Valleix* fourniront la mesure de sa vaste érudition.

Ce n'est pas seulement à la Faculté de médecine, dans son cours, dans les examens que l'on a pu apprécier le charme de sa parole et la netteté de son jugement. Pendant une dizaine d'années, de 1856 à 1866, M. Lorain a été médecin légiste. Appelé souvent, en cette qualité, à prendre la parole devant les magistrats, habitués à entendre les plus célèbres avocats, il a rempli avec éclat les redoutables fonctions dont il était chargé.

La Faculté perd en lui un des hommes qui l'aimaient le plus sincèrement. Il désirait ardemment voir se réaliser les perfectionnements de tout genre qu'elle réclame depuis si longtemps. Plusieurs des travaux de notre collègue, et ce ne sont pas ceux qui lui ont coûté le moins de peine, ont été consacrés à mettre en lumière les efforts faits par les gouvernements étrangers pour élever aussi haut que possible le niveau des études médicales, et à montrer la nécessité où se trouve la France d'accomplir de sérieuses réformes, si elle veut ne pas rester en arrière. Son patriotisme ardent et éclairé voulait que nous puissions sans crainte entrer en lutte scientifique contre les puissances voisines. Et récemment, lorsque la liberté d'enseignement supérieur a été décrété, M. Lorain était au nombre de ceux qui s'affligeaient le plus de voir se prolonger le *statu quo* dans la Faculté de médecine ; il craignait encore que, même dans notre pays, la concurrence de l'enseignement libre nous trouvât désarmés.

Il était profondément universitaire. Et comment ne l'eût-il pas été ? Fils d'un père qui a laissé les plus honorables souvenirs dans l'Université, et qui, après avoir été professeur de rhétorique à Paris, a été proviseur du lycée Saint-Louis, puis recteur de l'Académie de Lyon ; beau-frère d'un des professeurs du collège Rollin ; beau-frère aussi d'un historien et littérateur éminent qui fut longtemps professeur au lycée Bonaparte et qui est aujourd'hui membre de l'Académie française, il avait appris dans sa famille à révérer cette noble Université de France, et il espérait la voir sortir de toutes les luttes, triomphante et plus forte que jamais.

Hélas ! il n'assistera pas à ce triomphe sur lequel nous comptons aussi. Il ne verra pas se réaliser à la Faculté de médecine toutes les améliorations qu'il avait tant souhaitées.

Notre collègue n'était pas seulement un savant judicieux, un médecin habile, un professeur éloquent, c'était encore un des hommes les meilleurs qui aient existé. Affectueux, dévoué, sûr, esclave du devoir, modeste, ayant en horreur tous les charlatanismes, médicaux et autres, on peut dire que tous ceux qui ont eu des relations avec M. Lorain ont éprouvé pour lui des sentiments d'amitié.

Les élèves ont pu apprécier son inépuisable bienveillance, soit à l'hôpital soit à la Faculté ; il était toujours prêt à aller prodiguer ses soins à ceux d'entre eux que la maladie retenait dans leur chambre. Aussi ces jeunes gens avaient-ils pour lui la plus vive affection. Les malades de son service, à l'Hôpital de la Pitié, le chérissaient.

Que dire de plus ? M. Lorain était le désintéressement même, et son temps, hors de l'hôpital, appartenait encore largement à la médecine gratuite. Il venait soigner l'enfant d'une famille peu aisée, lorsque la mort l'a frappé dans la chambre même où était couché ce petit malade. Il était un peu souffrant au moment où l'on était venu le chercher ; il sentait qu'il n'était pas prudent de sortir ; mais l'idée qu'il y avait là de pauvres gens dont l'enfant était peut-être gravement atteint, et qui avaient compté sur lui, l'emporta sur toutes les considérations personnelles.

Il se rendit donc à l'appel des parents, et son dévouement lui coûta la vie.

Il est impossible de ne pas rappeler que son oncle, le docteur Gillette, il y a plusieurs années, fut pris d'angine diphthéritique en ramenant à Paris, dans une voiture fermée, un enfant affecté de croup, et qu'il fut enlevé par cette maladie. Lorain suivait donc encore ici, pour ainsi dire, une tradition de famille, et, comme son oncle, il est mort victime de son courageux dévouement.

Adieu, cher collègue et ami, homme savant, homme de bien ! Votre nom ne périra pas !

Nous n'avons rien à ajouter aux paroles qu'on vient de lire. Lorain n'a pas besoin d'éloges, il était si connu, si aimé de tous ceux qui le connaissaient, que personne ne peut se dissimuler combien sa perte est grande. Médecin d'hôpital, il était plein de bienveillance et de dévouement pour ses malades ; professeur, avec quel art ne savait-il pas présenter les sujets les plus arides ? son amphithéâtre était toujours rempli d'élèves avides de l'entendre, charmés par cette parole facile et éloquente, par ces discours simples et délicats qui faisaient de lui l'un des professeurs les plus suivis, les plus attrayants, les plus sympathiques à la jeunesse. Ceux qui avaient le bonheur de vivre dans son intimité, estimaient encore bien

plus l'homme que le médecin et le professeur. Que de fois ne lui avons-nous pas entendu dire : « Le talent n'est qu'accessoire; avant tout, il faut être honnête et bon. » Et, en effet, il était bon, d'un accès facile, sévère pour lui-même, plein d'indulgence pour ses élèves. Nous ne savons, dans quelle mesure, la Faculté et les hôpitaux trouveront un professeur, un médecin pour le remplacer, mais nous, ses amis, nous savons que sa mort a laissé, dans nos cœurs, une tristesse que rien ne pourra dissiper, un vide que rien ne pourra combler,

L'aliéné de Saint-Omer.

Une singulière histoire fait le tour des grands journaux. Un aliéné, menaçant de mort ses parents, s'enferme avec des armes dans sa chambre ; de braves gendarmes parviennent à s'emparer de lui, le conduisent chez le procureur de la République de Saint-Omer qui, *le lendemain*, le fait transférer à l'hôpital Saint-Louis. Il s'en évade aussitôt, se jette dans la rivière ; on le retire et on le place dans une chambre de sûreté. Il parvient à en sortir, grimpe sur un arbre, puis sur un toit d'où il tombe pour gagner ensuite le sommet d'une tour. De là, avec des briques arrachées à une cheminée, il tient à distance ceux qui cherchent à l'atteindre. Des pompiers le couvrent d'eau inutilement. Il passe la nuit dans son refuge et le lendemain la pompe joue encore en vain. On parlemente avec l'aliéné, on lui fait passer des vêtements, puis des aliments contenant un *violent soporifique* qui est vomi ; le tout en présence des autorités militaire, judiciaire, municipale et administrative. Nouvel assaut repoussé à coups de briques ; un prêtre, le sous-préfet et le général essaient de lui faire entendre raison et n'y parviennent point. Alors, un *ordre sévère* est donné ! une fusillade éclate ! et le malheureux, atteint de quatre blessures, reste debout. A la nuit, il entre dans le tuyau de la cheminée et vient tomber au rez-de-chaussée où l'on s'empare de lui.

Depuis plus d'une semaine que l'*Indépendant du Pas-de-Calais* a, le premier, raconté ces faits monstrueux, ils n'ont été officiellement ni démentis, ni rectifiés. Des renseignements plus récents, publiés par le *Temps*, dégagent la responsabilité du général et du maire, absents au moment de la fusillade, mais rendent plus lourde celle du sous-préfet. Ce serait lui qui aurait commandé le feu, d'abord aux soldats puis, sur l'observation qu'il commettait une usurpation de fonctions, aux gendarmes et aux agents de police. Le procureur de la République aurait assisté, impassible, à cette fusillade qui, d'après la *République française*, a duré plus de trois heures. Une enquête est nécessaire. Elle va se faire, dit-on, et devrait être déjà faite. Il faut qu'on sache qui a ordonné ce *violent soporifique* qui devait, s'il avait été un peu moins violent, empoisonner ce malheureux aliéné ; il faut qu'on sache quel est le médecin qui a formulé cette criminelle ordonnance, quel est le pharmacien qui l'a préparée. Il faut qu'on sache qui a donné l'ordre de tirer sur un malade, comme sur un chien enragé, quand on pouvait différer sans danger et chercher d'autres moyens de le réduire. Il se peut que les récits des journaux soient incomplets, erronés, que des circonstances passées sous silence aient imposé et justifient la conduite des autorités de Saint-Omer. Mais si ces circonstances impérieuses font défaut, il y a eu double tentative d'homicide, n'ayant échoué que par des circonstances indépendantes de la volonté des auteurs et complices, et il faut que ce double crime soit puni. Nous faisons appel à la Société médico-psychologique, à la Société protectrice des aliénés ; il leur appartient de veiller à ce que l'enquête se fasse, et se fasse sérieusement ; elles ont le devoir d'en contrôler les résultats, et, le cas échéant, de poursuivre judiciairement la réparation exigée par la conscience publique.

Faculté de Médecine.

La démission de M. Wurtz a placé le Ministre de l'Instruction publique dans un grand embarras. Autant d'offres qu'il faisait, paraît-il, autant de refus. C'est, qu'en effet, la charge est lourde et les circonstances actuelles augmentent les devoirs du nouveau doyen. Aussi, M. Vulpian a-t-il été très-prudent en ne se déclarant prêt à accepter le décanat qu'à la condition d'être désigné par le suffrage de ses collègues. Cette proposition excellente n'a pas été acceptée, tout d'abord, par le Ministre, mais, devant l'inutilité de nouvelles tentatives pour trouver un successeur à M. Wurtz, il a fini par céder, et, jeudi, les professeurs de la Faculté se sont réunis pour nommer une commission chargée d'étudier les modifications qu'il convient d'apporter aux fonctions des assesseurs ; ce travail accompli, les professeurs se réuniront de nouveau et arrêteront alors leur choix. Si nos renseignements sont exacts les assesseurs seraient payés et ils joueraient un peu vis-à-vis du doyen le rôle de ministres responsables.

L'Esprit bureaucratique.

Au moment où la Préfecture de police s'occupe d'assurer aux Parisiens des secours médicaux pendant la nuit, l'Assistance publique refuse, au grand jour, son aide à ses propres médecins. On raconte, en effet, que lorsque le Dr Grancher, voulant ramener chez lui le corps de son ami, le professeur Lorain, alla demander une civière à l'hôpital St-Antoine, il se heurta à un refus formel. Le règlement s'oppose à ce qu'un hôpital prête à un médecin des hôpitaux, une civière destinée à transporter le

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. le professeur BÉHIER.

De la pellagre sporadique.

Leçons recueillies par les docteurs H. LIOUVILLE et I. STRAUS.

PREMIÈRE LEÇON. — 14 juillet 1875.

Messieurs,

Vous n'êtes pas sans connaître mes principes scientifiques; vous savez ma répugnance pour les interprétations hasardeuses, les généralisations hâtives et pour les grandes entités pathologiques, souvent d'autant plus vagues qu'elles paraissent plus larges et promettent de mieux embrasser toutes choses. J'ai sans relâche lutté contre ces tendances plus brillantes que solides, m'imposant cette loi rigoureuse de toujours compter avec les faits et de n'accepter que ce qu'ils démontrent solidement; méthode moins séduisante assurément et moins faite pour flatter les impatiences de certains esprits, mais seule légitime et vraiment utile à l'avancement de la science. Aussi m'estimé-je heureux d'avoir l'occasion de terminer cette année scolaire par l'histoire d'une forme pathologique, curieuse par elle-même, et qui nous permettra du même coup d'affirmer nos principes et de relever une erreur du genre de celles que je viens de vous signaler.

Il s'agit d'une maladie rare, d'une des formes de *la pellagre*, affection dont nous avions cependant déjà observé un spécimen, pareillement à l'Hôtel-Dieu, en 1869, mais que nos hôpitaux généraux ne renferment pas souvent à Paris.

Voici l'histoire du cas actuel:

OBSERVATION. — Robert J., âgé de 30 ans, musicieu ambulant, ué à Charmoille (Doubs), entré à l'Hôtel-Dieu le 10 juillet 1875, salle Sainte-Jeanne, n° 40. Ce malheureux offre le type complet de ce qu'on a appelé la *misère physiologique*. La police l'a ramassé dans uu hangar de la banlieue, incapable de fournir alors un renseignement précis. On l'amèue à l'hôpital, où nous le trouvons dans l'état suivant :

Il est aveugle, et à la place de globes oculaires, ses orbites ne contiennent plus que des moignons informes, deruiers vestiges sans doute d'une ophthalmie purulente double. Il est couvert de vermine et d'une malpropreté repoussante: tout son habitus porte l'empreinte de la faiblesse cachectique la plus avancée. La peau des parties habituellement exposées à l'air offre une teinte bistre et est hâlée par le vent et le soleil ; elle présente en outre certaines lésions anatomiques sur lesquelles uous aurons à revenir.

Les parties recouvertes par les vêtements sont, au contraire, d'une pâleur mate ; l'épiderme est sec, mal nourri, sans élasticité et s'eu va par places en squammes blanchâtres. Œdème des extrémités inférieures, s'arrêtaut au scrotum qui n'est pas infiltré ; pas d'épanchement dans le péritoine. Quant aux extrémités supérieures et au tronc, ils sout d'une maigreur extrême ; la peau est littéralement collée sur les os ; on peut compter les côtes et cet homme, âgé de 30 ans, a les apparences d'un vieillard arrivé au dernier degré de la sénilité. Le visage, profondément émacié, n'offre pas cette expression calme habituelle aux aveugles ; les traits sont tirés et dénotent la souffrance. Les dents et la langue sont recouvertes d'un enduit fuligineux ; il est très-difficile de lui faire avaler quelques gorgées de liquide à l'aide du biberon.

Les selles sont diarrhéiques, fétides, répétées, involontaires ainsi que les urines.

Au moment de son entrée, le malade est trop affaissé pour répondre aux questions qu'on lui adresse. On est donc rédui à l'exploration physique des organes.

Dans la poitrine, on perçoit de gros râles muqueux disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. Le cœur ne paraît pas être malade ; le pouls est régulier (72 pulsations par minute) ; les extrémités frigides, la température axillaire marque 36°,8. Le foie n'est ni augmenté ni diminué de volume; la rate ne paraît pas volumineuse. Bref, malgré cette détérioration générale et profonde de l'économie dans sa totalité, aucun viscère important ne paraît atteint d'une façon spéciale et prépondérante.

Le dos des deux mains, au niveau de la région métacarpienne, est le siége d'un *gonflement érythémateux* ; par places, l'épiderme est absent comme s'il avait été soulevé par des phlyctènes et la couche de Malpighi apparaît rouge, suintante et à vif.

Quand on interroge le malade et qu'on lui demande l'origine de cette éruption, il répond nettement qu'elle lui est survenue à la suite d'uu « *coup de soleil.* »

Sur le dos du pied gauche, en un endroit qui correspondait sans doute à un hiatus de la chaussure, on constate une lésion identique. Cette altération particulière de la peau développée sous l'influence des rayons solaires, la cachexie extrême du malade, la diarrhée dont il est atteint depuis longtemps et la misère qui a présidé au développement de tous ces symptômes nous font porter le diagnostic de *Pellagre*.

Le lendemain, 11 juillet, la diarrhée persiste, incoercible ; le malade, quoique plongé dans uu demi-repos, peut uéanmoins fournir quelques renseignements, très-incomplets, il est vrai, car sou intelligence et sa mémoire sont aussi profondément atteintes que son organisme.

Il raconte qu'il est né dans un village de Franche-Comté et qu'il a perdu la vue dès sa uaissance. Orphelin à l'âge de 4 ans, il a toujours vécu de la charité publique. Il parcourait habituellement les grands chemius, guidé par un enfant, chantant et meudiant le long de la route. Il paraît ainsi avoir traversé une bonue partie de la Frauce, car il uous parle de Besançon, de Marseille et de Lyon comme de villes où il a séjourné. Peudant le siége, il était à Paris, et l'enfant son guide, venant à mourir, il s'occupa pendant un certain temps à tourner une lourde roue à volant daus une usine du faubourg Saiut-Antoine, moyennant 30 sous par jour. Dans ces derniers temps, il n'eut plus la force de coutinuer ce métier pénible et il reprit son aucienne vie de chanteur ambulant ; il stationuait près de la porte de Clignancourt quand il fut atteint de ce « coup de soleil » qui l'amena dans nos salles.

Selon lui, il n'avait jamais été, à proprement parler, malade, mais simplement affaibli par les privations et la mauvaise uourriture; depuis près d'un an, il souffrait de la diarrhée. — Ses uriues, retirées par le cathétérisme, ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le 12, au matin, il fut pris de convulsions durant à peine une demi-minute et qui paraissent avoir été de nature épileptiforme. La température, prise quelques minutes après dans le rectum, marque 37°,6. L'urine ue contient ni sucre ui albumine.

Pendant la journée du 13, il eut encore quelques attaques épileptiformes. Ou remarque une flaccidité presque absolue du membre supérieur gauche. Déglutition difficile. Dents fuligineuses. Température axillaire 36°,6. Même diarrhée incessaute, bilieuse ; œdème des deux membres supérieurs jusqu'au tiers de l'avaut-bras. Le malade répond à peine aux questions et succombe dans la nuit du 13 au 14 juillet.

Le 12 juillet, au soir, son sang, obtenu à l'aide d'uue piqûre, fut examiné au microscope par M. Liouville: ce sang n'offrait aucune particularité caractéristique, il n'y avait pas de vibrions ni de vrais corpuscules animés ; les globules rouges néanmoins étaient mal empilés et abandonnaient facilement leur matière colorante ; les leucocytes n'étaient pas en excès

mais ils offraient une certaine inégalité dans leurs dimensions. En résumé, ni bactériémie, ni leucocythémie, ni même *leucocythose*.

Nous avions donc affaire à un homme se trouvant dans un état de délabrement complet et absolu. Rien de plus simple, au premier abord, que cette faiblesse chez un individu atteint depuis un an d'une diarrhée habituelle, surtout si l'on songe aux misères d'une existence sans asile et sans pain. L'œdème si prononcé des extrémités inférieures se rencontre fréquemment dans les diarrhées invétérées: seulement, dans ces cas, plusieurs auteurs ont noté un certain degré d'albuminurie: elle faisait absolument défaut chez notre sujet qui s'éloigne déjà par ce point du type habituel de la cachexie intestinale.

L'examen du poumon, rendu compliqué, il est vrai, par l'existence d'une bronchite généralisée à gros râles, n'a pas révélé la présence d'excavations. Il était donc probable, mais seulement probable, que nous n'avons pas affaire à des manifestations tuberculeuses portant à la fois sur le poumon et sur l'intestin. L'idée d'une péritonite chronique devait être absolument écartée, vu l'absence, à quelque époque que ce soit, de douleur, de coliques, de ballonnement du ventre et de vomissements.

Outre la détérioration générale et la diarrhée rebelle, un troisième trait, important à noter, est l'affaissement intellectuel dans lequel était plongé notre malade. Dans d'autres cas de ce genre, on a signalé la démence, la lypémanie, le délire; ici le désordre cérébral, moins saisissant dans sa forme, n'en est pas moins profond et s'accuse par un abaissement passif du fonctionnement intellectuel.

Viennent enfin, pour compléter le tableau, les lésions cutanées. Sur le dos de la main gauche, l'épiderme est simplement parcheminé et offre une coloration rouge sombre; mais sur la main droite, l'altération présentait la modification classique: l'épiderme s'était enlevé par squames et laissait à nu la couche de Malpighi qui apparaissait avec un ton rouge sombre, presque noirâtre.

L'existence de cette éruption constitue un fait capital au point de vue du diagnostic. En la rapprochant des symptômes intestinaux, intellectuels et cachectiques que présentait notre malade, on se trouve en présence d'un syndrome spécial, d'une forme particulière de cachexie qui occupe une place à part dans le cadre nosologique sous le nom de *Pellagre*.

En 1869 déjà, nous avons été à même d'étudier un cas analogue, quoique moins prononcé et moins complet.

C'était un pauvre cordonnier du Hâvre, âgé de 63 ans, dont le salaire ne dépassait guère 75 centimes par jour. Il n'avait jamais habité de pays où l'on se nourrit de maïs, ni fait usage de cette céréale sous aucune forme. Pendant l'hiver de 1868 à 1869, l'ouvrage n'allant pas, il vécut plus misérablement que d'habitude. A la fin de mars, poussé par la faim, il se mit en route pour Paris, toujours à pied, vivant de l'aumône publique et *ne mangeant jamais pendant ...*. Après 4 semaines de marche, il atteint le but de son voyage, mais il est contraint d'entrer immédiatement à l'Hôtel-Dieu.

Sur le dos des mains, dans la partie qui n'est pas cachée par la manche du vêtement, on constate une coloration rouge sombre et une légère tuméfaction ... Sur la main droite, l'épiderme est soulevé par places en lamelles irrégulières. Sur les pieds, à l'union de la chaussure et du pantalon, on trouve des deux côtés une plaque rouge, brunâtre au centre. Une autre plaque rouge ... sur la paupière inférieure gauche. L'appétit est conservé, les fonctions digestives assez bonnes: point de diarrhée. L'intelligence est fortement abaissée; il existe un peu de rachialgie. Au bout de quelques semaines, à la suite d'une alimentation réparatrice, le malade sortit dans un état de notable amélioration.

Ici encore nous avions affaire à la même maladie de misère, mais arrivée à une période moins avancée, à sa première étape seulement, si je puis ainsi dire, et surprise, en quelque sorte, à l'état rudimentaire

Mais sachez que ce n'est pas ainsi que se constitue le plus souvent la maladie, et à ce propos je désire vous faire connaître quelques notions générales qui concernent ce sujet instructif.

C'est en 1730 seulement qu'un médecin des Asturies, D. Gaspar Casal fait la première mention et recueille les premières observations de cette maladie qu'il désigne du nom de *mal de la Rosa*. Un médecin anglais, Towsend, l'observa à Oviedo en 1786. Dès 1769, un praticien italien, Zanetti, dans les *Nova acta naturæ curiosorum*, traitait de la maladie vulgairement appelée « *Pellagra*. » Le même mal est ensuite observé et décrit en Vénitie sous le nom de « *Scottatura del sole* » et en Frioul, sous celui de « *scorbut des Alpes*. » En 1818, un médecin des Landes, Hameau, publia un mémoire sur « une maladie de la peau peu connue, observée dans les environs de la Teste. » C'est l'une des premières études qui aient été faites de cette maladie en France. On ne tarda pas à se convaincre que la maladie landaise, le mal de la Rosa des provinces asturiennes et enfin la pellagra lombarde ne faisaient qu'une seule et même maladie, décrite désormais sous le nom définitif de *pellagre*. Il me suffit à cet égard de mentionner les remarquables travaux de Brierre de Boismont, de Gintrac père, de Roussel, de Gintrac fils, de Costallat qui constituent les principaux documents relatifs à l'histoire de la pellagre endémique. En 1862, dans une monographie des plus intéressantes (1), mon élève et ami, M. Bouchard, a résumé tous ces travaux en y ajoutant les résultats de ses recherches personnelles. Nous avons largement puisé dans ce mémoire fondamental dont je ne saurais trop vous recommander la lecture.

La pellagre est fréquente dans les asiles d'aliénés, et l'on doit surtout à M. Billod, de Sainte-Gemme, d'avoir établi une nouvelle variété de cette maladie: la *pellagre des aliénés*.

Enfin Messieurs, il est presque superflu de vous signaler les recherches bien connues de Landouzy sur la *pellagre sporadique*. Des cas de ce genre ont été observés par Gibert, Devergie, Bouchard; c'est dans cette catégorie que rentreraient les deux malades dont je viens de vous résumer l'histoire.

Les auteurs qui admettent la pellagre à titre d'entité morbide distinguent trois groupes spéciaux de symptômes: des symptômes cutanés, des symptômes digestifs et des symptômes nerveux. Je vais vous exposer brièvement leur description, me réservant d'en discuter ensuite la valeur et la véritable signification.

Tout d'abord, il importe de savoir que la pellagre est une maladie à longue durée, procédant par périodes d'exacerbations vernales et de rémissions pendant la saison d'hiver. Dans la plupart des descriptions, on signale des prodrômes, assez vagues à vrai dire, consistant en de l'abattement physique et moral, des malaises vagues; de l'ennui, de la morosité, de la mélancolie, des lassitudes spontanées, des vertiges, des douleurs de tête, des étourdissements, des douleurs contusives des membres. Du côté du tube digestif, inappétence, dégoût, nausées, bouche sèche, pesanteur d'estomac et gastralgie, plus rarement des vomissements et de la diarrhée; pas de fièvre. Ces prodrômes se manifestent ordinairement au printemps, au mois de mars, plus tard quelquefois.

Ces prodrômes sont-ils constants? Oui, si l'on en croit Zanetti, Strambio, Brierre de Boismont et Roussel, qui affirment qu'ils ne manquent jamais que quand ils sont méconnus. Cette proposition est certainement trop absolue; ces prodrômes ont fait défaut chez notre premier malade, le cordonnier du Havre, à moins qu'on ne veuille considérer comme tel un peu de rachialgie dont il souffrait habituellement.

C'est après ou sans ces prodrômes que se manifeste le symptôme caractéristique, la maladie cutanée. Elle varie pour la forme selon la période à laquelle on l'observe. On l'a appelée érythème pellagreux, et c'est à juste titre, car au début la lésion est effectivement celle de l'érythème;

(1) *Recherches nouvelles sur la pellagre*, par Ch. Bouchard, Paris 1862.

plus tard, quand l'affection s'est invétérée, l'altération cutanée devient plus profonde et plus variée: la peau est sèche, fendillée, gercée; plus tard, ainsi que l'a vu Strambio, il se développe certaines formes d'ichthyose; au bout de plusieurs attaques successives, on voit quelquefois se développer des tumeurs verruqueuses et même, d'après Calderini, des productions cornées; ce sont surtout les auteurs italiens qui insistent avec complaisance sur ces formes exceptionnelles de la maladie cutanée, et plusieurs d'entre eux entrent à ce propos dans des détails plus remarquables par le pittoresque que par la sobriété et peut-être par l'exactitude de la description. Le siége de ces éruptions sont les mains, les pieds, quelquefois la face et les parties latérales du cou, en un mot les parties qui ne sont pas protégées par un vêtement. Ainsi, quand le sujet porte des bas, mais des bas troués, l'érythème se produit au niveau du trou; et dans les Landes, les parties de la jambe protégées par la courroie de l'échasse restent indemnes. (Bouchard).

Les *symptômes intestinaux* notés sont moins réguliers, moins précis et moins périodiquement intermittents dans leurs retours que les accidents cutanés; habituellement, ils se manifestent un peu plus tard, vers l'équinoxe du printemps. Ils croissent avec l'érythème, restent stationnaires au summum de la chaleur de l'été et décroissent à l'automne. On a dit qu'ils pouvaient signaler le début du mal et exister sans l'érythème; je le croirais volontiers, et, comme nous le verrons plus loin, ils ne seraient pas sans concourir puissamment à produire l'état général qui a été considéré comme le point de départ des accidents.

Ces phénomènes intestinaux sont nombreux et sans aucune subordination les uns par rapport aux autres. Sur les lèvres, particulièrement sur la lèvre inférieure, on constate souvent des gerçures sanguinolentes et quelquefois un sillon transversal, cicatriciel, allant d'une commissure à l'autre et sur lequel M. Bouchard a appelé l'attention. La bouche est souvent aphtheuse, les dents recouvertes de fuliginosités; des ulcérations fongueuses des gencives ont été notées surtout dans les formes dites *scorbutiques*.

Un symptôme presque constant, c'est une soif vive, avec ardeur particulière de la gorge, phénomènes qui se produisent également chez les individus mourant de faim. Le pyrosis, la gastalgie, les crampes d'estomac existent généralement à un degré variable et contrastent avec la conservation habituelle de l'appétit. La diarrhée est signalée dans l'immense majorité des cas; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve mentionnées des formes avec constipation.

Les *troubles nerveux* sont des plus variés, mais tous témoignent d'un affaissement général du système nerveux. Ils consistent en vertige, titubation, céphalalgie à variétés multiples, rachialgie plus ou moins étendue. Du côté des sens, hallucinations de l'ouïe et de la vue; en dehors de ces troubles sensoriels consécutifs à des altérations cérébrales, on a surtout décrit des troubles visuels résultant d'une lésion anatomique de l'appareil oculaire; il existe surtout des congestions rétiniennes analogues à celles qui s'observent en Egypte ou dans les dunes sableuses par l'influence des rayons solaires.

Les accidents nerveux sont d'ordinaire tardifs et ne se manifestent qu'au bout de plusieurs années; il ne tarde pas à s'y joindre des troubles de la motilité: de l'agitation, des mouvements convulsifs, choréiques ou épileptiformes, comme dans le cas qui fait l'objet de cette étude; ces attaques convulsives ont été particulièrement signalées par Landouzy. Le tout aboutit fréquemment à la folie, folie de forme variable: manie, lypémanie, suicide et homicide, ou bien démence. Il importe d'apporter une certaine réserve dans l'interprétation de ces faits et surtout de bien déterminer laquelle des deux, de la pellagre ou de l'aliénation mentale, doit être considérée comme étant le point de départ du mal. Quoi qu'il en soit, ce qui est presque la règle, c'est l'existence d'une sorte de stupeur et d'un affaissement intellectuel incontestable, chose assez fréquente chez des sujets profondément débilités.

L'*appareil respiratoire* présente des lésions variées; on trouve consignées dans les compte-rendus d'autopsies la bronchite chronique, la laryngite, la phthisie, la pneumonie et la pleurésie, toutes lesions qui, vu la grande faiblesse et le manque de précautions de la plupart des sujets peuvent à bon droit être regardées comme des complications et non comme des symptômes de la maladie.

L'*appareil circulatoire* est relativement peu atteint et ne présente pas de troubles spéciaux; il est fait mention de bruits anémiques, d'hémorrhagies passives, d'œdème, d'ascite; chose curieuse, on ne paraît pas avoir observé de néphrite ni d'albuminurie, accidents si fréquents néanmoins dans les états cachectiques.

En résumé, d'après cette description rapide, on voit que la pellagre peut être et a été envisagée comme une sorte de triade pathologique caractérisée par des phénomènes cutanés, digestifs et nerveux. Signalons encore, pour compléter le tableau, une marche intermittente avec des aggravations régulières au retour du printemps et de la chaleur et des améliorations notables pendant l'hiver. La durée moyenne de la maladie, d'après Marchant, qui a disposé d'une statistique de 3.000 pellagreux landais, est de 12 années environ. La terminaison est tantôt accidentelle et due à une affection intercurrente ou au suicide; d'autrefois, le malade succombe à l'époque du printemps dans un état typhoïde ou ataxo-adynamique. Ce n'est que par acquit de conscience que je vous mentionnerai une division que l'on rencontre assez fréquemment dans les mémoires spéciaux et qui distingue trois formes de pellagre: la forme *humide, sèche, scorbutique*; la première est caractérisée par l'hydrémie et l'infiltration du tissu cellulaire, infiltration qui fait défaut dans la forme sèche; quant à la forme scorbutique, elle n'est autre qu'un scorbut légitime se développant sur un sujet pellagreux; on voit combien cette classification, purement symptomatique, est arbitraire et prête à la critique.

Qu'est-ce donc, à tout prendre, que ce mal de la pellagre? Est-ce une véritable maladie, dans l'acception rigoureuse du mot, une affection spéciale, ne pouvant s'expliquer que par une cause ou une lésion, spéciale elle aussi? En un mot, doit-on voir là une entité morbide bien nette et franchement délimitée? Oui, sans doute, si les phénomènes énumérés plus haut se trouvent toujours réunis de façon à former, par une sorte de faisceau indissoluble, une de ces triades pathologiques si chères à certains nosographes. Oui, sans doute, si ces phénomènes réunis reconnaissent une seule et même cause, une étiologie précise, spécifique, en un mot, comme la maladie qu'elle provoque.

Tels sont les points que je me propose maintenant d'élucider devant vous: nous verrons que les faits recueillis par tant de médecins consciencieux et instruits sont réels et parfaitement observés; mais ce en quoi a consisté l'erreur, c'est dans le groupement forcé de ces faits, dans l'idée doctrinale qui a présidé à leur interprétation, et d'où l'on a essayé de dégager une nouvelle entité morbide, la pellagre. L'analyse dans laquelle nous allons entrer nous montrera que cette pellagre n'existe point en tant que maladie réelle et spéciale; que l'entité prétendue doit rentrer, au contraire, dans ces états complexes, comparables à la fièvre puerpérale par exemple qui, elle aussi, ne constitue pas une forme morbide réelle, légitime, mais ce que l'on pourrait, à juste titre, appeler avec Broussais une simple conception ontologique. L'histoire de notre malade apportera des éléments précieux dans cette discussion, d'autant plus précieux que dans ce cas spécial, nous disposons du critérium sûr et irréfragable entre tous, celui qui est fourni par l'autopsie. (*A suivre*).

École de pharmacie de Montpellier. — M. Cal[illegible]t Paul, licencié ès sciences physiques et ès-sciences naturelles, pharmacien de première classe, est chargé provisoirement, pendant l'année scolaire 1875-76, des fonctions d'agrégé à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier.

Lycée de Niort. — M. le docteur Gaumé, médecin du lycée Fontanes, à Niort, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

— M. le docteur Eymer, médecin adjoint du lycée Fontanes, à Niort, est nommé médecin dudit lycée en remplacement de M. le docteur Gaumé.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le professeur VERNEUIL.

Sur la manière d'ouvrir les abcès sous-maxillaires. — Modifications aux procédés d'extirpation des tumeurs du maxillaire inférieur.

Leçon recueillie par H. DURET, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Deux malades de mon service vont me permettre aujourd'hui de vous décrire et de vous montrer deux procédés opératoires, qui, dans la pratique, vous rendront quelques services. Chez le premier, il s'agit de l'ouverture d'un abcès de la région sus-hyoïdienne; chez le second, c'est une tumeur du maxillaire inférieur qu'il faut enlever.

La région sus-hyoïdienne est le siége de trois formes principales de collections purulentes : La première est sous-cutanée; c'est le phlegmon sous-cutané classique qui lui donne naissance; elle ne présente rien de particulier. La seconde variété est sous-aponévrotique: c'est l'adénite centrale ou la péri-adénite sous-maxillaire qui en est l'origine; de beaucoup la plus fréquente, c'est elle qui sera surtout l'objet de notre enseignement. Je vous signalerai seulement la troisième forme d'abcès sus-hyoïdiens; elle est plus profonde encore et occupe la région médiane: elle a été décrite dans ces derniers temps par M. Dumonteil-Grampré sous le nom d'*abcès sous-lingual*; cette phlegmasie s'accompagne de troubles considérables de la déglutition, de la phonation et de la respiration; elle peut même déterminer la mort par suffocation (1).

Les ganglions sous-maxillaires suppurent surtout quand les territoires de distribution de leurs lymphatiques sont atteints eux-mêmes d'une lésion inflammatoire. Parmi les causes les plus fréquentes, on doit citer les lésions d'origine dentaire. Notre malade est atteint d'une carie d'une grosse molaire; il a eu des névralgies depuis quelque temps; sur la branche du maxillaire inférieur, on observe encore une tuméfaction plate, indice certain de l'existence antérieure d'une périostite. Les ganglions sous-maxillaires, enflammés consécutivement, sont maintenant le siége d'un abcès. La fluctuation est obscure, il est vrai, mais la collection est située sous l'aponévrose, peut-être même dans la coque conjonctive qui entoure le ganglion ; la peau est chaude, rouge, œdématiée; en un mot, toute la région sus-hyoïdienne est le siége d'un gonflement qui rend l'exploration très-difficile. Attendre que la perception de la fluctuation soit devenue indiscutable n'est pas nécessaire. Cette preuve mathématique de la collection du pus est souvent impossible; l'état de la région, tel que je viens de vous le caractériser en quelques mots, vous autorise à admettre la présence de l'abcès. Il importe, en effet, d'ouvrir ces abcès de bonne heure et, parfois, prématurément, afin d'éviter des complications graves et fréquentes, et, en particulier, l'ulcération des vaisseaux artériels ou veineux, signalée dans des observations récentes, et surtout les fusées et les décollements profonds.

Cette ouverture des abcès sous-hyoïdiens présente certains dangers, je veux parler de la lésion de l'artère et de la veine faciale. Quel est donc le moyen d'aller directement à la recherche des ganglions sous-maxillaires sans avoir à redouter de tels accidents? Situés au-dessous de la glande sous-maxillaire, les ganglions sont à une certaine distance des vaisseaux. Si donc la lame de l'instrument tranchant pénètre droit devant elle jusqu'aux ganglions, nulle hémorrhagie n'est à redouter. Le gonflement a déformé la région; impossible de reconnaître le ganglion sous l'œdème inflammatoire. C'est alors que certaines notions anatomiques, fort élémentaires cependant, peuvent sûrement guider le bistouri de l'opérateur. Quelque grande, quelque envahissante que soit la tuméfaction, il est rare que vous ne puissiez reconnaître un ou deux points des branches du maxillaire inférieur. D'un point quelconque du bord postérieur de la branche ascendante du maxillaire inférieur, tracez une ligne *verticale*; d'un autre point du bord inférieur de la branche horizontale, conduisez une ligne *horizontale;* c'est à l'intersection de ces deux lignes que se trouve l'angle de la mâchoire. En dedans de cet angle, défalquez deux travers de doigt, c'est-à-dire l'épaisseur du masséter; le ganglion est à un centimètre au-dessous de ce second point; enfoncez là votre bistouri, en dirigeant la pointe vers le plancher de la bouche. Pénétrez à un ou deux centimètres de profondeur, selon le gonflement. Faites alors décrire à la lame un demi-tour sur elle-même, vous verrez sourdre quelques gouttelettes de pus. Dès lors, vous êtes certain de la présence d'une collection purulente. Remplacez le bistouri par une sonde cannelée et sur elle agrandissez l'ouverture. Tel est le moyen de pénétrer à coup sûr et sans danger jusqu'au centre des abcès qui sont dus à la suppuration des ganglions sous-maxillaires.

La seconde opération est bien plus importante. C'est sur une malade atteinte d'une tumeur maligne de la branche horizontale du maxillaire inférieur que vous allez, Messieurs, la voir exécuter devant vous. Le néoplasme forme une masse du volume d'un œuf et est adhérente à l'os; les ganglions sous-maxillaires sont déjà envahis par le mal. Pour enlever la tumeur, il nous faudra réséquer tout le côté gauche du maxillaire inférieur et en même temps extirper les ganglions dégénérés. Dans cette opération, pratiquée selon les règles classiques, le sang qui s'écoule de la plaie chirurgicale pénètre à flots dans la bouche et de là dans le pharynx ou dans les voies aériennes. Dans le pharynx, il provoque des nausées et des mouvements d'expuition; dans le larynx, il détermine de la toux et de la suffocation, et il peut, en obstruant les bronches, produire l'asphyxie et la mort. Aussi, dans les opérations sur la face, ne donne-t-on le chloroforme qu'avec de grandes précautions et imparfaitement : on se contente d'engourdir seulement le patient, afin qu'il puisse expulser le sang qui tombe dans ses voies aériennes.

Vous avez été témoins des luttes qu'il faut soutenir pour maintenir sur le lit d'opérations un malade qui sent la douleur et qui suffoque. C'est pendant ces mouvements violents, sous une nappe de sang abondante, que le chirurgien doit reconnaître, limiter le mal et l'enlever avec soin. Et, quand son habileté aura vaincu ces difficultés, dominé ces dangers, le sang accumulé dans l'estomac du patient déterminera des vomissements pénibles, sera laborieusement digéré et prédisposera à un état général défavorable à la guérison. On a proposé d'opérer le malade assis sur une chaise ; mais alors, la syncope est à craindre. Ainsi donc, dans les opérations qu'on pratique sur la face, l'écoulement sanguin est une source de difficultés opératoires, d'une part, et de l'autre oblige à la privation de l'anesthésie, dans les cas où précisément la richesse nerveuse de la région pourrait la rendre si désirable. C'est pour diminuer ces embarras de l'opération, éviter au malade les dangers de la suffocation, et en même temps permettre un sommeil anesthésique complet que depuis longues années j'ai imaginé une série de modifications aux procédés employés ordinairement: 1° dans les opérations qui n'intéressent que les fosses nasales; 2° dans celles qui portent seulement sur les parois de la bouche; 3° dans les mutilations plus graves encore qui atteignent simultanément les cavités nasale et buccale.

Dans le premier cas, je fais à l'avance le tamponnement postérieur des fosses nasales; dans le deuxième, je réserve pour les dernières les incisions qui pénètrent dans la bouche; dans le troisième enfin, j'associe les deux précautions précédentes. J'ai pu, à l'aide de ces procédés, enlever un épithélioma de la paupière inférieure datant de deux ans, qui, combattu dès le début par des cautérisations

(1) Dumonteil-Grampré. — De l'abcès sous-lingual. — Thèse de Paris 1875.

(1) Bulletin de l'Académie, 1867. — Arch. de Médecine, 1870.

répétées, partielles et insuffisantes, avait envahi successivement la joue, la face latérale du nez, la conjonctive, la paupière inférieure, qui avait pénétré dans l'orbite, les fosses nasales et le sinus maxillaire. L'opération fut très-laborieuse, car je dus : 1° réséquer successivement la branche montante du maxillaire supérieur, l'os propre du nez, l'apophyse orbitaire interne, la paroi interne de l'orbite, une bonne partie de la masse latérale de l'ethmoïde ; 2° inciser toute la paroi inférieure de l'orbite, et ruginer l'os malaire ; 3° détruire la paroi antérieure et interne du sinus maxillaire avec la plus grande partie du cornet inférieur. — La guérison du malade fut rapide et complète.

D'ailleurs, je ne dois pas vous laisser ignorer que, dans les opérations sur la face, on a proposé une série de moyens destinés à éviter ces difficultés : la ligature préventive de la carotide primitive, ou de la carotide externe, et, dans ces derniers temps, la trachéotomie avec le tamponnement du larynx. Cette modification récente est due à un chirurgien allemand, Nussbaum, qui ouvre la trachée et tamponne le larynx. Mon procédé n'a rien de commun avec le sien (1).

Aujourd'hui, je ne vous exposerai que la méthode d'extirpation des tumeurs qui siègent sur le maxillaire inférieur et nécessitent sa résection dans une certaine étendue ; car je pourrai, aussitôt après, joindre l'exemple aux préceptes. Vous en trouverez la description détaillée dans la thèse récente d'un de mes élèves, le docteur Vizzu (2).

Pour empêcher le sang de pénétrer dans les cavités pharyngiennes, il faut faire l'extirpation, à l'extérieur de la bouche, aussi complète que possible, et ne pénétrer dans l'intérieur qu'à la dernière extrémité. La tumeur qui occupe la face externe du maxillaire inférieur doit être complétement disséquée en dehors, et le maxillaire scié et complétement dégagé à ses extrémités avant d'ouvrir la muqueuse, et par conséquent la cavité buccale. Sur la partie saillante de la tumeur, au niveau du siége supposé du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire, je fais une incision parallèle à ce bord, courbe à convexité inférieure, qui dessine un vaste lambeau dont la base située en haut se continue avec la peau de la joue. Je dissèque le lambeau supérieur jusqu'à ce que je rencontre dans toute son étendue le cul-de-sac de la muqueuse gingivale : un doigt de la main gauche introduit dans la bouche me guide et m'empêche de perforer ce cul-de-sac, ce qui déterminerait aussitôt la pénétration du sang dans la bouche. — Je reviens ensuite à la lèvre inférieure de mon incision curviligne et je dissèque en bas la tumeur. Si elle est volumineuse, ou s'il existe des ganglions sous-maxillaires atteints de dégénérescence, je trace une incision verticale partant du milieu de ma première ligne courbe, et j'arrive ainsi à contourner facilement toute la masse ganglionnaire. — Toute la face superficielle de ma tumeur est dégagée. Vers son bord inférieur, à la rencontre d'une ligne verticale, partant à deux travers de doigt en dedans de l'angle de la mâchoire, se trouve facilement l'*artère faciale*, qui traverse ou contourne la masse morbide. A l'aide d'une sonde cannelée on l'isole ; puis on la coupe entre deux ligatures. Au-dessus du bord supérieur de la tumeur cet artère se dégage ; il faut aussi l'y chercher, la lier et la couper comme en bas. Dans la grande majorité des cas, ces ligatures faites, l'hémorrhagie n'est plus à craindre. Si les ganglions carotidiens faisaient partie du néoplasme, il faudrait prendre de grandes précautions en dégageant la tumeur par ses côtés supérieur et inférieur. Elle ne tient plus alors qu'au corps de la mâchoire inférieure par sa face profonde. Réséquer la portion du maxillaire sur laquelle elle s'est implantée, est ce qui reste à faire. Au préalable, on a eu soin, sous le bord inférieur, de sectionner à leurs insertions les muscles digastriques et les mylo-hyoïdiens, et de dégager l'os en dessous jusqu'à la muqueuse exclusivement. Ici encore, le doigt introduit dans la bouche permet d'arriver jusqu'à elle sans la perforer. La branche horizontale du maxillaire n'est plus soutenue que par la muqueuse du cul-de-sac gingivo-jugal.

Pour réséquer le maxillaire, on passe la scie à chaîne à chaque extrémité de la branche horizontale. A l'aide d'un stylet portant un fil, qui entraîne la chaîne, on perfore le cul-de-sac de la muqueuse de bas en haut, puis on ramène le stylet, en dehors de l'os, de haut en bas sous la peau et les parties molles. A l'aide de tractions modérées, la chaîne vient se mettre en position et entoure complétement l'os, de telle sorte que ses deux chefs sortent tous les deux dans la plaie ; la mâchoire étant déviée, on scie avec précaution. A la partie externe de la tumeur, on sectionne le maxillaire de la même manière. Le trait de scie peut porter sur la branche verticale ou horizontale de l'os, suivant l'étendue de la lésion.

A ce moment, la bouche n'est encore ouverte que par les pertuis du stylet. Quelques coups de bistouri séparent complétement la partie de l'os à enlever de la muqueuse, et la masse morbide, complétement détachée, tombe d'elle-même dans la main du chirurgien.

En résumé, cette opération se compose de trois temps principaux : 1° Division des parties molles par une incision curviligne ; 2° isolement superficiel et profond de la tumeur ; 3° double section osseuse, ou simple section et désarticulation du maxillaire suivant les procédés classiques.

Par cette méthode, que je vais appliquer maintenant devant vous, vous verrez que pas une goutte de sang ne pénétrera dans la cavité buccale avant que l'opération ne soit tout-à-fait terminée. Avec elle, en un mot, plus de crainte de pénétration du sang dans les voies respiratoires et digestives, et possibilité de procurer au malade les bienfaits d'une anesthésie profonde.

M. le professeur Verneuil a pratiqué, devant nous, l'opération comme il l'avait décrite dans sa leçon. Toute la branche horizontale de la mâchoire et la masse du ganglion ont été extirpées. La malade a guéri complétement. Cinq mois plus tard, un petit ganglion carotidien, très-isolable, a été enlevé par M. Marchand, et maintenant le succès semble assuré.

(1) Nussbaum. — Aertzliches Intelligenz Blatt, n° 7, 1867.

(2) Demetri Vizzu. — De quelques modifications apportées à l'ablation partielle de l'os maxillaire inférieur. Th. de Paris, 1874.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le talon d'Achille.

M. le ministre de l'instruction publique vient de rappeler l'obligation imposée au gouvernement de présenter, dans le délai d'un an, un projet de loi, ayant pour objet d'introduire dans l'enseignement supérieur de l'Etat les améliorations reconnues nécessaires. Il faut espérer que ces améliorations ne se borneront pas à celles qu'il indique dans son rapport au Conseil supérieur de l'instruction. Avec la meilleure volonté, il est impossible de voir un perfectionnement de l'enseignement médical, par exemple, dans la création de nouvelles facultés, si elles doivent suivre les anciens errements. Ce n'est pas que nous soyons hostiles à ces nouvelles créations ; nous disons seulement qu'il ne faut pas confondre la multiplication des centres d'enseignement avec la réforme des défauts de cet enseignement.

La rentrée qui va s'opérer, l'arrivée de nouveaux étudiants en médecine, nous offrent une occasion toute naturelle de signaler aux réformateurs un des plus graves de ces défauts, celui dont souffre surtout l'École de médecine de Paris, celui dont elle a peut-être le moins conscience, celui pourtant qui lui sera le plus préjudiciable dans la concurrence que lui feront un jour, plus prochain qu'elle ne se l'imagine, les Facultés de N. S. S. les évêques.

Si, se reposant sur la renommée de ses professeurs, sur leur incontestable valeur, sur l'éclat de leurs leçons ; si, confiante à juste titre dans les travaux de ses membres pour maintenir sa réputation scientifique, la Faculté s'appuie, pour défier toute concurrence sur la certitude que personne n'est et ne sera de longtemps en mesure de lui disputer la prééminence, si elle attend la bataille sur le terrain du haut enseignement où la victoire lui est sûre et facile, elle se berce d'une illusion qui lui coûtera cher, et dont il lui faudra bien s'éveiller quand seront vides ses amphithéâtres, quand resteront vierges les feuilles de ses registres d'inscription. Ce n'est pas à la tête qu'on la visera.

Prenant habilement prétexte des plaintes de ses meilleurs amis, les ennemis de l'Université ont, pour mieux arriver à leurs fins, déploré hautement la décadence des études, se sont posés en défenseurs ardents des lettres et des sciences, et, à la faveur de ces déclarations, ont fait adopter le remède qu'ils proposaient, la liberté de l'enseignement selon la formule du *Codex romanus*. Or, pour qui sait voir, il est clair que ces zélés défenseurs de la haute culture intellectuelle, se soucient fort peu du niveau des études et beaucoup de leur orthodoxie. La science leur est chère, sans doute, mais à condition de se faire la servante de la théologie ; la valeur d'une doctrine se mesure, pour eux, à sa conformité avec la Bible, et ce qu'ils veulent, ce sont moins des savants pensant haut que des gens pensant bien.

Volontiers donc, et leurs convictions étant données, nul ne saurait leur en faire reproche, ils sacrifieront l'objet le moins important, la hauteur des études, à celui qui prime à leurs yeux tous les autres, le salut des âmes. On cherchera à tout prix et très légitimement, à arracher aux fausses doctrines le plus possible de ces pauvres jeunes gens réduits aujourd'hui à aller s'asseoir au pied des chaires de pestilence.

Et les moyens, faciles et infaillibles, seront irréprochables en eux-mêmes. Il suffira tout simplement de ne point s'occuper des doctrines et de s'en tenir à la pratique. Ce que l'immense majorité des étudiants, sinon tous, viennent demander à l'Ecole de Médecine, ce n'est pas de les initier aux hautes spéculations de la science, mais de leur apprendre la profession médicale ; ce que les parents de ces étudiants demandent à l'Ecole de médecine, c'est de mettre le plus promptement possible leurs enfants à même d'exercer une profession, de gagner eux-mêmes leur vie. Ce sera ces deux sentiments respectables, mais étroits, que l'on exploitera.

Nous savons bien qu'il est difficile d'être un bon praticien quand on n'est pas guidé par les doctrines, que pour bien juger les faits, l'esprit doit les dominer et s'élever au-dessus d'eux: mais ces considérations toucheront fort peu des parents ayant hâte de voir cesser les sacrifices qu'ils s'imposent et auxquels on présentera des réglements combinés pour leur donner l'assurance que leurs enfants, surveillés, dirigés, conduits par la main, ne perdront pas leur temps. Nous ne nions pas que les élèves n'en viennent bientôt, après une courte fréquentation de la Faculté, à prendre goût aux côtés élevés de la science, mais il faut pour cela qu'ils viennent à la Faculté, et même ce goût pris, ils veulent qu'on leur enseigne la pratique. Or, que fait l'Ecole de Médecine pour satisfaire ce besoin si raisonnable?

Quand un jeune homme sortant du collége, où il était habitué à avoir sa route tracée, sa tâche quotidienne fixée, vient prendre sa première inscription, quel guide trouve-t-il dans le milieu où tout est, pour lui, nouveau et inconnu? On lui remet, en échange de ses 30 francs, une feuille d'inscription au verso de laquelle se trouve une instruction sur la manière dont il doit diriger ses études. A cela se bornent tous les conseils qu'il recevra jamais de la Faculté. Franchement, c'est trop peu. Quand quelques amis lui auront appris qu'il y a une Ecole pratique où il peut aller disséquer, quand il s'y sera fait inscrire et que, par grande chance, il se trouvera devant un cadavre, s'il ne rencontre pas parmi ses co-propriétaires, des étudiants plus avancés, il ne saura, comme on dit vulgairement, par quel bout commencer. Les prosecteurs et les aides d'anatomie, qui devraient le diriger, sont trop peu nombreux pour pouvoir s'occuper de tous et de chacun; ce qui serait pourtant nécessaire. Souvent même, ils sont absorbés par leurs élèves particuliers, et on ne saurait guère leur en faire un crime; il leur faut vivre et leur traitement est plus que modeste. Les plus zélés font des leçons gratuites, qui ne sont à proprement parler que des répétitions du cours d'anatomie, avec les pièces sous les yeux, il est vrai, mais où l'élève n'apprendra jamais à manier le scalpel. A part ces leçons insuffisantes, et les conseils de ses anciens, il est abandonné à lui-même. Quoi d'étonnant s'il se rebute ou si sa maladresse gaspille inutilement des sujets déjà trop rares? S'il va dans un hôpital « pour se familiariser avec les objets qui sont du ressort de la petite chirurgie » comme dit la feuille, il se sentira plus isolé encore. Si d'aventure le chef de service, ou les internes plus fréquemment, lui donnent des avis, lui font toucher ces « objets qui sont du ressort de la petite chirurgie » ce sera un acte gracieux, tout personnel, dont il ne devra aucune reconnaissance à la Faculté. Nous ne parlons pas des externes pour lesquels on ne fait guère plus,

mais qui déjà appartiennent autant à l'Assistance publique qu'à l'Ecole de médecine. En résumé, presque jamais à l'Ecole pratique et jamais dans les hôpitaux, il ne sentira la direction de la Faculté. En parlant ainsi, nous ne méconnaissons pas le zèle très-méritoire que mettent quelques professeurs et quelques agrégés à s'occuper des élèves qui se groupent autour d'eux ; mais ce sont là, nous le répétons, des actes de bienveillance individuels, où la Faculté n'est pour rien. La Faculté, en corps, ne s'occupe jamais de l'élève. Nous nous trompons ; depuis quelques années, elle intervient à partir de la 8e inscription pour imposer à l'élève un stage de deux ans dans les hôpitaux. La mesure serait bonne en soi, si elle avait pour complément l'obligation réciproque pour la Faculté de s'occuper de l'élève à l'hôpital pendant ces deux ans. Or, il se peut que ce stage se fasse dans un service, non choisi par l'élève, où jamais personne ne lui donnera un mot d'explication. Il est vrai que la Faculté peut n'être nullement représentée dans ce service.

Supposez maintenant une Faculté rivale, comme il pourrait s'en former une. Elle abandonnera toute idée de concurrence sur le terrain dogmatique, ne prétendra nullement rivaliser d'éclat et d'éloquence avec le grand amphithéâtre, et délaissera les hauts sommets de la science, s'appliquant à former de purs praticiens. Elle ne parlera point à ses élèves de la théorie cellulaire, mais elle leur apprendra à reconnaître au microscope les tissus normaux et morbides ; elle ne leur dira rien de la théorie atomique, mais elle leur fera faire des manipulations chimiques ; elle ne leur enseignera pas l'histoire de la médecine, mais elle les exercera tous et individuellement à disséquer, à ausculter, à percuter, à diagnostiquer, à formuler, à opérer. Ceux d'entre ses élèves qui voudront apprendre à arracher les dents ne seront pas obligés de soudoyer un garçon d'amphithéâtre. Ce sera là sans doute une Faculté d'ordre bien inférieur, d'où sortiront difficilement des médecins distingués. Et cependant qu'arrivera-t-il? C'est que les étudiants futurs trouvant là ce qui leur fait absolument défaut à l'Ecole de médecine, des conseils, une direction, iront y porter le prix de leurs inscriptions. A cette Faculté non-publique, ils iront payer l'instruction primaire médicale que l'Ecole de médecine ne leur donne pas, sauf à venir gratuitement au grand amphithéâtre, libéralement ouvert à tous, recueillir l'instruction supérieure dont ils sentiraient le besoin. La Faculté libre pourrait ainsi s'attribuer l'argent de ses élèves et la gloire de sa rivale : *honos et prœmium.*

Nous conjurons donc l'Ecole de médecine de ne point trop compter sur l'impossibilité de la concurrence ; elle a un côté vulnérable : elle abandonne trop ses élèves à eux-mêmes. Nous ne lui demandons pas de les enfermer dans des internats, de s'occuper de leur vie privée ou de transformer leurs concierges en bedeaux universitaires. Les étudiants ne doivent pas être traités en enfants, mais en hommes, et c'est affaire à eux de se conduire comme des hommes. Nous lui demandons encore moins de répudier les grandes traditions qui font sa gloire et celle du pays. Nous lui disons simplement, dans notre sincère affection pour elle, que si elle s'acquitte brillamment de sa première tâche, qui est de faire progresser la science, elle néglige le second objet de sa mission, qui est de former des praticiens. Elle rappelle trop une maîtresse de maison, charmant ses invités par la grâce de sa réception et l'esprit de sa conversation, mais ne songeant pas à commander le dîner.

L'Ecole ne doit pas oublier qu'au moment où ils lui arrivent, les étudiants sont des ignorants qui ne savent pas le premier mot, pas même l'alphabet, de ce qu'ils viennent apprendre, de ce qu'elle doit leur enseigner. Qu'elle s'occupe donc un peu plus de cet enseignement, que nous appelons l'enseignement primaire médical, et commence par là les réformes indispensables. Le personnel ne lui manque pas ; des simples étudiants aux agrégés, en passant par les externes et les internes, il lui est facile d'établir une filière, une hiérarchie, où tous aideront à avancer ceux de l'échelon inférieur, sous la haute direction et sous l'impulsion du corps professoral. Du dehors même lui viendront des alliés qui, sans avoir l'honneur de lui appartenir, seront heureux de lui prêter leur concours, pourvu seulement qu'elle ne le repousse pas.

Il lui suffit de mettre en œuvre les matériaux qu'elle a sous la main. Pour cela, elle a besoin, à la vérité, du concours de l'Assistance publique, et l'équité oblige à reconnaître que, de ce côté, la Faculté n'est pas maîtresse de faire ce qu'elle veut. Trop souvent même, sous la direction de M. Husson, l'Assistance s'est volontiers posée en antagoniste et en rivale plutôt qu'en coadjutrice de la Faculté. Celle-ci doit donc, pour n'être point entravée dans l'accomplissement de son œuvre, réclamer des pouvoirs publics, des règlements lui assurant une coopération indispensable. Il est impossible que, nettement formulée, sa réclamation n'obtienne pas satisfaction de la Ville et de l'Etat, également intéressés à soutenir la bonne et vieille renommée de la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La Faculté a ouvert ses cours d'hiver le 3 novembre 1875. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

Physique médicale, M. Gavarret. — Physique générale. — Chaleur. — Electricité. — Lumière. Mercredi, vendredi, à midi.

— Physique biologique. — Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. Lundi à 5 heures.

Pathologie médicale, M. Axenfeld, suppléé par Duguet, agrégé. — Maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie, M. Sappey. — Les principaux systèmes et les principales régions du corps. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard. — De la maladie aiguë et de la maladie chronique. — Etude générale de la symptomatologie et de l'étiologie de ces deux ordres de maladies. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Chimie médicale, M. Wurtz. — Chimie biologique. Etude chimique du sang. — Phénomènes chimiques de la respiration et de la nutrition. Mardi à 4 heures.

— Chimie médicale. Jeudi, samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale, M. Dolbeau. — Pathologie chirurgicale générale. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Opérations et appareils, M. Léon Le Fort. — Thérapeutique des affections de l'appareil circulatoire. Opérations spéciales (maladies des yeux, de la bouche, du thorax, hernies, etc. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie, M. Robin. — Histologie proprement dite ; étude particulière de chacun des tissus et des systèmes organiques (2e partie du programme imprimé). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie, M. N..... — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Clinique médicale : M. G. Sée, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.

— M. Béhier, à la Charité, tous les jours, le matin de 8 à 10 heures.

— M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.

*

Clinique chirurgicale : MM. [illegible], à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— GOSSELIN, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— VERNEUIL, à la [illegible], tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— BROCA, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.

Clinique d'accouchement : M. DEPAUL, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours, le matin, de [illegible] heures.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants : M. BLACHEZ, agrégé, à l'hôpital des Enfants, lundi, jeudi, samedi, à 8 heures et demie.

— Les exercices de dissection ont commencé à l'Ecole pratique le [illegible] octobre. — M. SÉE, chef des travaux anatomiques, a ouvert [illegible] le 3 novembre. Il traitera des questions suivantes : anatomie appliquée, généralités, tête, cou.

Ce cours *d'anatomie appliquée* a lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3. Pour être admis aux exercices pratiques, MM. les étudiants devront se munir d'une carte [illegible] qui leur sera délivrée au secrétariat de la Faculté, où les inscriptions seront reçues, à partir du 15 de ce mois, les vendredi et samedi de 1 heure à 4 h.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale.
Deuxième année : Anatomie, histologie, dissection.
Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et externe, cliniques médicale et chirurgicale.
Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, médecine opératoire, cliniques médicale et chirurgicale.

Semestre d'été. — Division des études.

Première année : Histoire naturelle médicale, pharmacie et [illegible] visites dans les hôpitaux pour se familiariser avec les objets [illegible] de la petite chirurgie.
Deuxième année : Physiologie, pathologie et clinique externes, [illegible] interne.
Troisième année : Pathologie externe, pathologie et clinique internes, [illegible] opératoire, accouchements.
Quatrième année : Clinique interne, clinique d'accouchements, [illegible] pathologique, matière médicale et thérapeutique, hygiène.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leur cours pendant le semestre d'été : M. CHARCOT (*anatomie pathologique*); — M. B[illegible] (*[illegible]*) — M. HARDY (*pathologie médicale*); — M. TRÉLAT (*pathologie chirurgicale*); — M. REGNAULD (*pharmacologie*); — M. BOUCHARDAT (*hygiène*); — M. VULPIAN (*pathologie comparée et expérimentale*); — M. B[illegible] (*histoire naturelle médicale*); — M. GUBLER (*thérapeutique et matière médicale*); — M. TARDIEU (*médecine légale*); — M. PAJOT (*accouchements*).

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES. — *Maladies de la peau* : M. le professeur HARDY, à l'hôpital Saint-Louis ; — *[illegible]* : M. Alph. FOURNIER, à l'hôpital Lourcine ; — *Maladies des yeux* : M. [illegible], à l'hôpital Lariboisière ; — *Maladies mentales* : M. BALL, à la [illegible].

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS. Les *consignations* pour [illegible] sont reçues au secrétariat de la Faculté depuis le 15 octobre, les vendredi et samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures. Les [illegible] ont commencé le lundi 25 octobre. Pour la mise en série, l'ordre des consignations sera rigoureusement suivi. MM. les étudiants seront [illegible] par lettre du jour où ils devront se présenter devant le jury. [illegible] instamment priés, dans leur intérêt, de vouloir bien donner exactement leur adresse au secrétariat. Le *registre des inscriptions* sera ouvert du [illegible] 3 novembre au jeudi 25. Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures, [illegible] élèves nouveaux seulement, les mêmes jours de 9 h. à 11 h. [illegible].

Le *doyen* reçoit MM. les étudiants dans son cabinet tous les [illegible] de 10 heures à 11 h., et le secrétaire les lundis, mercredis et [illegible] de 8 heures à 11 h. MM. les internes seront reçus les lundis et [illegible] de 2 h. à 4 heures.

MUSÉES. — 1° *Musée Orfila*, à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 11 heures du matin à 4 heures. *Conservateur* : M. MAISSIAT. L'entretien de ce musée, nous le disons à regret, laisse beaucoup à désirer. Le nombre des vitrines, au lieu d'augmenter, diminue. C'est ainsi qu'on a laissé disparaître une partie de la collection relative à l'histoire naturelle médicale.

2° *Musée Dupuytren*, à l'*Ecole pratique*, 15, rue de l'Ecole de Médecine. *Conservateur* : M. HOUEL. — Ce musée, consacré à l'*anatomie pathologique*, est ouvert tous les jours de 11 heures à 3 heures. — On pourrait sans inconvénient ne le fermer que plus tard : à 4 heures en hiver et à [illegible] heures en été. — Ce musée, de même que le précédent, est loin d'être à la hauteur des exigences de l'enseignement. Beaucoup de pièces anatomiques, destinées au musée, font un séjour trop prolongé dans les salles de préparation et de [illegible].

BIBLIOTHÈQUE. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de [illegible] heures du matin à [illegible] heures du soir et de 7 à 10 heures du soir. Il serait à désirer : 1° que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à [illegible] soir, car le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (4 heures) et celle du dîner est à peu près perdu pour les étudiants; 2° Que les ouvrages récents et les journaux de médecine fussent mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition, au lieu de ne leur être livrés qu'au bout d'un temps quelquefois très-considérable. Cette mesure devrait au moins être prise en faveur des étudiants qui, ayant passé plusieurs de leurs examens de doctorat, ont à faire des recherches pour leur thèse. — Nous sommes persuadés que si les étudiants adressaient une demande collective à M. le Doyen, celui-ci serait heureux de prendre à cet effet les mesures nécessaires. — *Bibliothécaire* : M. RAIGE-DELORME; — *bibliothécaires-adjoints* : MM. Hahn et A. Ollivier.

Ecole pratique de la Faculté.

Anatomie et médecine opératoire. — Des sept pavillons consacrés aux dissections, six appartiennent à l'enseignement officiel et un, le 7e, aux professeurs libres. — Chef des travaux anatomiques, M. Marc SÉE. — Prosecteurs, MM. FARABEUF, H[illegible] et B[illegible]. — Aides d'anatomie, MM. POZZI, RICHELOT, RECLUS et PEYROT. — Au mois de mars 1876, M. FARABEUF et M. POZZI terminent leurs fonctions. Seront alors prosecteurs : MM. [illegible], BER[illegible], RICHELOT; aides d'anatomie : MM. RECLUS, PEYROT, CAM[illegible], et BOUILLY.

Chacun d'eux fait des cours théorique et pratique qui sont gratuits. Toutefois les prosecteurs et les aides d'anatomie ont la possibilité d'avoir un certain nombre d'élèves payants. Il serait préférable qu'on augmentât leur traitement, afin qu'ils pussent se consacrer exclusivement aux étudiants qui travaillent sous leur direction. Cela serait d'autant plus juste que pour être admis dans les pavillons de dissection, les étudiants [illegible] payent à la Faculté 20 fr. pour la saison d'hiver et [illegible] fr. pour celle d'été.

Les pavillons [illegible] ont lieu tous les jours de midi à 4 heures.—Des [illegible] faites par MM. les Chefs de Pavillon, tous les jours [illegible].

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

PRIX [illegible]. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques [illegible] admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une [illegible]. Une question de médecine pratique est, au [illegible] de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves [illegible]. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. [illegible] concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque [illegible] les cliniques internes.

[illegible] de chaque année, chacun des concurrents remet au [illegible] de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit [illegible] désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires [illegible] déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une enveloppe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

PRIX MONTHYON. — Le prix Monthyon, qui consiste en une médaille de [illegible] et une somme de 3[illegible] francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et inventé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la com-

[illegible]esse de C[illegible], née Sabatié, et de la valeur de [illegible] francs, est décerné chaque année par la Faculté de Médecine de Paris au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Frémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Frémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1.000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Parmi nos 4,000 étudiants il y en a malheureusement un grand nombre qui se trouvent dans les conditions énoncées dans le legs de M. la baron de Frémont. Il serait donc bien désirable que ce donateur généreux pût trouver des imitateurs. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné en même temps l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite, alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire désigne à M. le Ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

LABORATOIRES.

Laboratoires de la Faculté. — *Histologie normale :* professeur M. Ch. Robin ; préparateur. M. Duval ; aide, M. Cadiat, une fois par semaine le jeudi pendant l'hiver; démonstrations pratiques gratuites. — *Physiologie,* professeur, M. Béclard; préparateur, M. Laborde. — *Anatomie pathologique,* professeur, M. Charcot; préparateur, M. Hayem; aide, M. Gombaut. — *Pathologie expérimentale* : professeur, M. Vulpian; préparateur, M. Bochefontaine. — *Thérapeutique* : professeur, M. Gubler; préparateur, M. Labbée. — *Chimie biologique* : préparateur M. Gautier ; aide, M. Danlos. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnauld ; préparateur, M. Hardy.

D'une façon générale ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements, et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. Il y a encore le laboratoire de chimie de la faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Le laboratoire, annexé aux cliniques de la Faculté à l'Hôtel-Dieu (1) continuera à fonctionner comme les années précédentes. Des démonstrations y seront faites régulièrement pendant le semestre d'hiver, par M. E. Hardy, chargé des travaux chimiques, et M. H. Liouville, chef du laboratoire.

Elles porteront surtout sur des sujets concernant les maladies qui ont pu être suivies à la Clinique, et qui sont l'objet des leçons de M. le professeur Béhier et de ses interrogations au lit du malade.

Les élèves seront initiés à la pratique des autopsies, aux préparations histologiques, comme aux manipulations de la chimie, appliquée à la médecine.

De plus, le laboratoire et la collection de pièces d'anatomie pathologique, qui s'enrichit chaque année, sont ouverts, sous la surveillance du chef responsable, aux étudiants, aux internes et aux docteurs qui auraient des travaux particuliers à y faire. Les aides du laboratoire sont MM. Longuet et Roux.

Laboratoire de l'hôpital des Cliniques. — Chef de laboratoire, M. Ch. Monod ; — Aides, MM. Galippe et Latteux.

Laboratoire de la Pitié. — Chef de laboratoire, M. Nepveu.

Laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité, — *Directeur* M. V. Cornil, médecin des hôpitaux et agrégé de la faculté. — *Aides :* MM. les docteurs P. Coyne et A. Bergeron. — *Directeur des travaux chimiques* : M. Daremberg, suppléé cet hiver par M. Cazeneuve. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques de la Faculté, ne possède encore qu'une installation très-imparfaite, qui heureusement n'est que provisoire. Les nouveaux bâtiments sont presque terminés et l'on peut espérer que prochainement seront complétement levés tous les obstacles qui s'opposent encore à l'ouverture de ce laboratoire. En attendant, les élèves peuvent être initiés à la pratique des autopsies et assister aux démonstrations anatomo-pathologiques faites par M. Cornil. (Voir Collége de France; Faculté des sciences.)

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'*Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux*, rue du Fer-à-Moulin, n° 19, est destiné à l'étude pratique et théorique des sciences anatomiques. L'administration de l'Assistance publique y met à la disposition de ses élèves, internes et externes, des sujets pour la dissection, en hiver, et pour la médecine opératoire, au printemps. Il existe, en outre, un *musée* d'anatomie normale et pathologique, ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures.

Les pavillons de dissection de Clamart (c'est aussi le nom sous lequel on désigne l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) sont ouverts depuis le 20 octobre, sous la direction des prosecteurs. Pour y être admis à disséquer, il suffit de déposer sa carte dans les bureaux, *afin de s'y faire mettre en série*; généralement on renouvelle les séries chaque année, au commencement de janvier.

M. le Dr Tillaux, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur de l'amphithéâtre, fera cette année son cours sur l'*anatomie des régions du tronc et des membres*. Le cours a lieu tous les mardis et vendredis à 4 heures de l'après-midi. La première leçon a été faite le vendredi 5 novembre.

M. le Dr Marchand, prosecteur, fera le cours de *physiologie* et M. le Dr Terrillon, prosecteur, celui d'*anatomie descriptive.*

M. le Dr Grancher, chef du laboratoire d'histologie, fera cette année, l'étude des *éléments histologiques*, et de la structure des principaux viscères, foie, reins, etc.

L'administration a fait construire l'année dernière un magnifique laboratoire d'histologie où elle met à la disposition de ses élèves des microscopes et des réactifs pour les recherches qui s'y font sous la direction de M. Grancher.

N. B. Tous les cours de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux commencent dans la première semaine de novembre. Les pavillons de dissection sont ouverts depuis le 20 octobre.

COLLÉGE DE FRANCE

Cours de médecine expérimentale. — M. le professeur Cl. Bernard commencera son cours dans le courant de décembre.

Cours d'anatomie générale. — Professeur, M. Ranvier ; — préparateur, M. le Dr Weber. Ce cours commencera dans les premiers jours de janvier.

Laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des hautes études. — Directeur, M. Ranvier ; directeur-adjoint, M. N...; — répétiteurs, MM. Debove, Malassez, J. Renaut. — Ce laboratoire est ouvert toute l'année, de midi à 6 h. du soir. — On s'inscrit de 1 h. à 4 h.

(1) Le laboratoire organisé en 1871, d'abord pour la Clinique médicale par l'initiative de M. le professeur Béhier et de M. Liouville, a été compris en 1873, au nombre des laboratoires institués officiellement près des cliniques, et devant desservir à la fois et le service de la chirurgie (M. Richet), et celui de la médecine (M. Béhier).

Collége de France. — M. Franc (François), docteur en médecine, est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France, en remplacement de M. Tridon, démissionnaire.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires. Année 1875-1876.

COURS ET EXERCICES PRATIQUES. (MÉDECINS ET PHARMACIENS STAGIAIRES.)

Du 1er janvier au 1er novembre.

Clinique médicale. M. VILLEMIN, professeur. Mardis et samedis, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique chirurgicale M. GAUJOT, professeur. Lundis et vendredis, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique des maladies vénériennes et cutanées. M. PAULET, professeur. Mardi, de 8 h. à 10 h. du matin.

Ophthalmoscopie. M. PERRIN, professeur. Lundi, de 2 h. 1/2 à 4 h.

Laryngoscopie. M. VILLEMIN, professeur. Mercredi, de 2 h. 1/2 à 4 h.

Otoscopie. M. GAUJOT, professeur. Mercredi, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Du 1er janvier au 1er mai.

Anatomie appliquée. PAULET, professeur. Lundis, mercredis et vendredis, de midi à 1 h.

Diagnostic et exercices qui s'y rattachent. M. LEREBOULLET, professeur-agrégé. Mardi et samedi, de 2 h. 1/2 à 4 h.

Appareils et bandages. PINGAUD, professeur-agrégé. Lundi et vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Du 1er mai au 1er novembre.

Manipulations chimiques. M. FLEURY, professeur-agrégé. Vendredi, de h. 1/2 à 4 h.

Du 1er mars au 1er novembre.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. COULIER, professeur. Mardi et samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Du 1er mars au 1er juillet.

Maladies et épidémies des armées. M. COLIN, professeur. Mercredis et vendredis de 4 h. à 5 h.

Du 1er mai au 1er novembre.

Blessures de guerre. M. GAUJOT, professeur. Mardis et samedis, de 4 h. à 5 h.

Hygiène et médecine légale militaires. M. VALLIN. Lundi, de 4 h. à 5 h. t mercredi de midi à 1 h.

Médecine opératoire. M. PERRIN, professeur. Lundis, mercredis et vendis, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Matière médicale. M. FLEURY, professeur-agrégé. Vendredi, de 4 h. à 5 h.

Du 1er mai au 1er juillet.

Analyses chimiques. M. FLEURY, profeseur-agrégé. Mercredi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Du 1er mai au 1er novembre.

Pharmacie militaire et comptabilité. M. FLEURY, professeur-agrégé. Lundi, de 1 h. à 2 h. 1/2.

Législation et administration militaires. M. DELAPERRIERRE, professeur. Mardis et samedis, de midi à 1 h.

RÉPARTITION DU TEMPS.

Tous les jours. en hiver, de 7 à 10 h., en été de 6 à 10 h., Service pratique et clinique.

Lundi. De midi à 1 h. Anatomie appliquée. De 1 h. à 2 h. 1/2. Appareils et bandages, ou médecine opératoire. Pharmacie militaire et comptabilité. — De 2 h. 1/2 à 4 h. Ophthalmoscopie. — De 4 h. à 5 h. Hygiène et médecine légale militaires.

Mardi. De midi à 1 h. Législation et administration militaires. De 1 h. à 2 h. 1/2. Chimie appliquée. — De 2h. 1/2 à 4 h. Diagnostic. — De 4 h. à 5 h. Blessures de guerrre.

Mercredi. De midi à 1 h. Anatomie appliquée ou hygiène et médecine légale. De 1 h. à 2 h. 1/2. Médecine opératoire. Analyses chimiques. De 2 h. 1/2 à 4 h. Laryngoscopie ou otoscopie. — De 4 h. à 5 h. Maladies et épidémies des armées.

Jeudi. Equitation. — Visite aux établissements de salubrité.

Vendredi. De midi à 1 heure : Anatomie appliquée ; — De 1 heure à 2 h. 1/2 : Appareils et bandages, ou médecine opératoire : — De 2 h. 1/2 à 4 h. : Manipulations chimiques ; — De 4 heures à 5 heures : Maladies et épidémies des armées ; Matière médicale.

Samedi. De midi à 1 heure : Législation et administration militaires ; — De 1 heure à 2 h. 1/2 : Clinique appliquée ; — De 2 h. 1/2 à 4 heures : Diagnostic ; — De 4 heures à 5 heures : Blessures de guerre.

Dimanche. Equitation.

Elèves en cours d'études près de la Faculté et de l'Ecole superieure de pharmacie.

CONFÉRENCES ET EXERCICES PRATIQUES. Du 10 novembre au 1er janvier.

Chimie médicale. M. COULIER, professeur. Lundi et vendredi, de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Physique médicale. M. FLEURY, professeur agrégé. Mardi et samedi, de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Du 1er janvier au 1er mai.

Anatomie descriptive et physiologie. M. PONCET, professeur agrégé. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 2 heures.

Du 1er mai au 1er novembre.

Pathologie générale et interne. M. LAVERAN, professeur agrégé. Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 1 heure.

Pathologie externe. M. PINGAUD, professeur agrégé. Mardi et samedi, de midi à 1 heure.

Du 1er août au 1er octobre.

Médecine opératoire. M. CHAUVEL, professeur agrégé. Tous les jours, de midi à 3 heures.

Du 1er novembre au 1er jauvier.

Thérapeutique. M. LEREBOULLET, professeur agrégé. Lundi et vendredi, de midi à 1 heure.

Hygiène et médecine légale. M. LACASSAGNE, professeur agrégé. Mardi et samedi, de midi à 1 heure.

Du 1er août au 1er octobre.

Manipulations chimiques. M. FLEURY, professeur agrégé. Tous les jours, de midi à 3 heures.

RÉPARTITION DU TEMPS :

Tous les jours, de 8 à 11 heures : *Cliniques* de la Faculté ; — De midi à 6 heures : *Cours* de la Faculté et de l'Ecole supérieure de Pharmacie ; — *Dissections* à l'Ecole pratique de la Faculté ; — *Conférences* et *exercices pratiques* relatifs aux matières sur lesquelles portent les examens du Doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe, à des heures différentes de celles des cours institués à la Faculté et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Paris, le 31 octobre 1875.

Le médecin-inspecteur de l'armée, directeur de l'Ecole,
A. DIDIOT.

HOPITAUX

L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE est située Avenue Victoria, nº 3 et quai Le Peletier nº 4. Directeur : M. de Nervaux ; — Secrétaire-général, M. Bailly ; — chef du bureau, en rapport avec le personnel médical des hôpitaux, M. Mourlan.

HOTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame.—*Médecins* : M. BÉHIER : salles Sainte-Jeanne, H., lits nº 1 à 41 ; Sainte-Anne, F. . — Visite à 9 h. ; — interrogatoire des malades par les étudiants. — M. GUÉNEAU DE MUSSY : salles Saint-Bernard, (H.) et Saint-Pierre, (F., lits 1 à 16, et 44 à 81) ;—visite à 9 h. et demie : — consultations le samedi. — M. MOISSENET : salles Sainte-Jeanne, (H) ; — Saint-Roch, (F.), — visite à 8 h. et demie ; — consultation le vendredi. — M. FAUVEL : salles Saint-Landry, (H., lits de 1 à 19) et Saint-Joseph. (F.). — Visite à 9 h. et demie ; — consultation le jeudi. —M. FRÉMY : salles Sainte-Marthe, (H.). et Saint-Maur, (F.) — Visite à 8 h. ; — consultation le lundi. — M. HÉRARD : salles Saint-Landry, (H., lits 19 à 3[illegible] ; Saint-François, (F. et Saint-Pierre, (F., lits 1[illegible] à 32.) — Visite à 8 h. et demie ; — consultation le mercredi ; interrogatoire des malades par les élèves. — M. OULMONT : salles Saint-Raphaël. (H.), et Sainte-Monique, (F.) — Visite à 6 h. et demie : — consultation le mardi.

Chirurgiens : MM. RICHET : salles Sainte-Marthe, la moitié H.), et Saint-Charles, (F.) — Visite à 9 h. ; — consultations les lundis et jeudi. — CUSCO : salles Sainte-Marthe, (H.), lits de la première moitié à droite et à gauche, et Saint-Paul, (F.) — Visite à 9 h. et demie ; — consultation les mardis et samedis ; maladies des yeux les mardis ; A. GUERIN : salles Saint-Antoine, (H.), et Saint-Maurice, (F.) — Visite à 8 h. ; — consultation les mercredis et vendredis.

Cliniques de la Faculté. Médecine : Professeur, M. BÉHIER, les lundis, mercredis, vendredis à 9 h. et demie ; — *chef de clinique.* M. DEBOVE ; — *chef de laboratoire.* M. LIOUVILLE. — Chirurgie : Professeur, M. RICHET, les mardis, jeudis, samedis à 9 h. et demie. (Voir LABORATOIRES.)

HOPITAL DES CLINIQUES, place de l'Ecole de Médecine, 21. — *Chirurgien* : M. le professeur BROCA. Visite à 9 heures. — Leçons de *Clinique chirurgicale*, les lundi, mercredi et vendredi. — Deux salles, l'une consacrée aux hommes, l'autre aux femmes.

Accouchements : M. le professeur DEPAUL ; — chef de clinique, M. PINARD. Visite à 8 heures. — Leçons de *Clinique obstétricale* les mardi, jeudi et samedi.

Les étudiants ne peuvent entrer que munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée au secrétariat de la Faculté. Ceux qui remplissent cette condition ont le droit de rester à la salle d'accouchement quand une femme est en travail, depuis 8 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir. — Les etudiants qui se sont fait inscrire auprès du chef de clinique examinent, sous sa direction, les femmes enceintes 3 fois par semaine. (Voir LABORATOIRES.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ, rue Jacob, n° 47. — *Médecins :* M. le professeur G. SÉE ; chef de clinique, M. le D[r] SEVESTRE. Salles Saint-Anne (F) et Saint-Charles (H). Visite à 8 heures et demie. Consultation le mardi. M. le professeur N... (1) — M. Lancereaux, professeur agrégé, chargé du cours ; chef de clinique, M le docteur J. RENAUT. — Salles Saint-Jean-de-Dieu, (H.) et Sainte-Madeleine (F). Visite à 8 h. et demie. Consultation le lundi. — M. BOURDON : Salles Saint-Louis (H), Saint-Basile (F) et Sainte-Julie. (*Accouchements et crèche*). Visite à 8 heures trois quarts. Consultation le mercredi.

M. EMPIS : Salles Saint-Michel (H) et Sainte-Marthe (F). Visite à 8 heures. Consultation le vendredi. — M. BERNUTZ : Salles Saint-Ferdinand (H) et Saint-Joseph (F). Visite à 8 heures trois quarts. Consultation le jeudi. — M. WOILLEZ : Salles Saint-Félix (H) et Saint-Vincent (F). Visite à 9 heures. Consultation le samedi.

Chirurgiens : M. le professeur GOSSELIN : Salles Sainte-Vierge (H) et Sainte-Catherine (F). Visite à 8 heures. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. — M. le professeur TRÉLAT : Salles Saint-Jean (H) et Sainte-Rose (F). Visite à 9 heures. Consultation les mardis, jeudis et samedis.

Enseignement. — Cliniques de la Faculté: M. G. SÉE : leçons les lundis, mercredis et vendredis à 9 h. — LANCEREAUX : leçons les mardis, jeudis et samedis à 9 h. — M. GOSSELIN : leçons cliniques et opérations les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Cliniques libres. — M. BERNUTZ fait pendant l'été des cliniques sur les *maladies des femmes.* — Examen au spéculum le samedi. — M. TRÉLAT : leçons de *clinique chirurgicale et opérations* le mercredi à 10 h. ; *maladies des femmes* le lundi ; *maladies des yeux* et examen ophthalmoscopique le vendredi.

Bibliothèque des internes de l'hôpital de la Charité. — Cette bibliothèque, créée en 1869 par la généreuse initiative du docteur Passant, à l'usage des internes en médecine et en chirurgie de l'hôpital, possède déjà un assez grand nombre d'ouvrages dont la plus grande partie a été donnée par le fondateur. Elle s'enrichit tous les jours par la collection des journaux et des revues adressées à la salle de garde, et par les cadeaux nombreux qu'elle reçoit. Deux cents volumes de thèses (collection de 1820 à 1850) ont été offerts par la Société de chirurgie. Le local, fourni par l'administration, est bien vite devenu insuffisant, et les volumes de thèses ont dû être déposés à la salle de garde dans un casier spécial.

HOPITAL DE LA PITIÉ, 1, rue Lacépède, 720 lits.

Médecins. — M LASÈGUE : — Chef de clinique, M. DU CASTEL : salles Saint-Paul (H.) et Saint Charles, (F.). — Visite à 8 heures 1/2 ; — consultation le lundi ; — leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. GALLARD : salles du Rosaire (F.) et Saint-Athanase (H.) ; — Visite à 8 heures 1/2 ; — Consultation le mardi. Interrogations des malades par les élèves du service ; — Jeudi, leçons sur les maladies des femmes, examen au spéculum. — M. VULPIAN : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-Raphaël (H). — Visite à 8 heures 1/2 ; — Consultation le mercredi. — M. DAMASCHINO, remplaçant ; (anciennement M. LORAIN) : salles Notre-Dame (F. et femmes en couches), et Saint Michel, (H.) ; — Visite à 9 heures ; — Consultation le jeudi. — M. DESNOS : salles Sainte-Marthe (H.) et Sainte-Geneviève (F.) ; — — Visite à 8 heures 1/2 ; interrogations des malades par les élèves du service ; — Consultation le vendredi. — M. GOMBAULT : salles Sainte-Eugénie (F.) et Saint-Benjamin (H.) — Visite à 9 heures ; — Consultation le samedi.

Chirurgiens. — M. VERNEUIL : salles Saint-Augustin (F.) et Saint-Louis (H.) — visite à 8 heures 1/2 ; — *Leçons cliniques*, lundis, mercredis et vendredis — Consultations les mardis, jeudis et samedis. — M. L. LABBÉ : salles Saint-Jean (F.) et Saint-Gabriel (H.) ; — Visite à 8 heures 1/2 ; — Consultation les lundis, mercredis et vendredis.

Il existe à l'hôpital de la Pitié une *bibliothèque médicale* fondée par MM. les Internes en médecine.

HOPITAL LARIBOISIÈRE, rue Ambroise Paré : 695 lits.

Médecins. — M. MILLARD : salles Sainte-Joséphine (F,) et Saint-Vincent (H.) ; — Visite à 8 h 1/2. — Consultation le vendredi. S'occupe plus particulièrement des *maladies de poitrine et d'auscultation.* — *Interrogations* des élèves. — M. JACCOUD : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-Jérome (H.). — Visite à 8 h. 1/2 ; — Consultation le mercredi (*maladies du cœur et des reins*). — M. GUYOT : salles Sainte-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.) ; — Visite à 8 h. 1/2 ; — Consultation le jeudi. — M. SIREDEY, salles Sainte-Anne (F. en couches), Sainte-Marthe (bis) n° 1 à 18 (nourrices), Sainte Geneviève (F.) et Sainte-Augustine (bis) n° 11 à 30 (H.). — Visite à 8 h. — Consultation le lundi. (*Maladies des femmes*, examen au spéculum les mercredis et vendredis à 9 h.) *Interrogation* des élèves. — M. RAYNAUD : salles Sainte-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.), — Visite à 8 h. 3/4 : — Consultation le mardi. — M. ISAMBERT : salles Sainte-Marie (F.) et Saint-Charles (H.) ; — visite à 9 h. ; — Consultation le samedi ; — *Maladies du larynx, examens laryngoscopiques* le vendredi à 10 h.

Chirurgiens. — M. PANAS : salle Sainte-Marthe (F.), salle Sainte-Marthe (bis) n[os] 10 à 20 (F. *maladies des yeux*) ; — salle Saint Ferdinand (H.), salle Saint-Honoré (H.), salle Saint-Augustin (bis) 1 à 10 (H. *maladies des yeux*. M. Panas fait en été le *cours complémentaire* de la Faculté sur les *maladies des yeux.* — Opérations sur les yeux le jeudi. — Opérations chirurgicales le samedi ; — Visite à 8 h. 1/2 ; — Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — M. TILLAUX : salle Sainte-Jeanne (F.), salle Saint Louis (H.), salle Saint-Augustin (H.). Interrogations des élèves. — *Leçons cliniques* et opérations tous les mercredis à 9 h. — *Maladies des oreilles* le dimanche à 9 h. — Consultation les mardis, jeudis, samedis. — Visite à 8 h. 1/2.

Bibliothèque des internes de Lariboisière. Cette bibliothèque possède déjà un nombre respectable de volumes, notamment les *Archives de médecine* et les principaux classiques. Elle s'enrichit tous les jours de journaux, de revues et de thèses.

HOPITAL SAINT-ANTOINE, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 184. — 600 lits. — *Médecins.* — M. BROUARDEL : Salle Saint-Augustin (hommes); — Pavillon 3 (F.) ; visite à 8 h. 1/4 ; — Consultation le samedi ; — maladies des femmes le mercredi. — M. DUMONTPALLIER : Salle-Saint-Lazare (H.); — Salle Sainte-Geneviève (F.); — Salle Sainte-Marie, (crèche) ; — visite à 9 h. 1/2; — Consultation le lundi ; — Maladies des femmes, mardi. — M. MESNET : salle Saint-Hilaire (H.); — Salle Sainte-Cécile ; — Visite à 9 heures; — Consultations le mardi. — M. MOLLAND : Pavillon 6 (H.); — Pavillon 4 et 5 (F.); — Visite à 9 heures ; — Consultation tous les jours de la semaine, alternativement. — M. CONSTANTIN PAUL : Salle Saint-Louis (H); — Salle Sainte-Thérèse (F.); — Visite à 9 heures 1/4; — Consultation le vendredi ; — Maladies des femmes, lundi. — M. PETER : Salle Saint-Antoine, (H.) — Salles Saint-Adélaïde et Sainte-Marguerite (F), accouchements ; — Visite à 8 heures 1/2 ; — Consultation le mercredi. — M. PROUST : Salle Saint-Etienne (H); — Salle Sainte-Jeanne, (F); — Visite à 9 heures ; — Consultation le jeudi.

Chirurgiens. — M. BENJAMIN ANGER : salles Saint-Ferdinand et Saint-Christophe (H.); — Pavillon 1 et 2 (F.), — Visite à 8 heures 1/2; — Consultation : mardi, jeudi et samedi. — M. DUPLAY : Salles Saint-Barnabé et Saint-Joseph (H.); — Salle Sainte-Marthe (F.); — Visite à 8 heures 1/2; — Consultations : lundi, mercredi et vendredi ; — Consultations pour les maladies des yeux et des oreilles le jeudi ; — maladies des femmes le samedi ; — opérations le mardi.

Clinique chirurgicale : M. DUPLAY reprendra ses leçons le mardi 9 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera tous les mardis à la même heure. — *Opérations* à 10 h. 1/4.

Clinique médicale : M. PETER reprendra ses conférences le samedi 12 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera tous les samedis à la même heure. — Leçons de *diagnostic* le jeudi à 8 h. et demie.

Bibliothèque des internes en médecine : 142 volumes. Nombreuses thèses et brochures.

HOPITAL NECKER, rue de Sèvres, 151. Nombre de lits, 440. *Médecins :* M. POTAIN : salles Saint-Louis, (H.), Sainte-Anne, (F.,). Spéculum le mardi. Consultation le jeudi. — M. CHAUFFARD : salles Saint-Luc, (H.), Sainte-Eugénie (F.), Sainte-Cécile: nourrices et femmes en couches. Consultation le mercredi. — M. LABOULBÈNE : salles Saint-André, (H.), Sainte-Eulalie et Sainte-Thérèse, (F.). Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. Examen et interrogations des malades par les élèves. — M. DELPECH : salles Saint-Ferdinand, (H.), et Sainte-Adélaïde, (F.). Spéculum le jeudi. Consultation le lundi. — La consultation est faite à tour de rôle les vendredis par MM. Delpech ou Chauffard; les samedis par MM. Laboulbène ou Potain.

Chirurgiens : M. DÉSORMEAUX : salles Saint-Pierre, (H.), et Sainte-Marie, (F.). Les lundis et jeudis à dix heures examen à l'*endoscope* ; opérations le mardi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — M. GUYON salles Saint-Jean, Saint-Paul, Saint-Vincent (H.), Sainte-Pauline, (F.). Opérations le jeudi. Consultations les mardis, jeudis et samedis.

Fondation Civiale pour les maladies des voies urinaires, salle Saint-Vincent, leçons au lit des malades et opérations le samedi. Leçons cliniques à l'amphithéâtre en été. Le *musée Civiale*, près la salle Saint-Vincent, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES, rue de Sèvres, 149. — *Médecins* : (Maladies aiguës, 180 lits). M. ARCHAMBAULT : Visite à 9 h. salles St-Louis, (garçons) et Ste-Geneviève (filles). Consultation le mardi. *Clinique* à l'amphithéâtre le vendredi ; — M. BOUCHUT : Visite à 8 h. 1/2 salle Sainte-Catherine. *Clinique* au lit du malade et à l'amphithéâtre le mardi à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. — M. LABRIC ; Visite à 8 h. 1/2 ; salle Saint-Jean. Consultation le vendredi.

2° Maladies chroniques et teigne (150 lits) ; — M. J. SIMON : Filles. Consultation le jeudi ; consultation de maladies aigues, avec clinique, le samedi. — M. BLACHEZ : Garçons. Consultation le lundi.

Chirurgien. — M. DE SAINT-GERMAIN. Visite à 8 h. 1/2 (salles Saint-Augustin, Sainte-[illegible]me, Sainte-Pauline, Sainte-Thérèse). Clinique quotidienne au lit du malade. Le jeudi, opérations et leçons cliniques, dont la première aura lieu le 18 novembre prochain, et sera, suivant l'usage, consacrée à la trachéotomie. Tous les jours, sauf le jeudi, consultation. Le samedi la consultation est spécialement consacrée à l'orthopédie et à l'application des appareils orthopédiques. Dans le cours de ses leçons, qui seront continuées jusqu'en août 1876, M. de Saint-Germain, divisant en deux parties [illegible] de ses conférences, consacrera la première à une véritable revue clinique des malades de son service, et la seconde [illegible] les principales questions [illegible] à la chirurgie [illegible] qu'il pos-

(1) Conformément à la mesure prise vers 1869, [illegible] la clinique médicale de la Charité, sera prochainement transportée à l'[illegible] Necker.

sera en revue : la téotomie, l'amygdalotomie, la ténotomie, la thérapeutique chirurgicale des fractures et des affections articulaires, et terminera par une série de leçons consacrées à l'orthopédie.

— Il existe à l'hôpital des Enfants-Malades une *bibliothèque*, créée par les internes en médecine.

Hopital Beaujon, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 208. — *Médecins :* MM. Gubler : salles Saint-Louis, (H.) 35 lits, et Sainte-Marthe, (F. 20 lits. — Visite à 8 heures et demie : — consultation les mercredis et samedis de quinzaine. — Matice suppléé par M. Lépine : salles Beaujon, (H.), 18 lits; Sainte-Monique, (F.), 18 lits, et Sainte-Hélène (accouchements), 16 lits. — Visite à 9 heures; — consultation, mardis, et mercredis de quinzaine. — Moutard-Martin : salles Saint-François, (H.) 28 lits, et Sainte-Claire, (F.) 39 lits. — Visite à 9 h.; — consultation, vendredis et lundis de quinzaine; — les samedis, examen des malades. — Axenfeld, suppléé par M. Audhoui : salles Saint-Jean, (H). 35 lits, et Sainte-Paule, (F.) 22 lits. — Visite à 9 h.; — consultation, jeudis et vendredis de quinzaine. — les lundis, consultation pour la teigne.

Chirurgiens : MM. Dolbeau, premier pavillon (H.). 36 lits, 4e pavillon, (F.)— Visite à 8 h. et demie; — consultation, lundis, mercredis, vendredis; — opérations, jeudi. — Visites principales, samedi, hommes; mardi, femmes.— Le Fort : 2e pavillon, (H.), 58 lits; — rez-de-chaussée du 4e pavillon (F.) 18 lits. — Visite à 9 h.; — consultations, mardis, jeudis et samedis : — opérations, mercredis.

Laboratoire d'histologie. — Il y a à Beaujon un laboratoire d'histologie.

Bibliothèque. L'administration a cédé un local à côté des chambres des internes pour la bibliothèque qui, très-abandonnée auparavant, a fait quelques progrès depuis sa nouvelle installation. Elle renferme 150 volumes, des journaux et des thèses.

Hopital Cochin, faubourg Saint-Jacques, n° 47. *Médecin* : M. Bucquoy : — 25 lits d'hommes; 35 lits de femmes. Visite à 8 h. 1/2. Interrogations au lit du malade. — M. Bucquoy fait chaque année des *leçons cliniques* à l'amphithéâtre.

Chirurgien, M. Després, 15 lits d'hommes, 25 lits de femmes. Il existe de plus un service dans des baraques. Visite à 8 h. 1/2. M. Després fait également chaque année des leçons de clinique chirurgicale que nous annoncerons ultérieurement. — Il existe à l'hôpital Cochin une bibliothèque médicale fondée par les Internes.

Accouchements : M. Polaillon. — Le pavillon d'accouchements est une annexe de l'hospice de la Maternité, le chirurgien est professeur adjoint à l'école d'accouchement. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Un interne et un externe y sont attachés ainsi que deux aides sages-femmes choisies parmi celles qui ont été classées les premières à leur sortie de la Maternité.

Hopital Temporaire, 42, rue de Sèvres. *Médecins :* MM. Fernet ; salles Sainte-Geneviève et Sainte-Marthe, (H.), Saint-Joseph, (F.)— Visite à 8 h. et demie. — Interrogations des malades par les élèves. — M. Dujardin-Beaumetz : salles Saint-Jean et Saint-Louis, (F.), Sainte-Hélène, (H.)— Visite à 8 h. et demie. — Interrogations des malades par les élèves. —Léconché : salles Saint-François, (F.), Sainte-Anne, (H.), Sainte-Marie, (crèche).

Chirurgien : M. J. Lucas-Championnière. — Visite à 8 h. et demie; — lundi, jour d'opérations. — Salle Saint-André, (H.)

Hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, n° 47 : 4.162 lits.— *Médecins* : MM. Charcot et Luys. — *Médecins aliénistes :* MM. Delasiauve, Moreau (de Tours), Trélat, père, A. Voisin. — *Chirurgiens :* M. Meunier, suppléé par M. Terrier. — M. Charcot commencera ses *leçons cliniques sur les maladies du système nerveux* le dimanche 28 novembre, à 9 h. 1/2. — M. A. Voisin reprendra cet hiver ses leçons cliniques sur *l'aliénation mentale.* — M. Luys fait son cours pendant le semestre d'été. — Il existe à la Salpêtrière une *bibliothèque médicale* fondée [illegible] et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1,[illegible] volumes (dont 398 ont été donnés par M. Passaut).

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — *Médecin :* M. Descroizilles. — *Médecins aliénistes :* MM. Berthier, Falret et Legrand du Saulle. — *Chirurgien :* M. Lannelongue. Il existe à Bicêtre une belle bibliothèque, récemment enrichie par le legs Burlaud.

Hopital Sainte-Eugénie, rue de Charenton, n° 89. — *Médecins.* — M. Bergeron : salle Saint-Benjamin, 30 lits (garçons); — Salle Sainte-Mathilde (filles); — salle d'isolement pour les scarlatineux ; — visite à 8 h.: — Consultations les lundis et jeudis. —M. Triboulet : Salle Sainte-Marguerite, 24 lits (F.); — Salle Sainte-Geneviève (chroniques): 62 lits (F.); — salle [illegible] (F.); — salle d'isolement pour scarlatine, variole et rougeole. — Visite à 8 h. [illegible]; — Consultation, mercredis et samedis. — M. [illegible] : Salle Saint-Joseph, 24 lits, malades aigus (G.); — Salle Saint-Augustin, [illegible] chroniques (G.); — Salle Saint-Vincent, [illegible] lits, teigneux [illegible]. — Salle d'isolement; — visite à 8 heures et demie; — consultation, mardis et vendredis. — Leçons [illegible] au lit du malade [illegible], salle Saint-Joseph.

Chirurgiens — M. Marc Sée : Salle [illegible] (G.). — Salle Ste-Eugénie, 45 lits F.). — Visite à [illegible] — Consultation tous les jours à 10 h.; — Pas de jour d'opération déterminé. — La Bibliothèque ne renferme que quelques thèses et quelques collections de journaux datant des dernières années.

Hospice des Enfants-Assistés, rue d'Enfer, n° 100. — *Médecin :* M. Parrot. Leçons cliniques sur les *maladies des nouveau-nés*, pendant le semestre d'été. — *Chirurgien :* M. G[illegible]ot.

Hopital Saint-Louis, rue Bichat, 40. — Hôpital spécial pour les maladies de la peau. Chaque médecin fait la consultation un jour par semaine, et le lendemain examine les nouveaux dans le service qu'il dirige.

Médecins : M. Besnier. Consultations le lundi, examen des nouveaux le mardi à 8 heures et demie. — Hommes : salle Saint-Léon ; femmes : salle Saint-Thomas. — M. Hillairet. Consultations le mardi, examen des nouveaux le mercredi, 8 heures et demie. Clinique des maladies de la peau pendant le semestre d'été. Hommes : salle Saint-Louis ; femmes : Henri IV. — M. Lailler. Consultations le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le vendredi, 8 heures et demie. Maladies de la peau et service des teigneux. Cours de pathologie cutanée durant le semestre d'été. Hommes : Saint-Mathieu; femmes : salle Sainte-Foy. — M. le professeur Hardy ; Consultations le jeudi, examen et leçons cliniques le vendredi, toute l'année. Salle Saint-Jean, hommes et femmes maladies de la peau; — Salle Saint-Ferdinand (femmes en couches). Visite à 9 heures. — M. Guibout Consultation le vendredi, examen des nouveaux le samedi. — Salles St-Charles (H.), Henri IV (F.).— Conférences sur les maladies des femmes et examen au spéculum le lundi. — M. Vidal : Consultations le samedi, examen des nouveaux les dimanches et lundis. Visite à 8 heures et demie. Hommes : salle Saint-Louis; femmes : salle Saint-Thomas.

Chirurgiens : M. Péan. Consultations : lundi, mercredi, vendredi. Opérations et clinique le samedi à 9 heures. — M. Cruveilhier. Consultations : mardi, jeudi, samedi. Opérations le vendredi à 9 heures.

Musée pathologique. — Le musée de l'hôpital Saint-Louis est ouvert tous les jours de 8 à 11 heures. Il compte à peine 8 années d'existence, mais déjà, à côté de l'atlas d'Hébra et des pièces offertes par MM. Devergie et Lailler, à côté de nombreux dessins, aquarelles et photographies, les reproductions, chaque jour plus nombreuses des affections de la peau par des pièces moulées (procédé de M. Baretta), constituent un ensemble remarquable, utile secours pour l'étude des maladies de la peau. Les pièces moulées sur nature vivante, qui sont par conséquent d'une exactitude parfaite, sont aujourd'hui au nombre de 300. Il serait à désirer que le musée se complétât par une collection de préparations microscopiques relatives aux lesions cutanées.

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires de l'hôpital Saint-Louis peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de M. Lailler, c'est aussi aux dons faits par les médecins de l'hôpital, que les élèves doivent cette précieuse institution. — Il existe, en outre, à l'hôpital Saint-Louis, une bibliothèque, riche surtout en travaux sur les maladies de la peau, et qui appartient aux internes en médecine.

Hopital du Midi (vénériens), rue des Capucins, n° 1. — *Médecins :* MM. Mauriac; — Simonnet. — *Chirurgien :* M. Hortèloup. M. le Dr Mauriac reprendra ses *leçons cliniques sur les maladies vénériennes*, le samedi 27 novembre. Il continuera l'histoire de la *blennorrhagie et des affections urinaires* consécutives. Chaque conférence sera précédée d'une *revue clinique des malades* du service et suivie *d'instructions pratiques* sur la *prophylaxie, l'hygiène et le traitement des maladies vénériennes.*

Hopital Lourcine, rue de Lourcine, n° 111 (vénériennes), nombre des lits : 220. — *Médecins :* MM. Alf. Fournier : leçons cliniques, cours complémentaire de la Faculté pendant le semestre d'été ; — *Musée spécial des affections vénériennes* ; — Visite des malades nouvelles le mercredi à neuf heures. — Lancereaux, cours libre pendant l'été. — *Chirurgien :* M. N...

Maison d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123. *Médecin.* M. Hervieux. — *Chirurgien en chef.* M. Tarnier.— *Chirurgie-adjoint.* M. Polaillon. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants, il est réservé, par l'administration de l'assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie : il n'y a pas d'externes.

Cette maison comprend en réalité deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement; une salle contenant 32 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une médecin[illegible] de 12 lits, l'autre chirurgicale de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef. L'une contient 20 lits et l'autre 24. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. [illegible] sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvre, douleurs abdominales, etc., elle est immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est dans un corps de bâtiment distinct, et il est tout-à-fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans 6 salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes : c'est ce système [illegible] joint à la diminution du nombre des accouchements, etc., qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'est plus [illegible] demi à deux pour cent, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on [illegible] la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques [illegible] nombre, des femmes [illegible] des [illegible] en ville.

En dehors de ces [illegible] services [illegible] du médecin, de la sage-femme [illegible] chirurgien [illegible] service de garde [illegible].

L'Ecole d'accouchement [illegible] d'élèves : elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier [illegible] par M. le docteur [illegible] et sous celle [illegible] sages-femmes [illegible] tour de rôle de [illegible] élèves les leçons du professeur [illegible] de surveiller les accouchements [illegible] élèves sont divisées [illegible] séries [illegible] heures à la salle d'accouchement [illegible] chefs [illegible] parmi les élèves [illegible] les plus instruites : ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes ; elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année, accompagnées de leur père, de leur mère ou de leur mari. Le prix de la pension qui doit être versé pour une année [illegible] être élevé à 1,000 francs. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés faites par M. Hervieux, sur la Botanique faites par le pharmacien en chef, sur l'Anatomie et la Physiologie élémentaires faites par l'un des internes.

Il existe enfin dans le grand parc de la Maternité un petit pavillon (1) construit sur les indications de M. le Professeur Tarnier, pavillon [illegible] complètement [illegible] la surveillance est [illegible] mantes qui donnent [illegible] sur une [illegible] centrale où se tiennent les [illegible]. Dans ce pavillon sont réalisées les conditions d'isolement [illegible] qu'on rencontre dans la pratique [illegible] a la fin de cette année [illegible] six mois [illegible] grand nombre d'accoucheurs français, russes, [illegible] allemands, italiens, [illegible], etc.

Asile Sainte-Anne [illegible] en [illegible] MM. [illegible] — [illegible] mission, MM. B[illegible] (Voir aux Nouvelles).

Maison municipale de santé, [illegible] Faubourg-Saint-[illegible] — Médecins : MM. [illegible] — [illegible] M. [illegible] Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il [illegible] élèves du service.

— Il existe encore [illegible] à Ivry, la [illegible] à Issy, [illegible] d'Orléans ; — [illegible] Saint-Pierre, etc., mais [illegible] ne sont guère [illegible].

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins [illegible] — [illegible]

(1) [illegible]

des réglements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat* :

Art. 105. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes, doit être âgé de 18 ans au moins et de 25 ans au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindrait 25 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et, si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite d'âge fixée par le réglement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine (2) ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié ; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des facultés de médecine. Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire [illegible] seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 111. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve [illegible] une question d'anatomie descriptive ; il [illegible] cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur [illegible] de petite chirurgie. Chaque candidat [illegible] cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion [illegible] une question élémentaire [illegible] candidat aura également [illegible] minutes de réflexion. Le [illegible] candidats pour chacune de ses deux épreuves, [illegible].

Afin de permettre aux nombreux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours.

Concours [illegible] 1877. — 1° *Anatomie :* Os temporal ; — Maxillaire inférieur ; — [illegible] ; — [illegible] ; — Os coxal ; — Tibia ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Articulation scapulo-humérale ; — Articulation [illegible] ; — Articulation [illegible] ; — Articulation du genou ; — Articulation [illegible] ; — Muscle sterno-mastoïdien ; — Muscles de [illegible] ; — [illegible] ; — Muscle psoas-iliaque ; — Fosses nasales ; — [illegible] des poumons ; — Conformation extérieure et rapports [illegible] ; — [illegible] de l'aorte ; — Aorte abdominale ; — Artère [illegible] ; — [illegible] ; — Veines du membre supérieur.

2° *[illegible] petite chirurgie :* Furoncle ; — Brûlure ; — Symptômes [illegible] ; — [illegible] ; — Vaccine et vaccination ; — Ventouses [illegible] ; — Hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques ; — [illegible] du chloroforme ; — Contusion ; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales ; — Symptômes et diagnostic de [illegible] ; — [illegible] ; — Vaccination ; — Cathétérisme de l'urèthre ; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie ; — Ventouses ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Appareil de Scultet ; — Fractures de la clavicule ; — Saignée.

Concours de 1876. — 1° *Anatomie :* Crosse de l'aorte ; — Tiers supérieur du [illegible] ; — [illegible] ; — Muscles de la région antérieure de la jambe ; — Artère [illegible] ; — Artère humérale.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Fractures du radius ; — Signes et diagnostic [illegible] ; — Vésicatoires ; — Saignée au bras ; — [illegible] ; — [illegible] (Voir aux Nouvelles).

Voici maintenant les articles du réglement relatifs aux internes en médecine et en chirurgie :

Art. 1[illegible]. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter [illegible] élèves internes. Ils ne doivent pas être [illegible]. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat [illegible] : 1° un certificat constatant leur service en [illegible] depuis le 1er janvier précédent, sans interruption [illegible] ; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les [illegible] des établissements dans lesquels ils ont fait un service [illegible] leur exactitude, leur subordination [illegible].

Art. 12[illegible]. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : [illegible] consistant en une composition [illegible] sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé [illegible] : il sera accordé [illegible] minutes de réflexion [illegible] points à attribuer [illegible] pour la composition [illegible] terminées, [illegible].

(1) [illegible]

(2) [illegible]

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales :

Concours de 1872 : Nerf moteur oculaire commun ; ses paralysies ; — Péricarde ; signes et diagnostic de la péricardite ; — Enveloppes des bourses ; hydrocèle ; — Prostate ; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; — Clavicule ; fractures de la clavicule ; — Trachée ; symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Articulation temporo-maxillaire ; luxations de la mâchoire ; — Voies lacrymales ; tumeurs lacrymales ; — Fosse iliaque ; abcès de la fosse iliaque.

Concours de 1873 : Circulation hépatique ; symptômes et diagnostic de la cirrhose ; — Muscles de l'orbite ; séméiologie de l'exophthalmie ; — Anatomie topographique du cou-de-pied · symptômes et accidents consécutifs de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; — Rapports du rein ; accidents consécutifs de la lithiase rénale ; — Cœcum ; invagination intestinale ; — Anatomie de la joue ; stomatite ulcéro-membraneuse ; — Articulation scapulo-humérale ; signes de la luxation de cette articulation ; — Artère pulmonaire ; hémoptysie.

Concours de 1874 : Muscles du voile du palais ; paralysie du voile du palais ; — Région prostatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse ; — Voies lacrymales ; tumeurs lacrymales ; — Glotte ; complications de la coqueluche ; — Carotide externe ; anévrysme artérioso-veineux (1).

Nous devons ajouter que tous les ans il y a, à l'Assistance publique, un concours entre les internes, et que des prix sont décernés d'une part à la première division (internes de 3e et de 4e années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2e et de 1re années). Le concours de cette année a eu lieu le 3 novembre. Voici les questions qui ont été données pour la composition écrite : *Anatomie et physiologie des nerfs de la peau ; — Anatomie pathologique de l'érysipèle* (1re division) ; — *Anatomie et physiologie du nerf phrénique ; diagnostic des péricardites* (2e division).

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Enseignement du Dr MARTIN-DAMOURETTE. — Cet enseignement se compose de deux cours distincts : l'un de *physique*, *chimie* et *histoire naturelle médicale*, pour la préparation au 3e *examen de Doctorat* en médecine et au 1er *examen de fin d'année*. Plusieurs conférences sont affectées à l'interrogation des élèves sur les diverses matières qui sont l'objet de ces examens Ce cours se fait à 2 h. 1/2.

Un autre cours comprend la *thérapeutique*, l'*hygiène* et la *médecine légale*, et il sert de préparation au 4e *examen de Doctorat*. Il a lieu tous les jours à 1 heure.

La *durée* totale des cours est de deux mois ; mais en raison de la multiplicité des matières une nouvelle, série de leçons commence le 1er et le 15 de chaque mois On s'inscrit de midi à 1 heure chez le Dr Martin-Damourette, 17, Place de l'Ecole-de-médecine.

Préparation au 1er examen de fin d'année et au 3e examen de doctorat. — M. le Dr LELORAIN, licencié es-sciences naturelles a recommencé, le 4 octobre, ses cours préparatoires : herborisations, plantes fraîches, épreuves pratiques aux jardins de botanique. Durée du cours *six* semaines, *deux* heures par jour. — S'adresser chez M. le Dr Leloraiu, 9, rue Bertin-Poirée, de 4 à 5 heures.

Anatomie. — M. le Dr FORT, a commencé son cours d'anatomie le lundi 18 octobre à midi 1/2. On s'inscrit rue Jacob, 21, de 10 à 11 heures du soir ou de midi à 2 heures, rue Antoine-Dubois, no 2.

Anatomie. — M. le Dr LASKOWSKI a commencé son cours le mercredi 20 octobre, à midi et demi, dans son amphithéâtre, rue Monsieur-le-Prince, 29, et le continue tous les jours à la même heure. Ce cours comprend l'anatomie générale, de structure, l'anatomie descriptive, etc. Il durera tout le semestre d'hiver et sera terminé à la fin de mars. — S'adresser pour les renseignements, rue des Saints-Pères, 78, tous les jours de 4 à 5 heures.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX a recommencé son cours au laboratoire de l'hôpital des Cliniques, le lundi 11 octobre. Les élèves sont exercés individuellement. On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital des Cliniques.

Cours complet de pathologie interne. par MM. DEBOVE et J. RENAUT, chefs de clinique de la Faculté, répétiteurs de l'école des Hautes Etudes. — M. le Dr Debove traitera des *maladies générales* et des *maladies des appareils digestif et urinaire* ; lundi et vendredi de 8 heures à 9 heures du soir. — M. le Dr Renaut traitera les *maladies des appareils respiratoire, circulatoire et nerveux ;* mercredi et samedi de 8 a 9 heures du soir. — Nous indiquerons ultérieurement le jour d'ouverture de ce cours et l'amphithéâtre où il aura lieu.

(1) Ce concours a lieu d'ordinaire au commencement d'octobre. Les internes sont nommés pour 4 ans.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur TRÉLAT, chirurgien de la Charité, a repris ses leçons cliniques le mercredi 3 novembre à 9 h. 1/2, et les continue les mercredis de chaque semaine. (Voir HÔPITAUX, *Charité.*)

Clinique médicale de l'Hôpital de la Pitié. — M. le Dr T. GALLARD, médecin de la Pitié, reprendra son cours de *Clinique médicale* dans cet hôpital le *mardi* 16 *novembre* 1875, *à* 9 *heures du matin.* (Amphithéâtre n° 3). *Mardi* et *samedi* : Leçon à l'amphithéâtre. — *Jeudi* : Examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. — *Tous les matins* : Visite et interrogatoire des malades par les Elèves (salle Saint Athanase et salle du Rosaire). — *Nota*: Les questions relatives à l'*hygiène* et à la *médecine légale* seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder.

Policlinique de gynécologie chirurgicales du Dr BERRUT. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année : le *jeudi* à 9 heures du matin, Consultations libres sur les *maladies chirurgicales de la femme ;* à 11 heures, leçon clinique. *Vendredi* et *samedi*, à 9 heures : *Leçons particulières* pour lesquelles on s'inscrit tous les jours de 3 à 4 heures, rue de Bellechasse, 29.

Maladies des enfants.—M. le Dr ARCHAMBAULT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a commencé le vendredi 15 octobre, à 9 heures et demie, des conférences cliniques qui sont continuées les vendredis suivants à la même heure. (Voir HÔPITAUX, *Enfants malades*).

Cours clinique sur les maladies des enfants. — M. BOUCHUT a recommencé ce cours le mardi 26 octobre, à huit heures du matin, à l'hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, no 149 et le continue tous les mardis.

Accouchements. — M. le Dr VERRIER, préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de médecine, a recommencé ses cours et répétitions d'obstétrique le lundi 18 octobre à 4 h., à sa clinique, 37, rue de l'École de Médecine. Les leçons ont lieu tous les jours, le jeudi excepté. *Policlinique obstétricale et gynécologique.* Soins et opérations gratuites en ville par les élèves, sous la direction du professeur, pour éviter aux malades pauvres le séjour des hôpitaux.

Accouchements. — M. le Dr MIGON, 13, rue du Jardinet ; dispensaire et cours particuliers.

Cours public de laryngoscopie et de rhinoscopie.— M. le dr Ch. FAUVEL a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénegaud, 13. et le continue les lundis et jeudis à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par le laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. — Deux chefs de clinique, M. Poyet, interne des hôpitaux et M. le docteur Arcanian sont à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Clinique des maladies des voies urinaires — Docteur MALLEZ, 3, rue Christine, tous les jours à midi et demi. — Conférences cliniques les lundis, mercredis et vendredis à 1 heure. Le *laboratoire* de chimie pathologique et de micrographie est dirigé par M. le docteur Jardin. Il y a un *musée* d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire et une collection d'instruments spéciaux.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr RELIQUET fera, comme les années précédentes, son cours sur les maladies des voies urinaires. Il exposera la pathologie des voies urinaires tout entière.

Maladies des voies urinaires. — Le docteur DELAFOSSE a commencé son cours clinique à son dispensaire. rue des Poitevins, no 2, le jeudi 4 novembre à midi. Il le continue les samedis, mardis et jeudis à la même heure. Les malades sont reçus aux mêmes jours et à la même heure.

Maladies des yeux. M. le Dr Ch. ABADIE a repris ses leçons cliniques d'ophthalmologie le mardi 19 octobre à 1 heure et demie, à sa clinique, 17, rue Séguier, et les continue les vendredis et mardis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'*ophthalmoscope.* Des yeux artificiels sont mis à la disposition des commençants. Les *opérations* sont pratiquées les jours de clinique devant les élèves.

Ophthalmologie. — M. le Dr DESMARES fils commencera un cours clinique gratuit le mardi 9 nov. à 1 h. 1/2 et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, à sa clinique, rue Hautefeuille, no 8.

Clinique oculaire et chirurgicale du Dr FANO. professeur agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris. Rue Seguier, 14. à midi et demi, tous les jours de la semaine. Le mardi, opération ; le mercredi et le samedi, examen des malades à l'ophthalmoscope. Conférences sur le diagnostic des nouveaux malades tous les jours.

Clinique ophthalmologique du Dr GALEZOWSKI, rue Dauphine, 26. — Les conférences cliniques sont faites tous les jours de 1 heure à trois heures. Les lundis et les mercredis sont consacrés plus particulièrement à l'étude des maladies externes de l'œil ; les mardis et les jeudis aux opérations ; — les vendredis aux démonstrations ophthalmoscopiques ; et les samedis à l'étude de la réfraction.

Maladies des yeux. — M. le Dr LANDOLT : Cours d'*ophthalmoscopie*, à sa clinique, rue du Pont-de-Lodi, no 5, à partir du 1er janvier ; — Cours sur *diagnostic* des maladies des yeux pendant le semestre d'hiver.

Maladies des yeux. — M. le docteur SICHEL : 1° Cours théorique deux fois par semaine, mardi et jeudi à 8 heures du soir à l'Ecole pratique, à *partir du 23 novembre.* — 2° Conférences cliniques, deux fois par semaine, les mardis et vendredis, à sa *clinique*, rue Jacob, n° 12, à 1 h. et demie.

Maladies des yeux. — M. MEYER; clinique, rue de l'ancienne Comédie, 21 (?).

Electrothérapie. — M. ONIMUS fait un cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'hiver.

Electrologie médicale. — M. le Dr A. TRIPIER a commencé le mercredi 20 octobre, à une heure, au dispensaire de la rue Christine, n° 3, des conférences sur la pathologie nerveuse, la gynécologie et les applications de l'électricité à la médecine. Les leçons ont lieu tous les mercredis à la même heure.

Maladies vénériennes. — MM. SIMONNET, LABARTHE, VÉRITÉ.

Maladies de la peau. — M. le Dr ROCHARD, rue de l'Eperon, n° 7. Consultations tous les jours à midi. — Conférences cliniques tous les lundis à midi.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Premier semestre. — Les cours de la Faculté s'ouvriront en novembre, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. M. CHASLES, professeur ; M. Ossian Bonnet suppléant. Les mercredis et vendredis, à midi et demi.

Algèbre supérieure M. HERMITE, professeur. Les mercredis et vendredis à neuf heures et demie.

Calcul différentiel et intégral. M. J. A. SERRET, professeur. M. BOUQUET, professeur de la faculté, suppléant. Les lundis et jeudis, à huit heures et demie.

Mécanique rationnelle. M. LIOUVILLE, professeur, M. DARBOUX, suppléant. Les mercredis et vendredis, à huit heures et demie.

Astronomie mathématique et mécanique céleste. M. PUISEUX, professeur. Les mardis et samedis à dix heures et demie.

Calcul des probabilités, et physique mathématique. M. BRIOT, professeur. Les lundis et jeudis, à dix heures et demie.

Mécanique physique et expérimentale. M. BOUQUET, professeur, M. PAINVIN, suppléant. Les mardis et samedis, à une heure et demie.

Physique. M. P. DESAINS, professeur. Les mardis et samedis, à une heure et demie.

Chimie. M. H. SAINTE-CLAIRE DEVILLE, professeur. Il exposera les lois générales de la chimie ; il fera l'histoire des Métalloïdes. Les lundis et jeudis, à une heure.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. M. MILNE-EDWARDS, professeur. Il traitera des fonctions de nutrition et de relation dans l'ensemble du règne animal. Les mardis et samedis, à trois heures et demie.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée M. Henri DE LACAZE-DUTHIERS, professeur. Il étudiera quelques-uns des groupes les plus importants du règne animal. Les lundis et jeudis, à deux heures et demie.

Minéralogie. M. DELAFOSSE, professeur, M. DES CLOYSEAUX, suppléant. Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux, il fera l'histoire des principales espèces, et plus particulièrement de celles de la classe des métaux. Les mercredis et vendredis, à deux heures.

Jours et heures des Cours.

Lundis : MM. BOUQUET, 8 h. 1/2 ; BRIOT, 10 h. 1/2 ; H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, 1 h ; H. DE LACAZE-DUTHIERS, 5 h. 1/2.

Mardis : MM. PAINVIN, 8 h. 1/2 ; PUISEUX, 10 h. 1/2 ; P. DESAINS, 1 h. 1/2 ; MILNE-EDWARDS, 3 h. 1/2.

Mercredis : MM. DARBOUX, 8 h. 1/2 ; HERMITE, 9 h. 1/2 ; Ossian BONNET, midi 1/2 ; DES CLOIZEAUX, 2 h.

Jeudis : BOUQUET, 8 h. 1/2 ; BRIOT, 10 h 1/2 ; H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE, 1 h. ; H. DE LACAZE-DUTHIERS, 2 h. 1/2.

Vendredis : MM. DARBOUX, 8 h. 1/2 ; HERMITE. 9 h. 1/2 ; Ossian BONNET, midi 1/2 ; DES CLOIZEAUX, 2 h,

Samedis : PAINVIN, 8 h. 1/2 ; PUISEUX, 10 h. 1/2 ; P. DESAINS, 1 h. 1/2 ; MILNE-EDWARDS, 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours de calcul intégral, par M. BOUQUET ; — d'Astronomie physique, par M. LEVERRIER ; — de mécanique, par M. DARBOUX ; — de physique mathématique. par M. BRIOT ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. PAINVIN ; — la seconde partie du cours de physique, par M. JAMIN ; — la seconde partie du cours de chimie, par M. N......; — le cours de physiologie, par M. BERT; suppléant, M. G. POUCHET; — le cours de géologie, par M. HÉBERT, — le cours de botanique, par M. DUCHARTRE.

Les candidats aux divers baccalauréats ès-sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première, le 9 novembre 1875 ; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1875. Les candidats sont tenus de s'inscrire et de consigner en même temps à la Faculté les droits de ce grade. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session. *Le doyen de la Faculté des Sciences :* MILNE-EDWARDS.

Laboratoire de physiologie. — Chef du laboratoire. M. P. BERT ; — préparateurs, MM. JOLYET et P. REGNARD. Ce laboratoire est libéralement ouvert aux *étudiants en médecine*, déjà avancés dans leurs études et qui désirent faire des recherches expérimentales pour leur thèse.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1875-1876. — Premier semestre. — Le registre des inscriptions a été ouvert le 20 octobre. — L'ouverture des cours a eu lieu le 4 novembre.

Directeur honoraire, M. BUSSY. — Professeur honoraire, M. CAVENTOU.

Zoologie. M. A. MILNE EDWARDS, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 11 h.

Physique. M. BUIGNET, professeur. Les lundi, mercredi et vendredi, à 11 h.

Pharmacie. M. CHEVALIER, professeur, suppléé par M. BOURGOIN, agrégé. Les lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. 1/2.

Histoire naturelle des médicaments. M. PLANCHON. professeur. Les lundi, mercredi et vendredi à 4 h.

Chimie générale. M. RICHE, professeur. Les mardi, jeudi et samedi, 3 h. 1/2.

Travaux pratiques. 1re année. Chimie. M. JUNGFLEISCH, agrégé, professeur.
— 2e année. Chimie. M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.
— 2e année. Botanique. M. CHATIN, professeur.

Les lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h.

Second semestre, commençant le 1er avril 1876.

Botanique (1). M. CHATIN, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 11 h.

Chimie organique. M. BERTHELOT, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 3/4.

Toxicologie. M. BOUIS, professeur. Les lundi, mercredi et vendredi, à 4 h.

Pharmacie. M. BAUDRIMONT, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2.

Travaux pratiques. 1re année. Chimie. M. JUNGFLEISCH. agrégé.
— 2e année. Chimie. M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.
— 3e année. Physique. M. BUIGNET, professeur. / Botanique. M. CHATIN, professeur.

Les lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h.

Le registre des incriptions aux Cours de l'école est ouvert du 20 octobre au 4 novembre. Les élèves devront y inscrire eux-mêmes leur nom, prénoms, âge et lieu de naissance. Le même registre sera ouvert de nouveau pour le renouvellement des inscriptions, pendant les quinze premiers jours, de chaque trimestre de l'année scolaire ; les élèves antérieurement inscrits ne peuvent prendre une première inscription de semestre qu'après avoir satisfait à l'examen du semestre précédent.

Tout élève qui se présente pour prendre sa première inscription, est tenu de déposer entre les mains du secrétaire agent comptable : 1° son acte de naissance ; 2° le diplôme de bachelier ès-sciences ou les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint pour l'inscription de première classe ; pour l'inscription de seconde classe, le certificat d'examen de grammaire ; 3° s'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études Pharmaceutiques ; 4° l'indication de son domicile à Paris et celle du domicile de ses père, mère ou tuteur ; 5° si l'élève réside dans une officine, l'autorisation à lui accordée par le pharmacien, de suivre les Cours de l'Ecole. Mais l'élève ne pourra compter comme stage en pharmacie le temps correspondant à ses inscriptions scolaires.

Conformément aux prescriptions légales, un registre spécial est toujours ouvert à l'Ecole de pharmacie pour recevoir les inscriptions relatives au stage en pharmacie. Tout certificat de stage non appuyé de l'inscription légale sera considéré comme nul.

Travaux pratiques. — Les élèves, en prenant la première inscription de l'année scolaire, acquittent le droit afférent aux travaux pratiques. — La *Bibliothèque de l'Ecole* est ouverte tous les jours, de 11 h. à 4 h. — La *Salle des collections* est ouverte tous les jours aux mêmes heures.

Le Directeur de l'Ecole, A. CHATIN.

Ecole de médecine de Rouen. — Il est créé une chaire de chimie médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— M. Duprey, suppleant de chimie et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur de chimie médicale à ladite école.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Quittard, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1875-76, par M. Gaillet, suppléant à ladite école. Il est créé à la faculté des sciences de [illegible] [illegible]. La [illegible] actuellement existante dans ladite faculté prend le titre de chaire de [illegible] et minéralogie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut, tous les lundis à 3 heures. [illegible] classes, celle des *sciences* [illegible] pas à nous occuper, qui [illegible], et celle des *sciences physiques*, qui [illegible] composées chacune [illegible] — botanique : — [illegible] — médecine et chirurgie. — [illegible] bres correspondants [illegible].

L'*Académie des sciences* [illegible] quelques-uns [illegible] physiologie, [illegible] expérimentale.

[illegible]

La *Société de Biologie* [illegible] quatre heures [illegible] *que* [illegible].

Les travaux de la [illegible] de la biologie, [illegible] expérimentale. [illegible] la physique et [illegible] cine, qui [illegible] suivre les séances [illegible] fréquemment, [illegible] tres dans les [illegible] nard, Berthelot, [illegible] ses membres [illegible] *gie* décerne le [illegible]

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques [illegible] rue des Saints-Pères, tous les mardis à 3 heures. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, [illegible] ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, [illegible] médecine légale et police médicale, 10 ; médecine [illegible] ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a en outre une section d'associés libres qui peut compter [illegible] membres. — Le nombre des *associés nationaux* et [illegible] gers peut être de [illegible].

Le nombre des *correspondants* [illegible] des *correspondants* [illegible] divisés en 4 sections [illegible] :

1° Anatomie et physiologie. — [illegible] — thérapeutique et [illegible] — hygiène et [illegible] Etrangers [illegible].

2° Pathologie [illegible] — accouchements ; correspondants [illegible]

3° Médecine vétérinaire. [illegible] Etrangers, 3 ;

4° Physique et chimie [illegible] pondants [illegible].

L'Académie [illegible] par les ministères, les [illegible] ce qui concerne [illegible] ou interdit [illegible] nouveaux, l'expl[illegible]. Elle désigne, [illegible] saires qui [illegible] mies ou les [illegible] contre le [illegible] questions [illegible]

[illegible] le compte-rendu de ses séances et de ses travaux [illegible] au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu le premier mardi du mois de mai, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante, y sont, [illegible], désignés (1).

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire, M. [illegible] ; bibliothécaire adjoint, M. [illegible]

Les vaccinations et [illegible] de vaccine sont délivrés gratuitement [illegible] à midi et demi. On envoie en [illegible] en plaques à tous les membres du corps médical [illegible] Directeur du service, M. [illegible]. Il existe aussi pour [illegible], un laboratoire, dirigé par [illegible].

Les travaux, les communications [illegible] correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie [illegible] membre [illegible] bien voulu se charger de faire la présentation. — Les [illegible] sont ouverts, [illegible] dimanche : et [illegible]

Séance du 2 novembre. — Présidence de M. [illegible].

M. le Président annonce qu'une place est vacante dans la section des Académiciens libres.

M. Lefort, au nom d'une Commission, lit une série de rapports sur des demandes d'exploitation de *remèdes secrets et nouveaux*. Les conclusions, toutes défavorables, sont adoptées à l'unanimité et sans discussion.

Election. — L'Académie procède à un scrutin pour la nomination d'un membre correspondant national dans la 1re section. La Commission avait présenté : 1° M. Bérenger-Féraud ; 2° *ex-æquo*, MM. [illegible], Mignot, [illegible], Willemin. Votants [illegible] ; majorité [illegible]. M. Bérenger-Féraud est nommé par 32 voix contre [illegible] M. [illegible], [illegible] à M. Decloux, 2 à M. Mignot, 6 à M. [illegible], [illegible] à M. Willemin. Dans la prochaine séance on nommera un membre correspondant étranger.

M. Roger continue la lecture de son rapport sur un travail de M. Chairou ayant trait à la *ponction du péricarde*. Le rapporteur passe en revue les indications et les contre-indications de l'opération : il indique le mode opératoire et conclut que la ponction du péricarde doit être faite avec de grandes précautions ; si elle n'assure pas la guérison, elle est un excellent palliatif. Il faut la pratiquer avec des instruments capillaires. En ce qui concerne le travail de M. Chairou, il formule les deux propositions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité : 1° remercier l'auteur ; 2° déposer très-honorablement son travail aux archives.

M. Devergie demande en outre que ce mémoire soit renvoyé au Comité de publication. La proposition n'est pas adoptée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les *troubles de la* [illegible].

M. Giraud-Teulon [illegible] personnelles de M. [illegible] de la question [illegible] que l'autorité [illegible].

M. [illegible] que M. Giraud-Teulon [illegible] en ce moment : elles sont [illegible] *Troubles* [illegible] *hystériques*.

M. Giraud-Teulon est heureux de se trouver d'accord avec son savant collègue. — La séance est levée à cinq heures.

D[illegible] B.

1) Au compte-rendu [illegible] les noms des lauréats, [illegible] les récompenses [illegible] pour l'année suivante.

1) R[illegible] [illegible]

[illegible]

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis à 3 heures 1[2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc. peuvent concourir. — Le *Progrès médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes-rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

Séances de juin. — Présidence de M. Charcot.

27. Rétrécissement mitral ; thrombose de l'oreillette gauche avec dilatation de sa cavité ; induration fibro-calcaire et hypertrophie de la paroi ; par M. Parrot, médecin des Enfants-Assistés.

Ce cœur trouvé à l'autopsie d'une femme sur laquelle on n'avait pas de renseignements, occupe un espace considérable dans les régions moyenne et gauche de la poitrine. Adhérences péricardiques en avant à la base et au niveau du bord gauche; il n'y en a pas en arrière ; vascularisation très-abondante des fausses membranes sur quelques points ; hémorrhagies interstitielles limitées.

L'oreillette droite est remplie d'une grande quantité de sang liquide et coagulé, s'échappant au moment de l'incision des veines caves ; l'*oreillette gauche* distendue a la forme et la consistance d'un cube solide. Elle a dans le sens longitudinal et transversalement 80 millimètres. Une incision, pratiquée sur sa partie moyenne, fait voir qu'elle est remplie par une masse solide, constituée par des caillots fibrineux stratifiés ; les couches très-nombreuses qui adhèrent plus ou moins intimement les unes aux autres forment des plans parallèles au grand axe du cœur. Cette masse adhère d'une manière intime à toute la paroi interne de l'oreillette, excepté au niveau de la face antérieure et des orifices des veines pulmonaires. Cette adhérence est solidifiée en quelque sorte par l'intermédiaire d'une couche épaisse de 1 à 2 millimètres interposée entre la paroi auriculaire proprement dite et la masse fibrineuse. Elle est grisâtre, lisse à la coupe et comme cartilagineuse. La masse fibrineuse a 40 millimètres à la base de l'oreillette et 20 près de son entrée.

La partie du coagulum baignée par le sang est blanche et ferme, assez lisse, excepté à droite et à gauche, où elle paraît être de formation plus récente. Là, elle est déchiquetée, rougeâtre et creusée de canaux qui aboutissent aux embouchures des veines pulmonaires.

La cavité formée par la paroi antérieure de l'oreillette et la portion de la masse qui n'adhère pas à celle-ci, a la forme d'un infundibulum qui aurait pour sommet l'orifice mitral. L'auricule est remplie par une concrétion dure, qui envoie un prolongement dur et lamelleux dans la cavité où il flotte librement.

Sur quelques points périphériques de la surface déterminée par la coupe, on trouve de petits foyers allongés, où du sang semble s'être épanché récemment. A peu près au niveau de la partie moyenne de la masse solide, existe dans son intérieur un foyer qui semble s'être ouvert par un petit orifice dans la cavité. En comprimant à ce niveau, on fait sourdre un liquide crèmeux, tout-à-fait semblable à du pus qui serait teint par une quantité considérable de sang. — L'examen microscopique fait voir qu'il est constitué par un liquide dans lequel nagent des hématies en grande quantité, des granulations très-fines, tantôt [illegible] ou moins étendues, dont quelques-unes ont une forme sphéroïde parfaitement régulière, quelques [illegible] de volume variable, enfin, des corps [illegible] tours très-nets, granuleux [illegible] quelques-uns un noyau. Traités par l'acide acétique, ils deviennent plus volumineux, [illegible]

tions disparaissent, et à leur centre se groupent deux ou trois globules huileux, sur d'autres, un ou deux noyaux.

La paroi du *ventricule gauche* a de 8 à 10 mm. Sa cavité ne présente rien à noter. L'*orifice mitral* ressemble à une boutonnière. Il a 34 millimètres dans son plus grand diamètre ; Les valvules raides, indurées et très-épaissies, forment du côté de l'oreillette une sorte d'infundibulum dont les parois présentent, sur un point, comme une végétation verruqueuse, et sur d'autres, de petites plaques, fibreuses, cartilagineuses ou pierreuses. Du côté du ventricule, les cordages groupés en un faisceau, sont blancs, durs et volumineux. Les valvules aortiques sont suffisantes.

La paroi du *ventricule droit* a de 3 à 4 mm. L'orifice tricuspide, dont une des valvules présente une petite plaque fibreuse, a 130 millimètres.

Les muscles papillaires sont rouges et présentent une fermeté presque normale.

Les *poumons*, d'une apparence normale dans presque toute leur étendue, présentent sur quatre points de la base et de leur région moyenne des altérations qui, de la périphérie, pénètrent plus ou moins profondément le parenchyme à leur niveau. Celui-ci au lieu d'être mou, aéré, crépitant, élastique, d'un rouge grisâtre, est très-dur, compacte, résistant et d'un noir de jais ; la coupe est lisse, luisante, et de sa surface on ne voit sourdre aucun liquide. Ces masses, dont le volume varie de celui d'une amande à celui d'une noix, tranchent nettement, par toutes les qualités que nous venons d'indiquer, sur le tissu qui les entoure.

L'*estomac* occupe la région moyenne et gauche de l'abdomen, maintenu dans cette position par le grand épiploon que d'anciennes adhérences fixent à l'utérus.

L'*intestin* grêle est généralement congestionné. Sur deux points de sa surface externe, on trouve une plaque ayant la largeur d'une pièce d'un franc, blanche, épaisse d'un millimètre environ, adhérente à la surface intestinale mais s'en détachant facilement ; au-dessous d'elle, rougeur due à une vascularisation périphérique considérable, et à de nombreux points ecchymotiques.

On trouve deux plaques semblables sur l'*utérus* au niveau du cul de sac péritonéal utéro-vésical. Sur ces dernières, les plaques pseudo-membraneuses sont moins épaisses et compactes, mais les ecchymoses sont beaucoup plus prononcées.

L'estomac, la rate, les reins, le foie, ne présentent aucune autre particularité digne d'être notée.

Réflexions. — Les particularités suivantes méritent d'être relevées : l'induration avec hypertrophie des parois de l'oreillette gauche ; la dilatation de sa cavité ; le thrombus qui la remplit.

Les choses se sont probablement passées de la manière suivante : 1° Endo-péricardite. — L'endocardite portant sur la valvule mitrale et certaines régions de l'oreillette gauche, y a déterminé, par la marche habituelle de ce processus, les indurations que l'on constate aujourd'hui ; le rétrécissement de l'orifice mitral avec insuffisance de la valvule ; enfin, l'induration de la paroi de l'oreillette.

2° Par le fait du rétrécissement mitral avec insuffisance, le sang s'accumulait en grande quantité dans l'oreillette gauche et y stagnait. D'où : — *a*) sa coagulation au niveau des parties rugueuses, qui, peu mobiles, se prêtaient au dépôt de couches successives de fibrine ; — *b*) sa dilatation et l'hypertrophie de ses parois, obligées de chasser avec force une masse considérable de sang pour le faire passer à travers un orifice rétréci.

[illegible] hypertrophies très-prononcées avec dilatation des parois de l'oreillette gauche sont rares, même avec un rétrécissement mitral, [illegible] est [illegible]ment in- [illegible] une certaine éten- [illegible]er, il en résultera nécessairement deux choses : la distension de la cavité qui a perdu, en partie du moins, son élasticité ; et l'hypertrophie des parois restées contractiles, parce qu'elles sont obligées de [illegible] les parties qui sont immobilisées, et [illegible] masse de sang beaucoup plus considérable.

La lésion des parois de l'oreillette explique donc l'hypertrophie, la dilatation et la thrombose. Et, comme cette endocardite est rare, ces altérations consécutives sont, elles aussi rarement observées.

M. Houel. La pièce présentée par M. Parrot ressemble absolument à ce qu'on désigne ordinairement sous le nom d'anévrysme partiel du cœur; et je serais assez disposé à y voir un exemple d'*anévrysme de l'oreillette* dans lequel se serait ensuite formé le caillot par des dépôts successifs ; aussi je crois qu'il serait très-important d'examiner avec soin la paroi de l'oreillette, afin de voir s'il n'y a pas dans sa structure une modification analogue à celle qu'on observe dans les cas auxquels je fais allusion.

M. Parrot. L'interprétation de M. Houel diffère un peu de celle que j'ai proposée, mais le fait n'en reste pas moins, c'est-à-dire l'énorme développement qu'a pris l'oreillette.

M. Charcot. On peut dire, en effet, qu'il existe ici un anévrysme partiel de l'oreillette ; mais cela ne préjuge rien sur la question d'origine, car il peut parfaitement arriver qu'une endocardite soit le point de départ d'une altération de la paroi musculaire, suivie elle-même d'une dilatation.

M. Houel. Il est possible aussi que l'endocardite se soit développée sur un cœur déjà malade et en voie de dilatation.

M. Hayem. Le caillot qu'on trouve dans l'oreillette ressemble absolument à ceux qu'on voit se développer dans les ventricules sans qu'il y ait de dilatation anévrysmale. Aussi j'admettrais volontiers qu'il s'est formé d'abord une petite coagulation qui est peu à peu devenue plus volumineuse, et a pu arriver à dilater l'oreillette.

M. Houel. Alors on ne verrait pas, je pense, une stratification aussi nette.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La *Société de Chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — Elle décerne tous les ans un certain nombre de prix.

Séance du 3 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

Un vote par acclamation, après la demande présentée par M. Larrey, signée de 22 membres de la Société et conformément à l'article 9 des statuts, confère le titre de membre honoraire à M. Hermann, ancien doyen de la Faculté de Strasbourg.

M. Després fait un rapport verbal sur 5 observations présentées par M. Bertin : trois de *luxation de la tête de l'humérus*; une de *luxation du tibia* en avant et une de *luxation de l'astragale*. Ces deux dernières seront publiées dans le bulletin.

M. Denucé (de Bordeaux) donne communication d'un cas d'*anévrisme de la tibiale antérieure* à sa partie inférieure, guéri par l'injection de perchlorure de fer. La compression digitale fut essayée pendant dix jours ; puis, on continua la compression à l'aide de pelottes durant cinq semaines, sans amener de résultat favorable. La compression se faisait à l'entrée et à la sortie du sac. C'est alors que fut pratiquée une injection de 7 gouttes de perchlorure de fer à 15°. L'introduction de la canule de Pravaz indiqua qu'un caillot périphérique s'était formé grâce à la compression; celle-ci fut continuée quelque temps après l'injection et le malade est actuellement fort bien guéri. Il se manifesta seulement au moment de l'opération une crampe de la jambe et une rougeur passagère du pied que M. Denucé attribue à quelque petit caillot qui aura pénétré dans les capillaires, malgré la compression. L'orateur conclut qu'il faut faire précéder de la compression directe la cure des anévrismes par le perchlorure de fer et que cette compression doit porter sur les deux bouts de l'artère.

M. Verneuil a été conduit à la même pratique par l'observation de plusieurs cas malheureux d'anévrisme traités par le perchlorure de fer. — Une courte discussion s'engage entre MM. Giraldès et Denucé sur le degré de concentration du liquide employé que M. Giraldès trouve trop faible.

M. Le Fort est d'avis qu'on ne doit traiter de cette façon que les anévrismes des petites artères ou des collatérales. Cette opération donne de mauvais résultats quand elle s'applique aux gros troncs artériels.

M. Th. Anger a injecté dans plusieurs kystes muqueux (grenouillette et hygroma) 2 à 3 gouttes d'une dissolution concentrée de chlorure de zinc; après des phénomènes inflammatoires intenses, le liquide s'est résorbé et la guérison se maintient. Ce procédé serait peut-être applicable à la cure de certains kystes de l'ovaire (Un rapport sera fait sur cette communication).

M. Tillaux présente des pièces prises sur une femme frappée de deux coups de révolver ; une des balles s'était logée dans le ventricule droit du cœur, sans que, pendant la vie, aucun phénomène ait pu le faire soupçonner. — Cette femme a vécu 18 jours après l'accident. — La cicatrice du trou, fait par la balle, est à peine visible.

M. Blot est nommé membre honoraire à l'unanimité.

SOCIÉTÉS MÉDICALE DES HOPITAUX, D'ANTHROPOLOGIE, ETC.

La *Société d'anthropologie* (1er et 3e jeudi de chaque mois), la *Société médicale des hôpitaux* (2e et 4e vendredi de chaque mois), la *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes sociétés, chose très-regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très-instructives sur les questions chirurgicales à l'ordre du jour.

Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, à 4 heures dans la salle des thèses de l'Ecole de Médecine, la *Société de médecine légale*, qui se réunit le 2e lundi de chaque mois, à 3 heures dans la salle des audiences de la 5e chambre du Tribunal civil, boulevart du Palais, n° 2. — Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces deux sociétés qui s'occupent de toutes les questions relatives à l'aliénation mentale et à la médecine légale, branches des sciences médicales dont l'enseignement officiel laisse beaucoup à désirer. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les sociétés d'arrondissement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

1875-76. — Semestre d'hiver,

Pathologie chirurgicale. — M. le professeur Boyer : Mardi, jeudi et samedi à 3 heures. — Maladies chirurgicales ; 1° des organes génitaux de la femme ; 2° des organes urinaires dans les deux sexes ; 3° du système (vasculaire, artériel, veineux, lymphatique).

Anatomie. — M. le professeur Benoit : lundi, mercredi et vendredi à deux heures ;

M. Bimar, chef des travaux anatomiques : lundi, mercredi et vendredi à cinq heures ;

M. Lannegrace, prosecteur : mardi, jeudi et samedi à midi et demi. — Toutes les branches de l'anatomie sont enseignées dans le semestre. — Pour les dissections, des distributions sont faites par les soins du chef des travaux anatomiques, aux élèves de l'Ecole pratique gratuitement, et aux élèves libres moyennant rétribution. Le concours pour l'admission à l'Ecole pratique d'anatomie et de chimie a lieu tous les ans vers le mois de mai.

Pathologie médicale. — M. le professeur Angladaa : mardi, jeudi et samedi à 2 heures. — Phlegmasies aiguës et chroniques. Névroses ou maladies nerveuses proprement dites.

Chimie médicale et pharmacie. — M. le professeur Béchamp : lundi et mercredi (chimie organique), vendredi pharmacie à 4 heures. Première partie du cours : chimie fondée sur la synthèse. — Les travaux pratiques de chimie se font en été, sous la direction de M. le chef des travaux chimiques, de Gir[illegible] au lab[illegible] de l'Ecole pratique.

Physiologie. — M. le professeur Rouget : mardi, jeudi et samedi à cinq

heures. — Physiologie de la génération. Développement des organes générateurs; fécondation; copulation; développement de l'œuf fécondé; développement de l'embryon; parturition; développement de l'espèce; races humaines. Physiologie de la circulation.

Un laboratoire des hautes études physiologiques est dirigé par M. le professeur ROUGET.

Anatomie pathologique et histologie. — M. le professeur ESTOR : lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. — Fin de l'anatomie pathologique générale. Histologie normale et anatomie pathologique des tissus. — Les travaux pratiques d'histologie auront lieu, en été, sous la direction de M. le professeur Estor.

Opérations et appareils. — M. le professeur agrégé GRYNFELLT; suppléant, M. le professeur BOUISSON : lundi, mercredi et vendredi à 3 heures. — Opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme.

Ophthalmologie. — Cours complémentaire par M. le professeur agrégé JACQUEMET. — Lundi, mercredi et vendredi à neuf heures et demie, matin. — Pathologie oculaire : démonstration des instruments et des manœuvres opératoires qu'on applique au diagnostic et au traitement des maladies des yeux.

Enseignement clinique.

Clinique médicale. — M. le professeur COMBAL, Hôpital St-Eloi : salles Ste-Marie, St-Jean, St-Charles, St-Vincent, St-Lazare et payants. — Visite tous les matins. — Leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

M. GRASSET, chef de clinique : contrevisite tous les jours à trois heures. Conférences cliniques les mardi, jeudi et samedi. — Un laboratoire est annexé au service de la clinique, et dirigé par M. le chef de la clinique.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur DUBRUEIL (1). Hôpital St-Eloi : salles Notre-Dame; St-Eloi, St-Côme et payants. — Visite tous les matins. — Leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi.

M. ROUSTAN, chef de clinique. Contrevisite tous les jours à trois heures. Un laboratoire est annexé au service de la clinique chirurgicale et dirigé par M. le chef de clinique (2).

Clinique d'accouchements. — M. le professeur DUMAS. — Hôpital St-Eloi. Visite tous les jours. Leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi. — Les élèves sont convoqués chez eux, par séries, à chaque accouchement.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — *Hommes.* — Hôpital St-Eloi : MM. les professeurs BENOIT et JAUMES. — Visite tous les jours; leçons cliniques les lundi, mercredi et vendredi.

Femmes. — Hôpital général : M. le professeur ESTOR. Visite et leçon clinique les mardi, jeudi et samedi.

Clinique des maladies des vieillards et des enfants. — Hôpital général : MM. les professeurs FONSSAGRIVES et ESTOR. — Visite et leçon clinique les lundi, mercredi et vendredi.

Clinique des maladies mentales. — Asile public des aliénés : M. le professeur CAVALLIER. — Visite et leçon clinique les lundi, mercredi et vendredi.

Bibliothèque. — La bibliothèque est ouverte aux élèves tous les jours, sauf le mercredi, de midi à quatre heures, et tous les jours, pour les *lectures du soir*, de sept heures et demie à neuf heures et demie. — On ne donne pour les lectures du soir, que les ouvrages contenus dans la première grande salle. On peut dans la journée faire chercher et faire mettre de côté pour le soir, des ouvrages contenus dans les autres salles de la bibliothèque.

Conservatoire : musée anatomique. — Le Conservatoire est ouvert aux élèves, tous les jours, de midi à quatre heures.

Jardin botanique. — Le jardin botanique et le Conservatoire botanique sont ouverts, aux élèves, tous les jours, de onze heures à quatre heures.

Bibliothécaire : M. KUHNHOLTZ-LORDAT. — *Sous-bibliothécaire :* M. GORDON.

Conservateur du musée anatomique : M. QUISSAC.

Directeur du Jardin des plantes : M. MARTINS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Ordre des cliniques, cours et exercices pratiques pour le semestre d'hiver.

1° *Cliniques :* Clinique obstétricale et gynécologique : M. Stoltz, *doyen*, professeur, à la maison de Secours ; — Clinique médicale ; MM. Hirtz et Victor Parisot, professeurs, à l'hôpital Saint-Charles ; — Clinique chirurgicale : MM. Rigaud et Simonin, professeurs, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; — Clinique ophthalmologique : M. Monnoyer, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles : — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. Bechet, adjoint (*hiver*), et M. Bertin, suppléant, (*été*), à la Maison de Secours ; — Des maladies des vieillards : M. Demange, adjoint (*hiver*), à l'hôpital Saint-Julien.

Semestre d'hiver. — 1° *Cours.* — Histoire naturelle médicale : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; — Anatomie générale descriptive et topographique : M. Morel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; Chimie médicale et toxicologie : M. Blondlot, professeur, à l'amphithéâtre de chimie ; — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; Pathologie externe : M. Bach, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Accouchements : M. Herrgott, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Maladies des femmes accouchées : M. Roussel, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; Chimie analytique : M. Ritter, adjoint, à l'amphithéâtre de chimie ; — Physique médicale : M. Rameaux, professeur, à l'amphithéâtre de physique ; — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; — Ostéologie, syndesmologie, myologie ; M. Lallement, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Préliminaires de la thérapeutique : M. Grandjean, adjoint, à l'amphithéâtre des cours.

2° *Exercices pratiques.* — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter adjoint, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique ; — Dissections : M. Chrétien, directeur des travaux anatomiques, à la salle de dissection ; — Exercices pharmacologiques : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques ; — Bandages et appareils : M. Gross, agrégé, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; — Diagnostic médical : M. Bernheim, chef de clinique, à l'hôpital Saint-Charles ; — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la Maison de Secours.

Semestre d'été. — *Cours :* Botanique : M. Engel, professeur, au Jardin botanique : — Médecine opératoire : M. Michel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Anatomie topographique : M. Lallement, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Chimie médicale et toxicologie : M. Blondlot, professeur, à l'amphithéâtre de chimie ; — Maladies des enfants : M. Emile Parisot, adjoint, à l'amphithéâtre des cours ; Maladies des yeux : M. Monoyer, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles ; — Pathologie générale : M. Demange, adjoint, à l'amphithéâtre des cours : — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours ; — Hygiène : M. Poincaré, adjoint, à l'amphithéâtre de physique ; Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, adjoint, à l'amphithéâtre de chimie ; — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre des cours.

Exercices pratiques. — Exercices de physique expérimentale : M. Rameaux, professeur, à l'amphithéâtre de physique ; — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Herborisations : M. Engel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie ; — Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale ; — Chimie physiologique et pathologique : M. Ritter, adjoint au laboratoire de chimie physiologique et pathologique ; — Histologie normale : M. Chrétien, directeur des travaux anatomiques, au laboratoire, d'anatomie et d'histologie pathologiques ; — Histologie pathologique ; M. Feltz, professeur au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques : — Médecine opératoire : M. Chrétien, directeur des travaux anatomiques, à l'amphithéâtre de dissection ; — Bandages et appareils : M. Gross, chef de clinique, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon) ; — Diagnostic médical : M. Bernheim, chef de clinique, à l'hôpital Saint-Charles ; — Diagnostic obstétrical : M. Marchal, chef de clinique, à la Maison de Secours.

CORRESPONDANCE

Les nouvelles Facultés et les Ecoles de plein exercice de l'Etat.

Une loi récente a autorisé la création de nouvelles Facultés de médecine et la transformation de quelques-unes des Ecoles préparatoires en Ecoles dites de plein exercice. Il nous a paru utile, dans ce numéro spécial, destiné à renseigner les étudiants et les médecins étrangers sur l'organisation de notre enseignement médical, de prendre sur nos nouveaux établissements scientifiques des informations aussi précises que les circonstances le permettent. Grâce à l'activité et au dévouement de nos correspondants, nous espérons avoir, au moins en partie, réalisé le but que nous nous sommes proposés.

Faculté de Médecine de Lille.

Lille, 1er novembre 1875.

Mon cher Bourneville,

La création d'une Faculté de médecine de l'Etat est aujourd'hui affaire faite. L'histoire de cette création est des plus curieuses. En novembre 1874, fut mis en discussion à l'Assem-

(1) M. le professeur Dubreuil, malade, va être, momentanément, remplacé par M. le professeur agregé Gayraud.

(2) La Faculté de Montpellier sollicite vainement la création de chefs de laboratoires. Les laboratoires des deux cliniques, déjà munis d'un grand nombre de moyens de travail, ne peuvent pas être utilisés comme ils le devraient, faute d'hommes spéciaux à leur tête.

blée, en vertu de l'initiative des députés, un projet de loi tendant à créer une Faculté de médecine à Lyon, Bordeaux et Lille. On sait que Lyon et Bordeaux l'obtinrent sans autre opposition que celle de la Faculté de Montpellier — par la voix de M. Bouisson ; —quant à Lille, elle vit l'art. 1er supprimer son Ecole préparatoire, ce qui équivalait au vote d'une Faculté ; hélas ! nous avions compté sans nos députés cléricaux. Le lendemain, le ministère de Cumont s'opposait à la formation votée de fait la veille, et le projet était rejeté en ce qui concerne Lille par deux voix de majorité; dans les votes opposants, on relevait avec stupéfaction les noms de trois députés du Nord qui, s'ils avaient eu à cœur les intérêts de la région qu'ils représentaient, eussent déplacé la majorité. Mais déjà alors, bien avant le vote de la loi dite de la liberté de l'enseignement supérieur, les bases d'une université ultramontaine étaient déjà posées à Lille et l'intérêt du ciel avait forcé ces consciences.

Donc, premier épisode : création éphémère d'une Faculté par l'Assemblée, équivalant en réalité à la suppression pure et simple de l'Ecole secondaire.

Deuxième épisode : il fallait bien assurer la continuité de l'enseignement, aussi quelques jours après ce vote mémorable, un décret présidentiel réinstallait l'Ecole de médecine comme *Ecole de plein exercice*, et statuait que jusqu'à organisation née d'un commun accord entre l'Etat et la municipalité, l'Ecole continuerait à fonctionner comme devant. Départ pour Lille de M. Chauffard, chargé d'inspecter locaux et personnel, et surtout de persuader à la municipalité qu'une Ecole de plein exercice était l'idéal désirable, puisque la ville avait à faire les frais d'une Faculté sans percevoir les droits d'examen. Nous avons le malheur de posséder une municipalité élue, formée de commerçants et d'industriels, que ce raisonnement devait influencer fort peu. La carte à payer était de 130 à 140,000 francs. C'était beaucoup, étant donné que les recettes ne pouvaient compenser la dépense, les examens se passant ailleurs, étant donné surtout que les élèves aiment à connaître leurs futurs examinateurs et à être connus d'eux, et que par conséquent les inscriptions elles-mêmes n'étaient rien, moins qu'assurées. Le conseil municipal, le mois dernier, répondit aux propositions du ministre par un refus pur et simple, à la presque unanimité, et de nouveau formula sa volonté de prendre à sa charge tous les frais d'une Faculté de médecine ; tout pour une Faculté, rien pour une Ecole de plein exercice. Ce refus et ce vœu furent transmis au ministre.

Arrive alors le troisième épisode ; c'est surtout à l'activité et à l'initiative d'un député du Nord, le docteur Testelin, que l'heureuse solution de la question est due ; c'est aussi à l'esprit libéral et éclairé du ministre Wallon, notre député, que la région devra cette institution si nécessaire dès maintenant au point de vue de l'assistance médicale dans une contrée où les praticiens font défaut, et qui dans l'avenir coopérera sans doute efficacement à une décentralisation sérieuse de l'enseignement supérieur.

Par une lettre adressée au maire de Lille, vers le 15 octobre, M. Wallon fit savoir que si le conseil municipal voulait promettre nettement de subvenir aux frais de la Faculté dont il transmettait le total calqué sur l'installation de Lyon et Bordeaux, il appuierait auprès du conseil supérieur de l'instruction publique la demande de la ville ; ainsi pourrait être créée une Faculté suivant le pouvoir que la loi nouvelle donne au ministre de créer des établissements d'enseignement supérieur avec la seule autorisation du conseil supérieur.

Ainsi fut fait. Le conseil convoqué extraordinairement vota la totalité des frais spécifiés par le ministre, s'élevant à 244,700 fr. par an, plus le loyer des bâtiments affectés à la Faculté. Cette délibération fait le plus grand honneur aux députés lillois ; elle fut prise à l'unanimité, sans discussion, malgré l'état précaire des finances de la ville ; il s'agissait, en effet, d'une de ces questions d'instruction publique pour laquelle depuis de longues années le conseil municipal se montre prêt à tous les sacrifices, portant aussi bien sur l'enseignement primaire que sur l'enseignement supérieur.

Le 26 octobre, en ouvrant la session du conseil supérieur, le ministre prononçait le discours que tout le monde a lu, appuyait, en la louant, la demande de la municipalité lilloise ; une commission de 16 membres nommait rapporteur M. Martel ; ceci préjugeait la résolution à intervenir ; M. Martel déclinant sa compétence se faisait remplacer par M. Barth ; le 30 octobre, le rapport était lu, et le conseil supérieur donnait à la création d'une Faculté à Lille un avis favorable.

Reste donc aujourd'hui la question d'organisation, le principe est définitivement acquis. La ville de Lille se prépare à installer grandement sa Faculté. La question de local ne tardera pas à être résolue ; deux projets sont en présence : l'un attribue à la Faculté les bâtiments et l'hôpital militaire qui fut, avant la Révolution, un magnifique collège de jésuites ; l'autre tendrait à donner l'hôpital militaire au lycée, attenant actuellement à la Faculté des sciences, pour réunir dans un même édifice ces deux établissements qui se complètent l'un par l'autre, la Faculté des sciences et la Faculté de médecine. La question du personnel ne saurait être préjugée en ce moment.

En somme, nous pensons que tous les esprits libéraux, amis des intérêts de la vraie science, doivent se réjouir de cette création. Par là, nous voyons que l'Etat ne prétend pas se dessaisir de son devoir d'enseigner, qu'il trouve dans les municipalités élues des auxiliaires dévoués, prêts à le seconder jusqu'aux limites du possible.

Le fait est d'autant plus remarquable que le parti clérical organise, en face de cette Faculté à créer, une Université devant réunir le droit, les sciences et la médecine. Depuis deux ans le local est loué ; ce sont les bâtiments de l'ancienne préfecture, achetés par les dames du Sacré-Cœur au prix de 670,000 francs, et loués provisoirement 32,000 francs à l'Université libre.

Aujourd'hui, cette Université naissante (elle n'est encore désignée, vu la loi, que sous le nom d'*Institut catholique*) annonce pour le 15 novembre l'ouverture d'une Faculté de droit ; on vient d'afficher la liste des professeurs et le programme des cours ; la liste paraît pauvre; tous les noms qu'elle contient sont parfaitement inconnus ; on n'a pu décrocher qu'un agrégé dont on a fait le *pro-doyen*. Cette Université ? a un recteur magnifique, l'abbé Hautcœur, érudit distingué, docteur *in utroque jure*, un chancelier chargé de maintenir l'orthodoxie, etc.

On annonce à grand bruit l'ouverture d'un cours de première année de médecine ; tout cela se dit, mais tarde bien à prouver sa vie et sa vitalité. Ce que l'on sait ici, dans le corps médical lillois, c'est que si cet enseignement s'organise, il s'organisera sans le concours des médecins de la ville ; aucun de ceux dont le concours pourrait être demandé n'acceptera et le fait est tellement notoire qu'*aucune demande n'a été faite à aucun des docteurs de la ville*. Voilà le fait. Or, comme on ne peut supposer que l'Université jette brusquement dans une ville si encombrée déjà les 15 à 18 professeurs nécessaires, on peut conclure sans trop de hardiesse que la *Faculté catholique de médecine ne s'organisera pas.* Ceci paraît démontré : si quelque idée de défection s'agitait dans quelques esprits ces jours derniers, on a dû bien vite les reléguer dans un coin obscur, maintenant que la perspective d'une chaire officielle brille devant toutes ces ambitions. Les journaux ont lancé quelques noms, tous ceux qui se sont vus désignés ont immédiatement protesté, et l'Institut catholique médical menace sérieusement de rester seul avec.... son déshonneur..... (1)

Faculté de médecine de Lyon.

Notre correspondant de Lyon, dans une lettre en date du 29 octobre, nous signale une accalmie complète en ce qui concerne l'installation de la Faculté d'Etat qui devrait inaugurer actuellement son cours. « Cela se comprend d'autant moins, dit-il que les sommes nécessaires ont été votées par le Conseil municipal ; que les terrains sont achetés ; les plans de l'édifice

(1) Cette lettre nous est adressée par un de nos collaborateurs qui a profité de son séjour à Lille pour prendre et nous envoyer les excellents renseignements qui précèdent.

connue ; [illegible] jusqu'à ce jour, on n'a pas encore [illegible] une seule pierre, et notre chère faculté est encore à l'état embryonnaire... »

Faculté de Médecine de Bordeaux.

Bordeaux, [illegible] novembre [illegible].

..... Quand sera-t-elle édifiée, cette Faculté? C'est ce que chacun se demande à Bordeaux. Peut-être la réponse à cette question ne se fera-t-elle pas longtemps attendre ; le Conseil municipal se réunit, en effet, le 4 novembre, pour statuer sur un plan d'organisation complète de faculté, que M. le Maire doit lui présenter. Il est à espérer que ce plan sera adopté; mais M. de Pelleport-Burète et le Conseil municipal bordelais n'étant pas dans les meilleurs termes, il serait présomptueux de rien affirmer.

En attendant, l'Ecole préparatoire s'est efforcée d'améliorer le plus possible son enseignement. De nombreux cours complémentaires sont faits aux élèves par les professeurs suppléants ; un vaste amphithéâtre d'anatomie, très-bien fourni de sujets, est à leur disposition, ainsi que des laboratoires de chimie, de physiologie et d'histologie, que les libéralités de la municipalité ont permis d'établir sur un pied remarquable. La bibliothèque et les collections diverses, nécessaires à l'enseignement, craignent peu de rivales.....

Quant aux universités libres ou catholiques, on n'en entend pas parler à Bordeaux, et tout porte à croire que des établissements de ce genre ne s'y établiront pas de longtemps.......

X.....

L'enseignement de la médecine et les nouvelles lois sur l'enseignement supérieur. — L'école de plein exercice de Nantes.

Nantes, le 1er novembre.

Mon cher ami,

Au moment où les vacances vont finir, où le travail va recommencer de toutes parts, il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur les conditions que les nouvelles lois sur l'enseignement supérieur nous ont faites.

Deux points sont à considérer : les nouvelles facultés libres d'une part ; d'autre part les nouvelles facultés du gouvernement et les écoles de plein exercice. De ces dernières je parlerai surtout en me fondant sur ce qui se passe à Nantes où les choses me sont mieux connues que partout ailleurs.

Qu'il faille décentraliser l'enseignement de la médecine, cela n'est douteux pour personne. Il est certain qu'à Paris on trouve des moyens d'instruction [illegible] aucune autre ville de France et peut-être du monde ; mais cette éducation médicale, excellente pour former les grands praticiens et les professeurs de l'avenir, laisse à désirer au point de vue du grand nombre des étudiants qui se destinent à exercer dans les petites villes, dans les campagnes et qui ont [illegible] besoin d'avoir vu de près pendant leurs études un grand nombre de malades pour se former à l'art du diagnostic, à la pratique en un mot.

Or, à Paris en dehors des [illegible] des hôpitaux, externes et internes, la plupart des étudiants en médecine sont obligés de suivre les cliniques de la faculté ; ils arrivent dans les salles en nombre tel que c'est à peine si, à force de jouer des coudes, ils peuvent approcher de deux ou trois lits sur toute une salle et entendre les explications du professeur.

Ce qui est vrai pour la clinique ne l'est pas moins pour les dissections et pour tous les travaux pratiques. Tous ceux qui ont étudié à Paris savent combien, à moins d'être privilégié, on est obligé de faire de courses et de perdre de temps pour avoir des sujets à disséquer.

Dans les grandes villes de province, et surtout dans les grands centres industriels on trouve des hôpitaux, considérables, fournissant en général plus de sujets qu'il n'en est besoin pour les élèves des écoles préparatoires de médecine ; on y trouve aussi des cliniques bien fournies de [illegible] et aussi riches que les beaux services hospitaliers de Paris. Ce qu'on n'y trouve pas toujours, par exemple, ce sont les laboratoires et l'outillage ; mais cela peut s'établir assez facilement, tandis que les grands hôpitaux, base de tout bon enseignement médical, doivent préexister.

De ce qui vient d'être dit, il [illegible] que les principales conditions [illegible] médecin se rencontrent dans les grandes villes de province.

Quant au personnel enseignant, il est en général à la hauteur de sa tâche dans les écoles [illegible], et il deviendrait d'autant plus [illegible] que ses fonctions seraient plus hautes et mieux rétribuées, d'abord parce que la [illegible] augmenterait pour les places de professeur [illegible] et ensuite parce qu'un traitement [illegible] permettrait à chacun des professeurs de consacrer chaque jour quelques heures de plus à l'étude des matières faisant l'objet de son enseignement. Il ne faudrait pas croire que Paris serait dépossédé par la création de ces centres [illegible] : Paris resterait toujours le foyer principal [illegible] et le point où l'on viendrait pour se perfectionner. [illegible] même volontiers qu'à Paris les études [illegible] à être un peu moins encombrées. Enfin, la décentralisation de l'enseignement permettrait à beaucoup plus d'étudiants de faire un certain nombre d'années d'internat dans les hôpitaux, et je n'ai pas besoin de dire combien est utile cette initiation à la pratique médicale.

Si l'on veut bien admettre avec moi l'utilité de la décentralisation, je puis chercher maintenant quelles sont les villes de province qui devront être le siége des nouvelles facultés de médecine ou des écoles de plein exercice. Il y a déjà chose jugée ou presque jugée pour Lyon, Bordeaux et Lille ; Marseille aura une école de plein exercice. Toulouse peut y prétendre également (1). [illegible] que l'Est possède la faculté de Nancy, on voit que dans l'Ouest seul l'Université n'est pas encore représentée par un grand centre d'enseignement médical. La ville [illegible] de l'Ouest pour devenir ce chef-lieu [illegible], c'est évidemment Nantes.

Son école de médecine [illegible] ne compte actuellement qu'une [illegible] s'élèverait certainement beaucoup si [illegible] de plein exercice et plus encore si elle montait au rang de faculté, ce qui, je l'espère, arrivera un jour, et [illegible] qu'on demande dès aujourd'hui aux écoles de plein exercice un personnel enseignant et un matériel supérieur à ce qu'on exige des facultés libres.

Avant d'aborder [illegible] ce qui concerne Nantes, un mot sur [illegible] essaie de fonder dans [illegible] villes.

[illegible] vieille institution [illegible] défauts, nous avons vu [illegible] pour la supplanter. [illegible] affliger de la loi sur l'enseignement [illegible] dont le principal [illegible] unilatérale, c'est-à-dire [illegible] peu pour le plus grand [illegible], cette loi, dis-je, est après tout, une loi [illegible] facilement être améliorée [illegible] les avantages qu'elle ne donne [illegible].

Du reste, l'Université de France ne peut qu'être remuée d'une manière salutaire par cette atteinte portée à son monopole.

Qui [illegible] ne doit pas craindre la lutte ; et quelque [illegible] brusque réveil de la douce [illegible] elle était un peu trop plongée, elle ne doit pas jeter [illegible] adulte et qui tient encore le pouvoir, [illegible] en enfance dont les établissements [illegible] de terre.

En tous cas, je suis [illegible] convaincu, pour ma part, que la vérité ne peut pas être définitivement vaincue ; aussi, quelle que soit l'issue de la lutte entre l'enseignement national et l'enseignement libre, je pense que le progrès ne peut qu'y gagner.

Cette [illegible] tout [illegible], ne doit pas nous empêcher [illegible] pour [illegible] et cela m'amène à [illegible] situation on a faite aux écoles de plein exercice.

D'abord je dois dire que leur organisation me semble par-

(1) [illegible] octobre, p. 628.

faitement bien conçue ; mais je crois qu'on a voulu aller un peu trop loin du premier coup ; ainsi, le budget d'uue école secondaire est actuellement de trente et quelques mille francs. Le budget d'une école de pleiu exercice, si toutes les conditions du décret étaieut remplies, monterait à 130,000 francs par an environ, c'est-à-dire qu'il serait quadruplé.

On conçoit que les municipalités hésitent avant de voter une pareille somme, et ce qui fait mieux comprendre cette hésitation, c'est que le décret, indiquant les charges que devront supporter les villes, est muet sur les prérogatives qui seront accordées aux écoles de pleiu exercice.

Il serait bon que ces prérogatives fussent connues ; les sacrifices pécuniaires paraîtraient plus légers, si l'on entrevoyait les résultats qu'ils peuvent produire.

J'en reviens à la ville de Nantes. Elle doit aspirer à représenter dans l'Ouest l'Université de France, comme Angers représeutera dans la même région l'enseignement catholique. On pourra comparer les résultats des deux enseignements et on verra quel est le meilleur.

Le conseil municipal de Nantes paraît décidé à faire les sacrifices nécessaires pour que l'école de médecine devienne école de plein exercice. On arriverait aisémeut par la construction de quelques laboratoires à avoir des locaux très-suffisants pour remplir les conditions exigées, et je crois que l'Ecole de médecine de Nantes ne démentirait pas comme école de plein exercice la très-bonne réputation dont elle jouit comme école préparatoire.

On voit quelle est ma pensée sur l'enseignement de la médecine : Les sommités médicales, le corps enseignant, les étudiants de toute la partie de la France qui est à proximité de Paris iraient s'instruire à la capitale.

D'assez nombreuses facultés provinciales permettraient aux simples praticiens de faire leurs études saus s'éloigner beaucoup de chez eux, sans dépenses aussi considérables, et dans ces centres ou recevrait une instruction pratique égale à celle que les mêmes étudiants recevraient à Paris ; eufin, point que je ne développerai pas ici pour ne pas abuser de la patience du lecteur, ou pourrait voir se former dans ces centres provinciaux des écoles scientifiques ayant leur tournure d'esprit et leurs doctrines particulières, le tout au profit de la science eu général.....

Dr A. Malherbe.

Ecole de médecine de plein exercice de Toulouse.

Toulouse, le 26 octobre 1875.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Les journaux de notre ville out publié ces jours-ci une lettre de monseigneur Floriau, archevèque de Toulouse, adressée à ses collègues et aux évèques des départements du midi de la France, sur le projet de création d'une uuiversité à Toulouse. Malgré tout mon désir, je ne saurais vous adresser *in extenso* ce mandement, si curieux à plus d'un titre, mais je crois utile d'en détacher les extraits suivants ; le lecteur pourra juger des saines doctriues que professent MM. du Clergé et des moyens qu'ils se proposent de mettre en pratique pour arriver au but :

« *Deux principales difficultés constituent le nœud de la question*, dit Monseigneur ; *celle de l'argent et celle des hommes à se procurer. A proprement parler, elles n'en forment qu'une, car*, AVEC DE L'ARGENT, IL EST FACILE DE SE PROCURER DES HOMMES (!!)

« Mais, par quel moyen fouder cette caisse d'entretien de laquelle dépend, après *le secours d'en haut*, tout l'avenir de l'œuvre ? Si uous consultons l'expérience faite à Louvain avec un si brillant succès, trois sources de revenu peuvent alimenter la fortune de telles iustitutions.

» 1° *Les dons de la charité :* Nous espérous qu'ils ne feront pas défaut ; mais ils composent une ressource précaire et fort longue à réaliser.

» 2° *Les droits de contribution scolaire* : Ils ne formeront qu'un modeste produit tant que les étudiants ne seront pas nombreux ;

» 3° *Les cotisations diocésaines*, provoquées par NN. SS. les Evêques sous forme de souscription ou de quête : Ce sera là, évidemment, si nous en jugeons d'après l'exemple que j'ai déjà cité, et qui est suivi par nos vénérables collègues du Nord de la France, le fonds le moins chanceux pour subvenir aux frais de notre enseignement supérieur.

» Dans la Belgique, deux quêtes sont affectées à cette œuvre et atteignent, annuellement, un chiffre de 30 à 40,000 francs par diocèse. Si, dans chacun de nos quatre-vingt-dix diocèses, elle s'élevait seulement à une moyenne de 12,000 francs, nous fonderions une rente de 1,080,000 francs, largement suffisante pour l'entretien de quatre Universités. »

Pour ce qui a trait à l'installation de ces facultés, monseigneur Floriau se propose d'imiter l'Etat, qui est si *riche* en locaux. Voici, du reste, les paroles de Monseigneur à ce sujet :

» Il y aurait erreur à croire qu'il est nécessaire d'acquérir de grands immeubles pour installer toutes les Facultés d'une université. D'ailleurs, rien n'est plus simple que le logement de certaines Facultés de l'Etat. Une salle de conférence pour le public ; auprès, un cabinet pour l'appariteur ; quelquefois, une pièce pour les réunions de MM. les professeurs, c'est tout. Sans compter que, souvent, les cours de Sciences se font dans le même endroit que le cours de Lettres, *et que l'Etat se contente d'être locataire quand il ne peut être propriétaire*. Pourquoi ne commencerions-nous pas sur ce pied restreint, remettant à plus tard les dépenses qui ne sont pas absolument indispensables, telles que l'achat de bibliothèques, collections, locaux et outillages coûteux.

. . . .

» Si j'obtenais un nombre suffisant d'adhésions, on pourrait commencer, sans retard, la collecte universitaire, et se mettre immédiatement en mesure de poser au moins les premières assises des trois Facultés de Droit, des Lettres et des Scieuces. Celle de Médecine demande une plus longue préparation. Au reste, supposé que l'entreprise réussisse, ce sera pour Nous une belle occasion d'établir, à côté des trois enseignements précédents, une Faculté de Théologie canonique, dont le personnel exclusivement ecclésiastique coûtera peu, et dont l'organisation approuvée par le Saint-Siége, *restaurera la notion de ce principe, oublié et violé en France : l'enseignement de la Science sacrée relève de l'Eglise, non de l'Etat.* »

Tel est, en substance, le mandement de monseigneur l'archevêque de Toulouse ; c'est là, il faut le reconnaître, un document remarquable et digne d'être conservé. Il fait voir d'une manière très-explicite ce qu'entendent ces messieurs par le mot liberté, ainsi que la haute opinion qu'ils ont de la personnalité humaine. Ah ! nous n'avons pas de professeurs, quelle plaisanterie ! nous en aurons quand nous le voudrons, nous avons eu la traite des nègres, eh bien ! nous aurons la traite des professeurs ; avec de l'argent on achète tout : les consciences, les convictions, tout cela n'est qu'une vile marchandise ; « *avec de l'argent, il est facile de se procurer des hommes.* »

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de me dispenser de plus longues réflexions à ce sujet, elles seraient hors de propos dans votre estimable journal, et laissez-moi vous parler de l'Ecole de Médecine de l'Etat.

Comme vous pouvez le voir par ce document, le parti clérical n'a pas l'intention de créer une faculté de médecine à Toulouse, cela du moins, si on ajoute foi à la lettre de M. Florian. — J'ai lieu de m'en étonner, et je croirai plutôt que c'est là une tactique pour empêcher notre Conseil municipal de pousser activement à la transformation de notre école de médecine en école de plein exercice ; cela surtout, si je me repporte aux paroles prononcées par un archevêque d'uu des départements limitrophes de la Haute-Garonne, à propos de l'enseignement supérieur.

« Si nous désirons, dit-il, si ardemment la liberté de l'enseiguement supérieur, ce n'est pas tant pour avoir des facultés de droit ou autres, mais bien pour créer des facultés de médecine et partant des médecins ; car dans toutes les localités où le médecin ne partage pas nos idées, avouons-le, nous ne sommes pas les maîtres. »

Ces paroles qui sont autheutiques, résumeut, je crois, fidèlement les iutentions et les projets du parti clérical ; aussi aujourd'hui toute restriction doit être mal avenue. Au reste, le Conseit municipal doit se réunir sous peu de jours, et décidera, une fois pour toutes, ce qu'il entend faire de son école de plein exercice......

L. C.

Liberté de l'enseignement. — *Avis*. Les personnes qui, aux termes de la loi du 12 juillet 1875, sont dans l'intentiou de fonder des Facultés libres, sont invitées à produire à l'autorité académique, en même temps que leur déclaration, la preuve que les professeurs de la nouvelle Faculté réunissent les conditions réclamées par la loi. Si, en effet, ces conditions ne se trouvaient pas remplies, l'établissement ne pourrait pas être regardé comme une Faculté, et les inscriptions qu'on y prendrait seraieut sans valeur pour les examens.

L'intérêt des établissements nouveaux et des jeunes gens qu'ils doivent recevoir, exige donc que cette vérification soit faite en temps utile. (*Journal officiel* du 3 novembre 1875.)

FORMULES

Injection antiblennorrhagique ([illegible]).

Extrait de saturne..........	[illegible]
Sulfate de zinc..............	40 [illegible]
Laudanum de Sydenham	40 —
Eau distillée..............	200 gr.

Faites dissoudre.

Faire de trois à cinq injections par jour, quand l'inflammation de l'urèthre et l'écoulement est déjà notablement diminué.

Lavement opiacé camphré (Re[illegible]).

Camphre pulvérisé......	50 centigr.
Extrait thébaïque.......	5 —
Jaune d'œuf...........	n 1 —
Décoction de graine de lin.	150 —

F. s. a. une solution, qui sera prise en lavement, pour faire cesser les érections douloureuses qui accompagnent la blennorrhagie aiguë. — Grands bains prolongés ; — boissons émollientes et diurétiques.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 octobre 1875, la chaire de clinique [illegible] été déclarée vacante à la Faculté de médecine de Paris. Un délai de [illegible] jours, à dater de la publication, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Clinique chirurgicale*. M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital [illegible] le jeudi 4 novembre, à huit heures du matin.

CLINIQUE DE LA FACULTÉ. — Hôpital de la Charité. M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale, lundi [illegible] et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis [illegible] même heure.— Tous les jours visite des malades à 8 h. 1/4.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le concours d'agrégation [illegible] sciences physiques commencera le 1[illegible] novembre 187[illegible] [illegible] sont : MM. Wurtz, professeur de chimie, doyen de la Faculté [illegible] président ; Cl. Bernard, membre de l'Institut et de l'A[illegible] [illegible] fesseur de physique médicale à la Faculté de médecine ; [illegible], professeur d'anatomie à la Faculté de médecine ; Robin, professeur [illegible] Faculté de médecine ; Baillon, professeur d'histoire naturelle [illegible] médecine, Moitessier, professeur de physique [illegible] pellier ; Morel, professeur d'anatomie à la Faculté [illegible] agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Juges supplémentaires : MM. Bouchardat, professeur [illegible] Faculté de médecine ; Béclard, professeur de physiologie [illegible] médecine ; Grimaux et Péter, agrégés.

Les concurrents sont au nombre de dix-sept. — Anatomie et physiologie [illegible] deux places pour Paris ; 1 pour [illegible], 2 pour [illegible] *Cadiat, Coyne, N[illegible], He[illegible]* — [illegible] Paris ; 1 pour [illegible] ; 2 pour [illegible] *Gar[illegible]* *Lesueur, By[illegible], B[illegible]* [illegible] *noir*. — Histoire naturelle : MM. [illegible].

Nous donnons l'indication des places [illegible] par M. de Cumont (Voir *Progrès* [illegible], p. 3[illegible]), [illegible] spécialement des sciences naturelles.

Internat (Paris). Trois étudiants [illegible] admis à subir l'épreuve orale [illegible] question suivante : *Rapports* [illegible] *[illegible]tiques*.

Externat. 28 octobre : Conformation [illegible] — 30 octobre : Veines superficielles [illegible]. — [illegible] Omoplate.

—Le concours pour la désignation des [illegible] terminé le 27 octobre par la nomination [illegible] ordre de mérite : MM. Bodoile, Poll[illegible], Sa[illegible], L[illegible], [illegible], Redon, Edouard, Rochat, [illegible], [illegible], Blanc, Ma[illegible], Chapuis [illegible], Rouvier, Arnal, Aubover, [illegible], Béraud, Métral, Lavêque. Les [illegible] les dix autres [illegible] courir pour l'[illegible] (*Lyon médical*).

CONCOURS. — Le concours [illegible] à l'internat [illegible] terminé par la nomination de MM. [illegible], Lagrange, [illegible], Lamarche, L[illegible], [illegible]. *B[illegible]*.

[illegible] — M. [illegible] en chef de l'hôpital [illegible] novembre, et les cours des mardis, jeudis et samedis suivants.

Les leçons du [illegible] à [illegible] elle sont consacrées la reconnaissance des drogues simples et des médicaments composés. Celles du mardi et du [illegible] lieu à sept heures [illegible] du soir. Le prix des conférences [illegible], payables d'avance. On [illegible] tous les jours, à l'hôpital de Lo[illegible], de huit heures à onze heures du matin. (*Répert. de pharmacie*).

CRÉATION D'UNE FACULTÉ DE MÉDECINE A LILLE. — Le Conseil municipal vient de voter la délibération suivante :

Art. 1[illegible]. — Le Conseil municipal, [illegible] ses délibérations des 12 [illegible] 1872, et 14 août 187[illegible], réclame [illegible] la création d'une Faculté de médecine à Lille, [illegible] de pharmacie.

Art. 2. — La ville s'engage à pourvoir immédiatement, à ses frais, cette Faculté des bâtiments, [illegible], nécessaires à son [illegible]. Les [illegible] professeurs et fonctionnaires, les dépenses d'administration [illegible] d'après le tarif réglementaire adopté par le [illegible].

ENSEIGNEMENT [illegible]. — On travaille activement, à l'Ecole des Carmes, [illegible] les locaux [illegible] l'Université cléricale de Paris. L'[illegible], M. [illegible], s'est engagé à terminer pour le 8 novembre. C'est dans la partie des bâtiments qui regarde la rue de Vaugirard que seront installées [illegible], les trois facultés de droit, des lettres et des sciences. Le personnel enseignant est presque entièrement arrêté. Les inscriptions seront ouvertes le 15 novembre. Les cours commenceront [illegible] décembre ([illegible]).

UNIVERSITÉ D'HEIDELBERG. — Le nouveau semestre a été inauguré à [illegible] par une bataille à coups de bâton entre les membres de la Saxo-[illegible]. Ce combat a pris de telles proportions, qu'il [illegible] sur pied tout le personnel de la police, et qu'il n'a été possible [illegible] qu'après l'arrestation et l'incarcération des plus [illegible].

[illegible] — Il est créé à la faculté des sciences de [illegible], une chaire de botanique et zoologie. La chaire d'histoire naturelle [illegible], prend le titre de chaire de géologie et minéralogie.

[illegible]. — D'après une statistique publiée par le [illegible], la consommation [illegible] de la bière peut être évaluée [illegible] Wurtemberg, 1[illegible]4, Grande-Bretagne, [illegible] Allemagne du Nord, [illegible] Nord, [illegible]

[illegible]. — Depuis plusieurs années, les médecins de cet établissement [illegible] maladies mentales, lorsqu'au [illegible] (Voir le *Progrès Médical*, 1874, p. 12[illegible]), M. le Préfet [illegible] de la science et de la pra[illegible] [illegible] mesure [illegible] trou[illegible] [illegible], parmi ceux [illegible] suppression. [illegible] journal *la France*. [illegible] de nouveaux [illegible] de M. [illegible].

[illegible] sans doute [illegible] vient d'écrire [illegible] [illegible] l'é[illegible]. [illegible] — Le [illegible] par M. D[illegible] cette [illegible].

[illegible] — Population [illegible] habitants. Pendant la [illegible] savoir : Variole, 2 ; — [illegible], 2. — fièvre typhoïde, [illegible] ; — érysipèle, [illegible] ; — [illegible] ; — dysenterie, [illegible] ; — diarrhée [illegible] ; — angine couenneuse, 1[illegible] ; — [illegible] ; — autres affections aiguës, 2[illegible]2 — affections chroniques, [illegible] dont 17[illegible] dues à la phthisie pulmonaire ; — [illegible] ; — causes accidentelles, 21.

[illegible]. — Population, [illegible] habitants. [illegible] 16 octobre, [illegible] ; — scarlatine, 1[illegible]2 ; — fièvre [illegible] ; — bronchite, 1[illegible]1, pneumonie, 64 ; — dysenterie, [illegible] ; — choléra nostras, 1 ; — diphthérie, 9 ; — [illegible] ; — [illegible], 1[illegible].

MORTALITÉ A PARIS. — Population, 1,851,792 habitants. Pendant la semaine [illegible] 1875, on a constaté : 7[illegible] décès ; savoir : variole, [illegible] ; — [illegible] ; — scarlatine, 1, — fièvre typhoïde, 3[illegible] ; — érysipèle, [illegible] ; — [illegible], 1[illegible]. — pneumonie, [illegible]. — dyssenterie, 1 ; — [illegible], 1[illegible], — choléra nostras, [illegible] ; — angine couenneuse, [illegible] ; — [illegible], [illegible] ; — affections puerpérales, 1 ; — autres [illegible], dont 1[illegible] dues à la phthisie pulmonaire ; — [illegible], 3 ; — causes accidentelles, 18.

LONDRES. — Population, [illegible] habitants. — Décès, du 17 au 23 octobre [illegible] ; — rougeole, [illegible] ; — scarlatine, 127 — fièvre typhoïde 1[illegible] ; — [illegible], [illegible] ; — bronchite, 1[illegible]8. — pneumonie, 71 ;

— dyssenterie, 2 ; — diarrhée, 41 ; — choléra nostras, 1 ; — diphthérie, 11 ; — croup, 13 ; — coqueluche, 47.

Assistance publique. — M. de Nervaux, directeur de l'administration de l'Assistance publique, nous a fait l'honneur de nous adresser une communication au sujet d'un petit article inséré dans notre dernier numéro, sous le titre « *l'Esprit bureaucratique,* » et concernant son administration. Nous insérerons *in-extenso* cette communication dans notre prochain numéro.

Vacances médicales. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

— La place de pharmacien en chef de l'hôpital civil de Mustapha (Alger) est vacante par suite de la démission du titulaire. *Gaz. médic. de l'Algérie*.

Archives de physiologie normale et pathologique, publiées par MM. *Brown-Séquard, Charcot, Vulpian.* Le numéro d'août-septembre 1875, renferme : 1° Recherches sur l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né, par de Sinéty ; — 2° Recherches sur les variations du nombre des globules blancs dans le sang veineux de l'oreille du lapin, sous l'influence de la section du sympathique, de la compression des veines et des excitations inflammatoires, par W. Nicati et J. Tarchanoff ; — 3° Recherches sur le mode de distribution des fibres nerveuses dans les nerfs optiques et dans la rétine, par W. Nicati ; — 4° Recherches anatomiques sur le tissu élastique des os, par J. Renaut ; — 5° Recherches critiques histologiques sur la terminaison des nerfs dans la conjonctive, par Poncet ; — 6° Technique photographique, par Luys ; — 7° Recherches sur la dégénérescence des nerfs séparés de leurs centres trophiques, par Cossy et Déjerine ; — 8° Expériences sur la vitesse du courant nerveux sensitif de l'homme, par Bloch ; — 9° De l'amblyopie hystérique, par Landolt ; — 10° Sur la localisation de l'arsenic dans les tissus, à la suite de l'usage des arsénicaux, par Scolosuboff ; — 11° Sur le développement de l'épithéliome du corps thyroïde, par Cornil ; — 12° Note sur la dégénérescence amyloïde des organes étudiés au moyen de réactifs nouveaux, par Coruil ; — 13° Contribution à l'anatomie pathologique des maladies palustres endémiques, par Kelsch ; — 14° Note sur un cas d'atrophie musculaire progressive spinale protopathique, par Charcot et Gombault. Un an : Paris, 20 fr. ; départements, 22 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à quatre heures.

Du Basty. Des incidents produits par la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon, grand in-8° de 44 pages, 1 fr. 25 — Pour les abonnés du *Progrès :* 0 fr. 80 cent. *franco.*

Bourneville. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. 1er fascicule : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau.* In-8 de 168 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50. 2e fascicule : *Urémie et Eclampsie puerpérale ;* — *Epilepsie et hystérie.* In-18 de 160 pages, avec 14 figures : 3 fr.

Charcot (J.-M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à l'hospice de la Salpétrière, recueillies par Bourneville. IIe série. 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice ;* in-8 de 72 pages avec 5 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie, 2 fr. pour les abonnés du *Progrès médical*, 1 fr. 15 c. franco. —2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière ;* in-8° de 72 pages avec deux planches en chromo-lithographie et deux figures dans le texte : 2 fr. 25 ; pour les abonnés du *Progrès médical :* 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies ;* in-8° de 112 pages avec 13 figures dans le texte et 2 planches, 4 fr. ; pour nos abonnés. 2 fr. 50 c. — Les trois fascicules, pour nos abonnés, 4 fr. 75, franco.

Dransart (H. N.). Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. In-8° de 32 pages avec 1 fig. 60 cent.

Dupuy (L. E.). Etude sur quelque lésions du mésentère dans les hernies In-8° de 16 pages. 50 cent.

Marsat. Des usages thérapeutiques du nitrite d'amyle, in-8° de 48 pages, 1 fr. 25. — Pour les abonnés du *Progrès :* 0 fr. 80 cent. *franco.*

Onimus. — Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies par Bonnefoy. In-8° de 16 p. avec 4 fig. 60 cent.

Peltier (G.). De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8° de 34 pages, 90 centimes.

Thaon (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose ; in-8° de 104 pages avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50. Pour nos abonnés : **2 fr. 50,** *franco.*

nombreuses figures dans le texte. *Première partie : Opérations générales.* 1 vol. gr. in-18. 7 fr.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale. 2e édition.

Tome premier, rédigé par le docteur Jamain. 9 fr.

Tome deuxième, rédigé par le docteur Péan. 13 fr.

Tome troisième, rédigé par M. Péan. 1 vol. in-8, avec figures. 14 fr.

Tome quatrième (*sous presse*).

NIEMEYER. — Eléments de pathologie interne, traduits de l'allemand, annotés par M. Cornil. 1873, 3e édition française, d'après la 8e édition allemande. 2 vol. grand in-8. 14 fr.

TARDIEU. — Manuel de pathologie et de clinique médicales. 1873, 1 fort vol. grand in-18, 4e édition. 8 fr.

BOUCHARDAT. — De la glycosurie ou diabète sucré, son traitement hygiénique. 1 fort vol. in-8. 15 fr.

VELPEAU et BERAUD. — Manuel d'anatomie chirurgicale, générale et topographique. 3e édit. 1862, 1 vol. in-18 de 810 pages. 7 fr.

Troisième examen.

BOCQUILLON. — Manuel d'histoire naturelle médicale. 1871, 1 vol. gr. in-18, avec 415 fig. 14 fr.

GREHANT. — Manuel de physique médicale 1 vol. gr. in-18, avec 469 fig. dans le texte. 7 fr.

RICHE. — Manuel de chimie médicale. 1873, 3e édition, 1 vol. in-18, avec 200 fig. dans le texte. 8 fr.

GRIMAUX. — Chimie organique élémentaire, leçons professées à la Faculté de médecine. 1872, 1 vol. in-18. 4 fr. 50

GRIMAUX. — Chimie inorganique élémentaire. 1874, 1 vol. in-18, avec figures. 5 fr.

Quatrième examen.

BINZ. — Abrégé de matière médicale et de thérapeutique, traduit de l'allemand par MM. Alquier et Courbon. 1872, 1 vol. in-12 de 335 p. 2 fr. 50

BOUCHARDAT. — Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie. 1873. 5e édition, 2 vol. 16 fr.

CORNIL. — Leçons élémentaire d'hygiène privée. 1873, 1 vol. in-8. 2 fr. 50

DESCHAMPS. — Manuel de pharmacie et art de formuler.

TAYLOR. — Manuel de médecine légale, traduit de l'anglais. 1 vol. in-18, avec fig. (*sous presse.*)

Cinquième examen.

MAUNOURY et SALMON. — Manuel de l'art des accouchements. 1873, 3e édit. 1 vol. grand in-18, avec 115 fig.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, à Paris.

Année scolaire de 1875-1876

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLÈVE EN MÉDECINE

COLLECTION D'OUVRAGES
POUR LA PRÉPARATION AUX EXAMENS DU GRADE DE DOCTEUR
ET D'OFFICIER DE SANTÉ AUX
CONCOURS DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT

AMETTE. — Code médical, 3e édition. 1 vol. in-18. 4 fr.

LANGLEBERT. — Guide de l'étudiant. 1 vol. in-18. 2 fr. 50

Premier examen.

ANGER. — Anatomie chirurgicale. 1 vol. in- et atlas. 40 fr.

BEAUNIS. — Physiologie. in-8, cart.

BEAUNIS et BOUCHARD — Anatomie descriptive. 1 vol. in-8. 18 fr.

FAU. — Anatomie artistique. In-8, fig. noires, 4 fr., fig. col. 10 fr.

KUSS et DUVAL. — Physiologie. In-18. 7 fr.

MALGAIGNE. — Anatomie. 2 vol. in-8. 18 fr.

MASSE. — Anatomie descriptive In-18. 7 fr.

MOREL. — Histologie. In-8 et atlas. 12 fr.

MULLER. — Physiologie. 2 vol in-8. 20 fr.

ROBIN. — Histologie. 1 vol. in-8 6 fr.

— Microscope. 1 vol. in 8. 20 fr.

Deuxième et cinquième examens.

BERNARD et HUETTE. — Médecine opératoire. In-18, fig. noires 24 fr. fig. col. 48 fr.

BOUCHUT. — Pathologie générale. 1 vol. in-8. 18 fr.

CORLIEU. — Aide-mémoire de médecine et de chirurgie. 1 vol. in-18, cart. 6 fr.

CORRE. — Chirurgie d'urgence, in-18. 2 fr.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique. 5 vol. in-8. 35 fr.

DAREMBERG. — Histoire des sciences médicales, 2 vol. in-8. 20 fr.

GOFFRES. — Bandages. In-18, fig. noires 18 fr., fig. col., cart. 36 fr.

GUYON. — Chirurgie clinique. In-8. 12 fr.

GOSSELIN. — Clinique chirurgicale. 2 vol. in-8. 24 fr.

RACLE, FERNET et STRAUS. — Diagnostic médical. 1 vol. in-8. 20 fr.

RINDFLEISCH. — Histologie pathologique. 1 vol. in-8. 24 fr.

SÉDILLOT et LEGOUEST. — Médecine opératoire. 2 vol. in-18. 20 fr.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. 3 vol. in-8. 32 fr.

VALLEIX et LORAIN. — Guide du médecin praticien. 5 vol. in-8. 50 fr.

VIDAL. — Pathologie externe. 5 vol. in-8. 40 fr.

WOILLEZ. — Diagnostic. 1 vol. in-8. 16 fr.

Troisième examen.

ANDOUARD. — Pharmacie. 1 vol. in-8. 14 fr.

CAUVET. — Histoire naturelle médicale. 2 vol. in-18. 12 fr.

CODEX medicamentarius. 1 vol. in-8. 9 fr. 50

FERRAND. — Aide-mémoire de pharmacie. 1 vol. in-18, cart. 6 fr.

GUIBOURT et PLANCHON. — Drogues. 4 vol. in-8. 36 fr.

HÉRAULT. — Plantes médicinales. 1 vol. in-18, cartonné. 6 fr.

MOQUIN TANDON. — Zoologie. 1 vol. in-18. 5 fr.

— Botanique. 1 vol. in-18. 6 fr

SOUBEIRAN. — Falsifications. In-8, cartonné. 14 fr.

WUNDT. — Physique médicale. In-8. 12 fr.

Quatrième examen.

BRIAND et CHAUDÉ. — Médecine légale. 1 vol. in-8. 18 fr.

FERRAND. — Thérapeutique. In 18. 8 fr.

FONSSAGRIVES. — Thérapeutique. In-8. 7 fr.

GALLOIS. — 1200 formules. In-18. 2 fr. 50

GIACOMINI. — Matière médicale. In-8. 5 fr.

GLONER. — Thérapeutique. In-18 jésus. 7 fr.

GUBLER. — Commentaires thérapeutiques du Codex. 1 vol. in-8 cart. 15 fr.

JEANNEL. — Formulaire. 1 vol. in-18. 6 fr.

LÉVY (Michel). — Hygiène. 2 vol. in-8. 20 fr.

Cinquième examen.

CHAILLY. — Accouchements. 1 vol. in-8. 10 fr.

CHURCHILL. — Maladie des femmes. 1 vol. in-8. 18 fr.

NÆGELÉ. — Accouchements. 1 vol. in-8. 12 fr.

PÉNARD. — Guide de l'accoucheur. 1 vol. in-18. 4 fr.

CHANGEMENT DE DOMICILE

POUR CAUSE D'EXPROPRIATION

LA LIBRAIRIE

ALEXANDRE COCCOZ

30, rue de l'Ecole-de-Médecine, 30

EST TRANSFÉRÉE

11, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

On y trouve le plus grand assortiment de thèses de Médecine, Doctorat et Concours.

Vente, Achat et Echange d'ouvrages de Médecine, Science, Littérature, etc., neufs et d'occasion.

ACHAT DE BIBLIOTHÈQUES & PARTIE DE BIBLIOTHÈQUES

AU COMPTANT

FAIT LA COMMISSION ET SE CHARGE DE LA RELIURE

TRÈS-BONNES CONDITIONS

On y trouve aussi les portraits photographiques de toutes les célébrités médicales.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine

FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Traité élémentaire de chirurgie. 2 vol. in-8, avec 307 fig. dans le texte. 1869 72. 28 fr.

FORT. Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandage et d'embaumement. 1 vol. in-8°, avec 542 figures........ 25 fr.

FORT. — Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, 1 vol. de 520 pages, avec 107 fig. 5 fr.

FORT. — Anatomie descriptive et dissection contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celles des tissus. Troisième édition, entièrement refondue. Trois volumes in-12, avec 1226 figures intercalées dans le texte.................................. 30 fr

FORT. — Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie; livre destiné aux examens et aux concours. 1 vol. in-18, avec 151 fig. 7 fr. 50.

FORT. — Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes du corps humain, d'après les

Aux bureaux du **PROGRÈS**

Duplay (S.). Leçon sur les périarthrites [illegible] Maladie des bourses séreuses [illegible] et du grand trochanter, simulant la coxalgie, recueillie par Duret, In-8 de 20 pages. 60 cent.

Ferrier. — Recherches exprimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur par H. Duret. In-8° de 80 pages. 2 fr Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25, *franco*.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

3e ANNÉE. — N° 46 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 13 NOVEMBRE 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. le professeur BEHIER.

De la pellagre sporadique

Leçons recueillies par les docteurs H. LIOUVILLE et I. STRAUS.

DEUXIÈME LEÇON. — 18 juillet 1875.

Messieurs,

Les opinions des auteurs sur la nature de la pellagre sont aussi nombreuses que bizarres. C'est ainsi que Casala la considère comme un mélange de lèpre et de scorbut; Allioni comme « un miasme miliaire dont elle serait une incarnation, résultant du climat et du régime des individus qui en sont atteints ». Calderini en fait une modification de la syphilis; Frapolli y voit la répercussion de la transpiration, d'où naissent deux acrimonies: l'une chaude, qui donne l'ardeur intérieure et la prédisposition aux érysipèles, l'autre froide, point de départ des accidents scorbutiques, du ptyalisme et de la diarrhée. D'après le même ordre d'idées, Zanetti invoque une acrimonie acide accumulée par le printemps et qui se porte comme une écume critique vers les points insolés. Je ne saurais ranger dans une autre catégorie l'étrange opinion de M. Diday qui, s'appuyant sur les phénomènes nerveux, intestinaux et cutanés de la pellagre, la regarde comme « une fièvre typhoïde chronique et périodique. »

Ici, la critique est superflue, et le simple énoncé de ces diverses opinions suffit, je l'espère, pour vous en faire juger la véritable valeur; toutes aboutissent à des théories humorales, à l'hypothèse d'une altération dans la crase sanguine, d'une dyscrasie; c'est du reste une tendance générale, et qui subsiste même de nos jours, d'invoquer une acrimonie des humeurs, une matière peccante quelconque, dès qu'on a affaire à une maladie à localisations cutanées. Je ne cesserai, Messieurs, de vous mettre en garde contre les séductions de ces doctrines humorales, si complaisantes et si promptes à tout expliquer. Il est une autre méthode, plus laborieuse il est vrai, qui consiste à s'attacher à l'étude de chaque symptôme, à en dégager la valeur réelle, et ce n'est qu'après ce travail d'analyse exacte et sans parti pris, que l'on sera en mesure d'aborder l'interprétation du complexus morbide dans son ensemble. C'est cette méthode que nous allons appliquer à l'étude du groupe morbide appelé pellagre.

Éruption. Nous commençons par ce symptôme, car c'est lui qui a surtout frappé les observateurs et qui a servi à dénommer la maladie. C'est lui, du reste, qui a joué le principal rôle au point de vue doctrinal, car on le considérait comme l'équivalent de l'exanthème dans les pyrexies éruptives, comme l'effort curateur de l'organisme, destiné à servir d'émonctoire et à éliminer le poison pellagreux. La vérité est que cet érythème, au lieu de tenir à une cause interne, mystérieuse, est en quelque sorte purement traumatique et résulte simplement de l'*insolation*. En effet, il siége exclusivement sur les parties exposées et non protégées par des vêtements. Cela est si vrai que, lorsque, par hasard, ou bien, comme l'a fait Gherardini, dans un but expérimental, on vient à exposer à l'air une partie habituellement recouverte, la lésion pellagreuse ne tarde pas à s'y manifester. Entre mille exemples, je vous citerai le malade de Gazailhau qui, atteint d'érythème sur la partie dorsale du métacarpe, eut l'idée de porter des mitaines; l'éruption disparut de la région métacarpienne, mais elle se porta sur la face dorsale des phalanges; alors notre homme d'enlever ses mitaines et d'envelopper simplement les doigts; ceux-ci revinrent à l'état normal, mais l'érythème reparut sur le dos des mains.

Je pourrais multiplier les exemples si je ne craignais de m'appesantir trop sur cette partie en quelque sorte anecdotique de l'histoire de la pellagre. C'est ainsi que le cou-de-pied ne se prend que chez les sujets ne portant pas de bas, le front chez ceux qui vont tête nue et que l'éruption du dos de la main s'arrête nettement là où commence la manche, formant ce qu'on appelle la *manchette pellagreuse*. Le siége ainsi que la forme de l'éruption prouvent donc bien qu'elle est uniquement le résultat de l'insolation. C'est à tort que M. Ardusset l'a attribuée à la poussière des Landes, car cette poussière fine et impalpable pénètre partout et ne devrait pas, par conséquent, exercer une action aussi circonscrite et aussi franchement limitée.

Ici nous nous heurtons contre une objection d'une certaine gravité: si l'érythème pellagreux n'est autre chose qu'un coup de soleil, comment se fait-il qu'il se produit au printemps et non en été, époque où les rayons solaires sont doués de leur maximum d'intensité? A cela on peut répondre d'abord que le soleil printanier agit sur une surface cutanée, vierge en quelque sorte de l'action solaire, et qu'elle la surprend non préparée et sans défense; aussi n'est-il pas rare, même chez des sujets sains, d'observer des coups de soleil au printemps; de là cette locution vulgaire que « le soleil pique en mars, que le soleil de mars est cuisant. » Mais, du reste, nous n'en sommes pas réduits à n'avoir que cette explication purement empirique; grâce aux ingénieuses recherches de MM. Charcot et Bouchard, nous sommes aujourd'hui en mesure d'expliquer à l'aide de causes rigoureusement scientifiques ce phénomène en apparence paradoxal.

En 1858 déjà, M. Charcot entretenait la Société de biologie de certains érythèmes qui se produisent quelquefois sur le visage de personnes occupées à des expériences d'électricité (faits de Foucault, de Despretz). Or, la puissance lumineuse et calorifique de l'étincelle électrique est beaucoup trop faible pour rendre compte de la production de ces accidents. M. Charcot n'hésita pas à les attribuer à une troisième sorte de rayons, abondants dans l'étincelle électrique, les *rayons chimiques*. On sait, en effet, que dans la portion la plus réfrangible du spectre, près des rayons violets et même ultra-violets, on constate particulièrement l'existence de rayons chimiques, c'est-à-dire de rayons dénués de propriétés calorifiques et lumineuses, mais doués d'une grande activité chimique, réduisant les sels d'argent et d'or, faisant détonner le chlore avec l'hydrogène, etc. Il est probable que les rayons chimiques jouissent en même temps d'une activité physiologique plus grande que les rayons calorifiques ou lumineux, et que le soleil, au printemps, est particulièrement riche en rayons chimiques. C'est M. Perroud, de Lyon, qui le premier a émis cette hypothèse ingénieuse et a appliqué les faits de M. Charcot à l'interprétation de l'érythème pellagreux.

M. Bouchard a placé la question sur le terrain expérimental Il a montré que les rayons violets du spectre produisent un érythème de la peau bien plus rapide et plus intense que les rayons rouges, les plus riches cependant en rayons calorifiques; si l'on dépouille un faisceau lumineux en lui faisant traverser un milieu faiblement diathermane, une nappe d'eau par exemple, on ne le prive pas de son activité physiologique et de son pouvoir de provoquer l'érythème cutané. Nous conclurons donc avec M. Bouchard que l'érythème pellagreux est un véritable érythème solaire et qu'il est dû spécialement à l'action des rayons chimiques.

(1) Voir le n° 45.

Phénomènes digestifs. Eux aussi reviennent au printemps, en même temps que l'insolation, et ce retour périodique n'a rien que de simple ; on sait, en effet, que chez certaines personnes prédisposées, le renouvellement des chaleurs s'accompagne constamment de diarrhée, et dans les colonies cette influence de la chaleur se manifeste dans toute son évidence. Il faut aussi tenir compte de l'ingestion immodérée des boissons et de la diarrhée qu'elle provoque, surtout quand cette boisson est une eau saumâtre, telle qu'on la trouve dans les plaines de la Normandie, des Landes et de la Champagne, et que ces excès de boissons sont commis par des sujets faibles, cachectiques ou peu soigneux.

Phénomènes nerveux. Ils se développent sur un fond habituel de tristesse et de langueur ; quelle que soit la forme, mélancolique, lypémaniaque, hypochondriaque ou maniaque, elle présente habituellement une recrudescence vernale manifeste ; mais il faut savoir que ces mêmes recrudescences se produisent à la même époque chez les aliénés ordinaires, sous l'influence du changement de saison et de l'insolation. Quant à la pathogénie de la démence pellagreuse, point n'est besoin non plus de recourir à une cause spéciale ; l'inanition et la misère constituent une étiologie qui n'est que trop claire et trop évidente.

Cette façon naturelle et simple d'interpréter les faits ne pouvait entrer dans les vues des auteurs qui, considérant la pellagre comme une espèce morbide spéciale, devaient nécessairement chercher à lui assigner une cause spécifique. Cette cause, on a surtout tenté de la trouver dans un mode particulier d'alimentation, dans un empoisonnement, comparable, par exemple, à l'ergotisme, à la convulsion céréale.

Comme la maladie a particulièrement sévi et été étudiée dans les pays à maïs, c'est le maïs qui tout d'abord a été incriminé, par Cazal notamment, par Marzari, Titius et Thouvenel. Plus tard, un médecin milanais, M. Balardini, puis M. Roussel et surtout M. Costallat attribuèrent la maladie, non pas au maïs lui-même, mais à un champignon se développant sur cette graine, à la façon de l'ergot de seigle. Ce parasite, le *sporisorium maïdis* est vulgairement appelé *verdet* ou *verde rame* ; il se fixe dans le sillon du grain et prive ce dernier, déjà si pauvre en albumine, du sixième environ de ses matières azotées. Ce champignon est donc doublement nuisible, d'une part par ses propriétés toxiques spéciales, d'autre part en diminuant notablement le pouvoir nutritif déjà si faible du maïs.

Le verderame est-il la cause nécessaire et suffisante de la pellagre ? Est-ce là le poison qui donne toujours naissance à la maladie ? Nous pouvons hardiment répondre par la négative. A Naples, la population pauvre fait usage de maïs souvent odieusement altéré, et cependant la pellagre y est inconnue ; il en est de même de la Teste, seule commune des Landes où la pellagre n'a pas été signalée, malgré la fréquence du verdet. Inversement, la grande épidémie landaise de 1861 s'est déclarée malgré la récolte de 1860 qui, au dire de MM. Gazailhau et G. Hameau, a été excellente et indemne de tout parasite.

Il faut donc, malgré la compétence d'auteurs, tels que MM. Roussel et Costallat, renoncer à accuser le seul verdet. On est encore moins en droit d'invoquer l'alimentation pure et simple par le maïs. Dans le royaume de Naples, en Grèce, dans plusieurs provinces de la Turquie, dans plusieurs de nos colonies même, le maïs est la nourriture habituelle et la pellagre n'y existe point. Il en est de même de la Bourgogne, de la Bresse où l'on use largement du maïs sans qu'il y ait trace de pellagre. D'après Sigmund (de Vienne), la Transylvanie, sur 2 millions d'habitants, en compte 1,300,000 qui vivent presque exclusivement de blé turc : on y ignore ce que c'est que la pellagre.

Enfin, et l'argument est péremptoire, la maladie existe là où l'usage du maïs est inconnu, dans la Vieille-Castille par exemple ; en outre, les cas de pellagre sporadique observés à Paris, à Reims et ailleurs concernaient, pour la plupart, des sujets *n'ayant jamais mangé de maïs* : notre homme du Hâvre était dans ce cas, ainsi que notre malade actuel. Sur 54 cas signalés par M. Gintrac, 19 n'avaient jamais fait usage de maïs. Nous pouvons donc conclure, avec M. Bouchard, auquel nous empruntons ces détails, « que la pellagre peut se développer en dehors de l'alimentation par le maïs et que le maïs, altéré ou non par le verdet, n'est pas la cause exclusive et indispensable de la pellagre (1) ».

Le maïs ni le verdet ne produisent la pellagre, comme l'ergot de seigle l'ergotisme, ou le plomb le saturnisme ; mais s'ils sont par eux-mêmes incapables de créer la maladie, ils y prédisposent, à coup sûr, à titre d'aliments peu réparateurs et avariés. Partout où la pellagre est endémique, elle sévit sur une population mal nourrie, mal administrée, malheureuse. Dans les Landes, les propriétaires et leurs domestiques, tout en faisant usage du maïs, mangent en même temps de la viande et boivent du vin ; ils ne sont pas pellagreux. Les pellagreux, qui entrent dans l'armée, guérissent de leur maladie ; il en est de même de ceux qui, par mariage ou héritage, se trouvent placés dans des conditions meilleures d'aisance et d'hygiène. Une domestique entre pellagreuse, au service de M. Gazailhau ; elle ne tarde pas à récupérer la santé ; une autre est guérie de la même façon ; mais au bout de 5 ans, elle revient au pays, retombe dans la misère, est reprise de la pellagre et finit par mourir de cette maladie.

Quant à la contagion de la pellagre, vous sentez qu'une pareille opinion ne mérite pas d'être discutée. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus ;

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris (2).

III. *Formes et dimensions du col hypertrophié.* — Le col de l'utérus hypértrophié peut affecter différentes *formes*, et l'on doit, à ce point de vue, distinguer plusieurs variétés d'élongation du col. Scanzoni en a fait une classification remarquable : nous croyons devoir la reproduire ici.

Première variété. Le col, hypertrophié et surtout épaissi, est plus volumineux à son extrémité inférieure qu'au point où le vagin s'insère sur lui. Cette forme se rencontre chez les femmes qui ont eu des enfants et chez celles qui n'en ont pas eu, mais le plus souvent chez les premières. Dans cette variété, il n'y a pas seulement élongation, mais hypertrophie à la fois dans les deux sens transversal et longitudinal.

Deuxième variété. Le col est conique, allongé et son orifice est plutôt rétréci qu'élargi. Cette forme appartient aux femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

Troisième variété. Elle ne se rencontre aussi que chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ; le col, ayant subi un allongement cylindrique, descend jusqu'à la vulve et la dépasse quelquefois.

Quatrième variété. Le caractère essentiel de cette forme est le développement plus considérable d'une seule des lèvres du col. Elle ne se rencontre que chez les femmes qui ont accouché une ou plusieurs fois.

Cinquième variété. Elle consiste en une hypertrophie de chacune des lèvres qui descend plus ou moins bas dans le vagin. L'orifice du col est alors constitué par une fente transversale, longue et irrégulière.

La classification de Scanzoni est passible néanmoins de plusieurs objections ; un des plus sérieux reproches que nous lui adresserons, c'est d'être incomplète et de ne pas tenir compte de quelques variétés importantes à connaître au point de vue du diagnostic.

Ces variétés sont parfois très-remarquables, et nous trouvons dans la science un certain nombre d'exemples d'hypertrophies des lèvres du col revêtant des formes irrégulières ou même bizarres. Témoin l'observation suivante, relatée par G. Simon dans la *Gazette hebdomadaire* de 1864 :

(1) Bouchard, [illegible], page 553.
(2) Voir les nos 42 et 43.

Observation III. — *Variété bizarre d'hypertrophie vaginale du col de l'utérus. Les lèvres antérieure et postérieure, allongées en forme d'ailes, s'insinuent à travers le vestibule vulvaire sous forme de pédicule renfermé dans l'hymen intact.*

X., femme célibataire, âgée de 56 ans, est mal réglée depuis longtemps et atteinte de fleurs blanches. En l'examinant, on trouve deux corps ressemblant à des ailes de libellule et qui se présentent à travers le vestibule vulvaire.

Ces deux ailes se réunissent à l'entrée du vagin dans un mince pédicule rond qui continue son trajet dans le canal inguinal. Comme l'hymen renferme étroitement ce pédicule, il devient impossible de pousser cet examen plus loin.

En incisant l'hymen, on remarque que les corps, ressemblant à des ailes, sont réunis par une tige qui, en devenant de plus en plus grosse, se continue jusqu'au cul-de-sac vaginal et n'est autre que la portion vaginale du col de l'utérus allongée et hypertrophiée. La lèvre antérieure est plus longue que la postérieure. Avec de forts ciseaux, G. Simon incise, à deux centimètres et demi au-dessous du cul-de-sac vaginal, la partie vaginale hypertrophiée. Cette partie incisée montre partout le tissu normal de l'utérus, de telle sorte qu'il ne peut pas être ici question d'un polype de la matrice.

On comprendra facilement les grandes difficultés que présentait le diagnostic dans ce cas qui est fort curieux à cause de la persistance de l'hymen; on aurait pu, en effet, confondre cette élongation du col avec un polype utérin. — Les observations analogues à celles de G. Simon ne sont pas aussi rares que l'on serait tenté de le croire, et Virchow a décrit avec soin l'aspect et la structure de cette variété sous le nom d'hypertrophies polypiformes des lèvres du col.

Pour montrer combien sont nombreuses les variétés d'aspect que peuvent présenter les hypertrophies du col, nous citerons encore l'observation suivante :

Observation IV. — *Hypertrophie partielle du col de l'utérus en forme d'éperon de papillonnacée, ayant amené une rétention d'urine complète par compression de l'urèthre. — Résection du col pratiquée avec succès* (Observation du Dr A. Laurent. (In : *Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1874)

X., âgée de 33 ans, couturière. Un accouchement antérieur, effectué, du reste, dans de bonnes conditions, et des marches forcées peuvent expliquer la formation de l'hypertrophie. Leucorrhée et dysménorrhée.

A la suite de secousses provenant du saut à la corde, douleurs dans le bas-ventre augmentant graduellement avec exacerbations au moment des menstrues. — Douleurs en urinant et en allant à la garde-robe. M. Laurent fut appelé auprès de cette malade au moment où la rétention d'urine était complète et datait de 24 heures. Il reconnut que l'utérus était peu éloigné de l'ouverture vulvaire, le museau de tanche semblait taillé en biseau. L'ouverture du col était dépassée par une partie allongée, arrondie à son extrémité et de consistance identique à celle des autres portions de l'organe.

Le lendemain, ayant introduit un spéculum trivalve, M. Laurent constata que le col de l'utérus occupait exactement tout le fond de cet instrument; mais *une portion s'avançait en forme d'éperon de papillonnacée et se projetait en avant, en dehors de l'axe du col; la base de cet éperon répondait à la lèvre antérieure et se continuait avec la lèvre postérieure; sa couleur était rosée et identique à celle des autres portions du col. Cet éperon produisait la rétention d'urine en comprimant l'urèthre.* Il suffisait, en effet, de déplacer cette pointe érectile pour produire l'émission spontanée des urines.

M. Laurent réséqua le col avec des ciseaux recourbés à angle droit en coupant seulement dans cette portion recourbée. L'écoulement sanguin fut peu considérable; l'opérateur introduisit une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer, bourra le vagin avec de la charpie sèche, et maintint le tout au moyen d'un bandage en T compressif. — Au moment où l'auteur publia cette observation, la cicatrisation du col était avancée et la menstruation venait de se produire dans de bonnes conditions.

Examen du fragment réséqué. — Le bord postérieur du fragment, répondant à l'ouverture du col, mesurait 2 centimètres et demi de longueur; tandis que le diamètre antérieur, répondant à l'insertion vaginale, mesurait 3 centimètres et demi, la base mesurait 2 et demi centimètres de diamètre sur 1 centimètre et demi d'épaisseur. Le tissu était le tissu normal de l'utérus.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : nous attirerons tout particulièrement l'attention sur la forme de l'hypertrophie, sur cet éperon qui, faisant saillie en avant sur la ligne médiane, produisait une rétention d'urine complète en comprimant le canal de l'urèthre. — L'auteur fait remarquer que cette cause de rétention d'urine n'est mentionnée nulle part; cependant, dans un grand nombre de cas d'élongations du col que nous aurons l'occasion de citer plus loin, nous retrouverons des troubles des fonctions urinaires ou rectales analogues à celles que présentait cette malade, mais moins accentuées, il est vrai.

Plus loin, M. Laurent insiste sur le procédé opératoire qu'il a adopté. On ne saurait trop le féliciter d'avoir évité d'attirer en bas le corps de l'utérus au moment de la section, mais nous sommes loin de partager l'opinion de cet auteur au point de vue de la crainte de l'hémorrhagie qui lui semble exagérée. Dans le cas de M. Laurent, l'écoulement sanguin fut insignifiant, et cela s'explique par la nature même de l'hypertrophie qui portait également sur tous les éléments anatomiques du col, sans qu'il y ait eu prédominance de l'élément vasculaire. Or, comme il est presque toujours impossible de prévoir avant l'opération la structure histologique du col hypertrophié, nous pensons qu'il eût été plus prudent de recourir, en pareil cas, à la section par le serre-fil de Maisonneuve ou l'anse galvanique. L'écraseur de Chassaignac eût été, nous devons l'avouer, assez difficile à bien placer autour du pédicule de l'éperon qui venait comprimer le canal urinaire.

La *longueur* du col hypertrophié varie généralement entre 4 et 6 centimètres, mais elle peut aller au delà et atteindre 7 centimètres et même plus. Dans ce dernier cas, le col fait une saillie considérable entre les cuisses et tend à simuler l'hermaphrodisme, tant il ressemble à un pénis. (*A suivre*).

TÉRATOLOGIE

Description d'un fœtus humain monstrueux de la famille des acéphaliens ;

Par le Dr **H. RENDU.**

Ce monstre est né en novembre 1874, à Grenelle, au bout de sept mois de gestation, d'une couche gémellaire (1). L'autre fœtus était bien conformé et a vécu quelques jours. L'accouchement, comme la grossesse, n'ont rien présenté d'anormal. La mère avait déjà eu d'autres enfants; aucun d'eux n'avait offert de vice de conformation.

Le placenta était unique pour les deux sujets : c'est là, du reste, une particularité qui a été toujours observée en pareil cas. Il était volumineux et s'est détaché facilement après l'accouchement.

Un seul point mérite d'être signalé, qui peut-être a de la valeur ; c'est que sur certaines régions les cotylédons faisaient défaut et les membranes apparaissaient à nu. Ceci se voyait notamment au niveau de l'insertion du cordon ombilical du fœtus monstrueux. Ce cordon, long et grêle, d'une dizaine de centimètres environ, prenait sa naissance à la périphérie du disque placentaire et se trouvait directement en contact avec les membranes.

Quant au monstre lui-même, voici ses *caractères extérieurs* : C'est une masse ovoïde, arrondie aux deux extrémités qui forment deux renflements, à peine rétrécie à la partie moyenne, sans qu'on puisse voir là un étranglement véritable, ni une limite entre la portion céphalique et la portion caudale. Toute cette masse est molle, tremblotante, s'affaissant sur elle-même. La peau est bien conformée et a l'apparence du tégument normal, mais elle est sur quelques points, particulièrement au niveau du renflement supérieur, œdémateuse et comme infiltrée de sérosité. A sa surface se montrent des poils follets assez longs, analogues au duvet qui tapisse le corps des enfants nouveau-nés.

La partie postérieure de cette masse n'offre rien à signaler. Elle est curviligne, parfaitement homogène, sans aucune saillie ni dépression autre que les plis déterminés par l'affaissement des parties molles. Elle peut être comparée tout-à-fait au bord postérieur du rein, dont elle présente à peu près la courbure.

La région antérieure, au contraire, (qui correspondrait au hile du rein), offre quelques particularités à noter.

A l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, elle est coupée par un sillon transversal assez accusé. C'est

(1) La pièce a été communiquée par le Dr Lebrocq, médecin de la malade.

en ce point que vient s'insérer le cordon ombilical. Au dessus, on ne trouve rien qui soit l'indice d'une ébauche d'organisation de la tête : pas une fente qui annonce la bouche, pas une dépression qui puisse être considérée comme des yeux ou des oreilles ; à peine une ou deux phlyctènes sans signification, et qui ne répondent à aucun organe. En un mot, cette extrémité supérieure est exclusivement constituée par un renflement amorphe recouvert par la peau ; on n'y trouve pas trace d'organe des sens sur la ligne médiane. Toutefois, du côté gauche de la dépression ombilicale, il existe une légère dépression circulaire tapissée par une sorte de bourrelet d'où s'échappent des poils plus longs et plus nombreux que sur les parties voisines. Cette dépression pourrait peut-être répondre à la description d'une paupière ; mais la dissection des parties sous-jacentes n'a montré aucun rudiment d'organe analogue à un globe oculaire : la seule particularité à noter, est que le fond de la dépression en question vient s'aboucher à une sorte de cordon fibreux long de 1 centimètre environ, et dans lequel on ne saurait voir un nerf optique, car le microscope n'y fait découvrir aucun tube nerveux.

Les membres sont représentés par des espèces de bourgeons informes qui diffèrent notablement suivant qu'on les examine dans le segment supérieur ou dans le segment inférieur.

Immédiatement au niveau de la dépression ombilicale, on voit, de chaque côté de la ligne médiane, deux appendices qui paraissent des rudiments de membres supérieurs. — Ces deux appendices ne sont pas insérés à la même hauteur : celui du côté droit est plus bas que son congénère du côté gauche, en sorte que, lorsque l'on regarde le fœtus par sa partie latérale, à droite, le cordon ombilical paraît s'insérer au-dessous du membre, et à gauche, au-dessus. — Ces deux moignons présentent des caractères communs : ils sont formés par une duplicature de la peau, qui est plus serrée, moins œdémateuse, et qui dessine des plis plus accusés : les poils y sont plus nombreux que sur le reste du corps. Du reste, aucune trace appréciable d'ongles ni de digitations. On ne peut donner ce nom, en effet, à des incisures peu profondes qui se voient latéralement au niveau de ces appendices et qui constituent de simples froncements de l'enveloppe cutanée. Ajoutons qu'ils se terminent par une extrémité mousse, arrondie, légèrement spatulée ; qu'ils sont manifestement constitués exclusivement par des parties molles, sans vestige de charpente osseuse. La dissection la plus minutieuse n'a montré dans l'épaisseur de ces moignons aucun noyau cartilagineux ou osseux. Ce sont donc des témoins qui représentent la place des membres supérieurs, mais leur organisation est à peine à l'état d'ébauche. Tout autres se présentent les membres inférieurs. Ici, on est dès l'abord frappé de la symétrie qui existe entre le côté droit et le gauche. — A droite, il n'existe pas trace de membres inférieurs, pas le moindre bourgeon, aucune élevure indiquant la position du pied : la seule particularité que l'on constate est l'existence d'une légère dépression, qui correspond à peu près au siège présumé du membre inférieur droit, mais qui ne se rattache à aucun détail d'organisation intérieure, comme l'a démontré l'autopsie. — A gauche, au contraire, le membre inférieur est relativement bien conformé. On distingue un appendice qui simule grossièrement la forme d'un pied (Fig. I, 4), dont la plante regarderait en haut et en dedans, et qui aurait subi sur lui-même une assez forte torsion. A l'extrémité de ce moignon, se voient deux tubercules qui peuvent être considérés comme des rudiments d'orteils, mais qui ne présentent pas la moindre trace de productions unguéales. Ce qui différencie surtout cet appendice des précédents, c'est qu'il est facile de sentir la présence d'une véritable voûte tarsienne. On peut constater également par le toucher que les os se continuent à la partie postérieure du moignon, puis s'infléchissent brusquement sur eux-mêmes en formant une saillie angulaire : cette saillie se dessine d'ailleurs par un relief très-accentué lorsque l'on examine la moitié latérale gauche du fœtus. Comme pour les membres supérieurs, d'ailleurs, il n'y a pas de digitations bien prononcées, et l'on ne rencontre que des incisures irrégulières, au nombre de quatre qui divisent la face plantaire du membre inférieur en segments inégaux.

Telles sont les particularités que révèle l'étude de la conformation extérieure chez ce fœtus : pénétrons maintenant dans les détails de son organisation.

Une incision longitudinale, pratiquée le long du bord convexe postérieur, fait d'abord constater que la majeure partie de la masse totale est constituée par du tissu conjonctif assez lâche, infiltré de sérosité, et qui s'affaisse considérablement après que le liquide qui l'imprégnait a eu le temps de s'écouler. — Ce tissu cellulaire est traversé par des traînées fibreuses disposées suivant différentes directions, et qui circonscrivent des espaces remplis de pelotons adipeux. — Il occupe une épaisseur de près de 3 centimètres, avant que l'on rencontre aucun vestige d'organisation. Cette couche une fois franchie, on se trouve en présence de ce qui constitue la charpente osseuse du fœtus.

Cette *charpente osseuse* se compose de trois pièces principales : 1° un membre inférieur complet, comprenant fémur, tibia et péroné, os du tarse et du métatarse : 2° un bassin formé de deux os distincts, l'iliaque et l'ischion : 3° enfin une masse osseuse, de forme irrégulière, superposée à l'iliaque, et qui constitue le rudiment de la colonne vertébrale.

Ainsi, le fait le plus saillant de l'organisation de ce fœtus, c'est l'absence totale du squelette du crâne, de la face et des membres supérieurs. Pas une pièce ne représente soit les débris du frontal ou du temporal, soit les vestiges d'une omoplate ou d'une clavicule. La pièce même qui sert de témoin de la colonne vertébrale est atrophiée, incomplète, et n'a pas suivi à beaucoup près le développement des os qui constituent le membre inférieur gauche, le seul qui existe. Celui-ci semble avoir absorbé à son profit la nutrition de toutes les autres parties du squelette. Ainsi, le fémur, à lui seul (Fig. 2, 6), mesure plus de six centimètres de longueur, c'est-à-dire qu'il est presque aussi développé que celui d'un fœtus normal de 9 mois. De même le tibia et le péroné ont environ 4 centimètres, le pied 2 centimètres, dimensions énormes, surtout si on les compare à la longueur totale du fœtus, qui n'excède guère 15 à 17 centimètres. Aussi, ces diverses pièces du squelette du membre inférieur sont-elles pliées sur elles-mêmes; le fémur et l'iliaque occupant la ligne médiane, les os de la jambe sont fléchis, et le pied est tordu à son tour sur la jambe, dans l'attitude du pied-bot varus. Toutes ces parties sont d'ailleurs parfaitement conformées et remarquablement développées. Ainsi on distingue les diverses faces de l'os iliaque, les apophyses et les échancrures du bassin ; le fémur s'y articule par un col qui pénètre dans une cavité cotyloïde : les articulations de la hanche, du genou, du péroné et du tibia ont toutes leurs ligaments et présentent, aux dimensions près, l'aspect qu'elles auront plus tard : un ligament interosseux déjà très-fort sépare le tibia du péroné ; enfin, l'on peut reconnaître dans le massif osseux du pied, la plupart des pièces du tarse, particulièrement le calcanéum et l'astragale. Tous ces os, indépendamment des ligaments qui les relient entre eux, envoient des trousseaux fibreux qui se continuent avec le tissu cellulaire voisin, et finalement s'insèrent à la face profonde du derme.

Au-dessus de l'iliaque se voit une pièce osseuse qui est loin d'être aussi bien développée. — C'est une sorte de masse ostéo-fibreuse allongée, solide, terminée par une arête saillante triangulaire, et dirigée obliquement par rapport à l'iliaque et au fémur ; il semble que cette masse ait subi une inflexion sur elle-même, et se soit recourbée de façon à présenter sa concavité vers le hile du fœtus. Bien que les divers fragments qui constituent ce massif osseux soient intimement soudés, il est facile d'y reconnaître des rudiments de vertèbres, grâce à la disposition régulièrement alternante du tissu ostéo-cartilagineux. C'est donc la colonne vertébrale qui se trouve située à ce niveau, mais la colonne vertébrale très-atténuée et très-réduite, puisque l'on distingue à peine trois vertèbres, et que la quatrième n'est qu'un noyau cartilagineux informe. En raisonnant par analogie, il est donc présumable que la portion sacrée seule, ou au maximum la portion sacro-lombaire du rachis, a subi un commencement de développement ; toutes les parties supérieures de l'axe osseux cérébro-rachidien n'ont reçu aucune ébauche d'organisation.

L'étude des autres *organes* de l'embryon montre des arrêts

de développement analogues. On ne rencontre aucune trace des poumons ni du cœur; la partie supérieure du canal intestinal ne paraît pas non plus représentée. Il en est de même de ces organes qui souvent acquièrent chez le fœtus des dimensions considérables: je veux parler du thymus et du corps thyroïde. En un mot, tous les viscères destinés à occuper la cavité thoracique, à plus forte raison la région cervicale, font absolument défaut, au même titre que la charpente osseuse de la moitié supérieure du corps.

Seuls, les *viscères abdominaux* ont reçu un commencement d'organisation. Immédiatement à gauche de l'os iliaque (en regardant le fœtus par sa partie antérieure) se dessine une sorte d'intumescence, de poche circonscrite par une membrane fibreuse. Cette membrane, qui prend ses insertions sur le pourtour de la crête iliaque, semble un rudiment des aponévroses abdominales. En la décollant de ses attaches, et en la rabattant de dedans en dehors, on découvre deux masses rougeâtres : l'une pulpeuse et homogène, du volume d'une grosse noisette, située à la partie supérieure : c'est le rein; l'autre contournée sur elle-même et dessinant des anses multiples : c'est l'intestin.

Le *rein* n'offre pas l'aspect et la forme qu'il aura plus tard;—c'est un corps bosselé, marronné, qui, au premier abord, ressemble beaucoup au foie, dont il a la couleur ; il est également situé au-dessus de l'intestin, ce qui complète l'analogie extérieure. — Mais l'examen microscopique y fait reconnaître des tubuli qui appartiennent manifestement au parenchyme rénal. D'ailleurs, ce rein unique est appliqué contre la pièce osseuse qui représente la colonne vertébrale lombo-sacrée, et il est séparé de l'intestin par une lame fibreuse parfaitement délimitée. Nulle part, il n'a été possible de retrouver la trace d'un corps de Wolff, non plus que d'un uretère.

L'intestin se compose de quelques anses bien conformées, pelotonnées sur elles-mêmes, et présentant, déroulées, une longueur de 6 à 7 centimètres. — Ces anses sont fixées aux parties profondes par une sorte de mésentère, sur lequel se dessinent des vaisseaux et peut-être des nerfs ; elles sont tapissées par une séreuse péritonéale. On ne distingue pas d'estomac; il n'y a aucune ligne de démarcation entre ce qui serait le gros intestin et l'intestin grêle, sauf une anse un peu plus renflée que les autres ; toutes sont identiques. Vers la portion externe et antérieure de la loge abdominale, on les voit brusquement s'engager dans un conduit fibreux, et on les retrouve au point d'implantation du cordon ombilical, où elles forment une sorte d'ampoule bosselée à la base de l'ombilic.

Tels sont les seuls organes dont nous avons pu constater la présence par une dissection attentive. Nous avons recherché avec le plus grand soin s'il n'existait pas quelque vestige de l'appareil hépatique. Nous n'avons trouvé aucun bourgeon capable d'être assimilé au foie ; il n'y a pas trace non plus de vésicule biliaire ni de pancréas ; le tube digestif est réduit à quelques anses intestinales. L'appareil génito-urinaire est non moins imparfait ; car, s'il existe un rein assez développé, il est unique et ne se continue pas avec un uretère ni avec une vessie. On ne distingue point d'ouraque, ni de pore génital, ni de cloaque. Il semble, d'ailleurs, que le développement du rein se soit fait d'une façon tout-à-fait indépendante de celui de l'intestin, car les deux organes sont situés dans deux loges absolument séparées.

Enfin, le *système nerveux*, dont le développement est si précoce d'habitude, paraît faire ici complètement défaut. Non-seulement il n'y a pas de vestige d'encéphale ni d'organes des sens, mais la moelle elle-même est absente. Quant au système circulatoire, s'il existe, il est tout-à-fait rudimentaire. Le cordon ombilical renferme une artère ombilicale, mais il nous a été impossible de l'injecter, et, par suite, nous ne saurions donner aucun détail sur la distribution des vaisseaux dans le foie et dans l'intestin. Tout ce que [illegible]n peut affirmer, c'est que l'organe central de la circulatior [illegible]e cœur, manque, ainsi que les grosses artères ; les seules que l'on aperçoive sont celles qui rampent à la surface de l'intestin.

Il était intéressant de rechercher s'il y avait quelques traces du *système musculaire*. Ceci paraissait d'autant plus probable, que le développement du squelette du membre inférieur permettait de supposer une organisation parallèle des muscles ; mais, sur ce point encore, les prévisions n'ont pas été justifiées. Nulle part, en effet, il n'existe de masses charnues musculaires bien déterminées ; si le microscope fait voir quelques trousseaux de fibres striées, perdues dans une gangue cellulaire, ce n'est là, pour ainsi dire, qu'un accident. Par contre, la portion tendineuse des muscles est relativement fort développée ; ainsi, on reconnaît parfaitement le tendon d'Achille, ceux des péroniers latéraux, des jambiers antérieur et postérieur, ainsi que des muscles de la patte d'oie, mais les fibres charnues qui devraient faire suite à ces faisceaux tendineux font défaut.

Nous n'avons retrouvé aucune trace de ganglions lymphatiques ni d'organes lymphoïdes; la rate n'existe pas.

Ainsi, en résumé, voici un fœtus chez lequel manquent, en apparence, la tête et les organes des sens, mais qui présente extérieurement des moignons indiquant l'existence des deux membres supérieurs et du membre inférieur gauche. Or, la dissection montre que l'arrêt de développement est encore plus considérable, puisque ni la tête, ni la plus grande partie de la colonne vertébrale, ni le thorax, ni les membres supérieurs ne sont représentés par le plus léger vestige d'organisation. Par contre, certaines parties qui semblaient rudimentaires et comme à peine ébauchées, sont arrivées à un degré de développement relativement considérable, puisqu'il existe du tissu osseux, des articulations complètes, des ligaments, des tendons, et mêmes des rudiments de fibres musculaires. Il y a donc là une anomalie considérable, dont on ne pourrait se douter à la simple inspection de la configuration extérieure. En réalité, ce fœtus se réduit à un unique membre inférieur complet et à quelques fragments des vertèbres sacrées ou lombaires. Quant aux viscères, seuls le rein et l'intestin ont subi une évolution assez avancée ; les autres, le cœur, le foie, les organes des sens, l'encéphale, la moelle, l'appareil génital n'existent pas.

Le fœtus monstrueux que nous venons de décrire est donc un *acéphalien* dans toute la force du terme, puisque non-seulement la tête, mais le thorax fait entièrement défaut. Ceci est d'autant plus intéressant à constater, que l'on a décrit des monstres très-analogues, au point de vue de la conformation extérieure, et qui différaient, en réalité, essentiellement de celui-ci. Ainsi, par exemple, le fœtus dont MM. Gervais et Désormeaux ont donné l'histoire (*Mém. de l'Académie des sciences de Montpellier*, 1860), se présentait avec des caractères identiques au premier abord ; il suffit, pour s'en convaincre, de comparer la figure que ces savants ont annexée à leur mémoire, avec celle que nous donnons à la fin de cette note. C'est presque exactement la même configuration, sauf que l'ombilic, chez le fœtus de M. Gervais, est placé un peu plus bas, et que les moignons qui représentent les membres supérieurs font défaut. Or, l'autopsie a montré que dans ce fœtus, en apparence acéphalien, presque amorphe, il existait un commencement d'organisation régulière du crâne, de la colonne vertébrale et des membres supérieurs ; on y trouve aussi les vestiges d'une cavité buccale et d'un appareil génital. Au contraire, dans le cas actuel, tout cela manque, mais, par contre, les membres inférieurs sont beaucoup plus développés, ainsi que le rein et l'intestin. On le voit donc, avec une apparence presque identique, ces deux types diffèrent radicalement : dans l'un, l'arrêt de développement porte surtout sur le capuchon caudal, dans l'autre, sur le capuchon céphalique ; de là, pour le premier, prédominance du céphalothorax ; pour le second, absence complète de cette partie du corps. Dans les deux cas, les téguments recouvrent d'une manière à peu près analogue ces rudiments d'organisation, mais il y a pourtant un caractère différentiel, qui, dans l'espèce, semble avoir une grande valeur ; c'est que l'ombilic, placé vers le tiers inférieur du corps dans le fœtus pseudocéphale de MM. Gervais et Désormeaux, est situé chez le nôtre au niveau du tiers supérieur ; les deux autres tiers sont occupés par l'unique membre inférieur gauche.

Relativement à la cause originelle de la monstruosité que nous venons de décrire, nous devons nous tenir sur la plus grande réserve. Que l'arrêt de développement de l'embryon

ait porté dès les premiers jours de son évolution, ce n'est pas douteux ; qu'il se relie à une déviation primordiale des portions antérieures du blastoderme, du capuchon céphalique, c'est encore évident. Mais la difficulté commence quand il s'agit de préciser la nature de la lésion qui a ainsi atteint le fœtus. M. Dareste nous a appris, par ses belles recherches expérimentales, qu'une adhérence inflammatoire des membranes, un arrêt de développement d'une partie de l'amnios, suffisent pour provoquer des anomalies, sinon exactement comparables, au moins du même genre que celle qui nous occupe. L'analogie nous porte à supposer qu'ici des causes semblables ont dû intervenir, et il est possible que l'absence ou la disparition de certains cotylédons placentaires, ceux-là précisément où s'insérait le cordon ombilical de l'embryon, ait été pour beaucoup dans l'arrêt de développement qu'il a subi. Il serait également vraisemblable que l'apport du sang, venant à manquer ou à se faire irrégulièrement par une seule artère ombilicale, la nutrition de certaines parties du corps en eût souffert, ce qui expliquerait peut-être le développement limité de l'unique membre inférieur gauche et l'atrophie complète du membre droit correspondant. Mais, sur tous ces points, nous devons nous en tenir aux hypothèses, l'examen de l'amnios et du placenta n'ayant pas été fait avec un soin suffisant. (Voir page 668).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique. — Communiqué.

Au sujet d'un incident sur lequel nous aurions préféré ne pas revenir, nous avons reçu de l'Assistance publique la note suivante :

Quelques journaux ont entretenu le public de l'incident regrettable qui s'est passé à l'hôpital Saint-Antoine au moment du décès du docteur Lorain. Le commis de service n'avait pas cru pouvoir prendre sur lui d'autoriser l'emploi du matériel de cet établissement pour faire transporter le corps du défunt à son domicile.

S'il n'y a pas de réglement qui défende la sortie des brancards et des infirmiers, l'usage en est cependant établi depuis longtemps et les incessantes exigences du service hospitalier ne souffriraient pas, d'ailleurs, qu'il en fût autrement. Il est facile de comprendre, en effet, que le personnel et le matériel des hôpitaux se doivent avant tout aux malades en traitement. Pendant que les infirmiers et leurs brancards circuleraient dans la ville, les transports qui se font à chaque instant dans les salles et les galeries d'hôpitaux devraient être suspendus. Aussi, est-ce pour ne rien distraire de ce service si impérieux que l'administration de l'Assistance publique a placé dans les maisons de secours des 80 quartiers de Paris des brancards couverts pour le transport des malades, soit à leur domicile, soit dans les hôpitaux. Quant aux corps des décédés, il a été également pourvu aux moyens de leur transport par des brancards déposés dans tous les postes de police.

Il paraît qu'aucune des personnes qui se multipliaient autour du corps du pauvre docteur Lorain ne connaissait cette organisation parisienne et que, dans leur émotion, au lieu de s'adresser soit à la maison de secours voisine, soit plutôt encore au poste de police devant lequel elles ont passé pour aller à l'hôpital Saint-Antoine, elles ont préféré venir dans cet établissement requérir un objet qui n'aurait d'ailleurs pas pu leur servir puisque, destinés à circuler dans les salles et les galeries, les brancards de Saint-Antoine ne sont pas couverts.

L'administration de l'Assistance publique, en déplorant le malheur qui a frappé l'un de ses chefs de service les plus aimés et en regrettant que son employé n'ait point songé à prendre lui-même la direction des mesures qu'il convenait d'adopter, croit devoir porter ces détails à la connaissance du public, moins pour se justifier que pour renseigner celui-ci dans le cas où des faits pareils viendraient à se produire.

La réalité du fait est admise ; que valent les explications qui en sont données ? Enonçant une proposition générale indiscutable, et affirmant un point particulier inexact, elles constituent un pur sophisme : la majeure est vraie, la mineure ne l'est pas. Nous comprenons facilement que « le personnel et le matériel des hôpitaux se doivent avant tout aux malades en traitement ». Notre intelligence ne va pas jusqu'à découvrir en quoi les malades en traitement auraient souffert du prêt d'un brancard, pour transporter le corps d'un médecin des hôpitaux. Nous nous refusons à croire qu'en aucun jour, les tranports de malades se fassent, à l'intérieur de l'hôpital, incessamment et à chaque instant. Qu'il y ait certaines heures, à certains jours, où aucun brancard n'est disponible, nous n'y contredisons pas. Mais c'est le dimanche vers trois heures, que la demande s'est produite. Il ne pouvait y avoir de malades à transporter à la salle d'opérations, celles-ci ayant toujours lieu le matin et rarement le dimanche ; il n'y avait pas à les porter aux bains, puisqu'on n'en donne pas le dimanche, malgré le principe proclamé par l'Administration. Les malades venant du dehors, et qui ne peuvent marcher, arrivent sur des brancards; d'ailleurs à trois heures, les entrées sont terminées ; s'il se présente un cas urgent et inopiné, un brancard suffit. Donc les brancards chômaient le dimanche 25 octobre.

Ils n'auraient d'ailleurs pas pu servir, nous dit-on, puisqu'ils ne sont pas couverts. Sans rechercher si des brancards destinés à circuler dans des galeries et des cours ne devraient pas être couverts, nous répondrons qu'il eût été facile aux amis du Dr Lorain d'improviser, la nuit aidant, une couverture pour son cadavre.

Le refus par eux éprouvé n'était donc justifié par aucune impérieuse exigence du service intérieur. Seule l'explique l'habitude fâcheuse de se conformer servilement au texte d'un réglement ou, comme ici, à un simple usage, habitude que développent et encouragent toutes nos administrations. C'est cet étroit esprit bureaucratique, antipode du véritable esprit administratif, que nous avons incriminé et non pas un employé dressé et rompu à n'être plus qu'un rouage. La routine a beau se décorer du nom de tradition, nous lui préférons une initiative raisonnée. Dans l'espèce, sans aller jusqu'à prendre lui-même la direction des mesures qu'il convenait d'adopter, l'employé de Saint-Antoine aurait pu donner aux amis de Lorain, à défaut de brancard, les détails d'organisation parisienne que l'on porte aujourd'hui à la connaissance du public, à moins qu'il ne les ignorât comme eux, ou que son émotion ne les lui eût fait oublier.

Et maintenant, ajoutons, pour dire toute notre pensée, que ce qu'il y a de meilleur dans la note ci-dessus, c'est ce qu'elle n'exprime pas assez, c'est le sentiment qui l'a dictée. Non, elle n'a pas été écrite pour justifier l'Administration supérieure qu'on n'accusait pas, ni même l'employé subalterne; non, elle ne voit pas dans un incident douloureux une simple occasion de renseigner le public. Elle est, sous une forme malheureuse, le résultat et l'expression indirecte d'un sentiment meilleur. Elle prouve que l'Administration, elle aussi, a été vivement peinée par le fait qui a contristé le corps médical: c'est du moins ce que, lisant entre les lignes, nous avons cru deviner; c'est ce dont nous remercions l'Administration de l'Assistance publique.

Hôpital de la Charité: — M. Trélat.

Mercredi dernier, 3 novembre, M. le professeur Trélat a repris ses leçons cliniques hebdomadaires à l'hôpital de la Charité ; un nombreux et sympathique auditoire assistait à la réouverture de ce cours. Avant d'entrer en matière, M. Trélat a jugé à propos de rappeler aux élèves la situation nouvelle que leur créait la loi sur l'enseignement supérieur. « Des écoles rivales vont être installées ; c'est

le moment de nous rallier tous, maîtres et élèves, autour d'un drapeau commun: celui du respect et de la foi dans la vérité scientifique. Ce que l'homme a acquis par la science nous devons le maintenir, et cette appropriation des connaissances du monde qui nous entoure, constitue un patrimoine que nous devons respecter, défendre : c'est notre devoir à tous. La foi dans les progrès de la science, l'adhésion aux vérités qu'elle nous démontre, et les croyances que ces vérités nous imposent, font notre honneur et notre dignité. En resserrant par le travail les liens qui nous unissent, nous suivrons la voie tracée par d'illustres devanciers, et nous ne serons pas au-dessous de la tâche qui nous incombe. » — Un cas intéressant de tumeur de la mamelle chez une jeune femme de 27 ans, qui a été opérée à la fin de la leçon (fibrome du sein), a fourni au professeur l'occasion de faire un diagnostic d'ensemble des principales tumeurs de cet organe.

On ne peut que féliciter M. Trélat de conserver un cours clinique libre, alors qu'il est déjà chargé d'un cours officiel à la Faculté. Nous ne doutons pas que l'empressement des élèves ne dédommage le professeur et ne lui témoigne du prix qu'ils attachent à des leçons aussi savantes et aussi brillamment exposées.

Hôpital de la Charité. — M. Gosselin.

M. le professeur Gosselin a repris le 4 novembre, ses leçons de clinique chirurgicale. Les nouveaux étudiants; en suivant régulièrement la visite de M. Gosselin, et en assistant à ses cours, apprendront la méthode qu'il convient d'employer pour bien interroger les malades, pour arriver à porter un diagnostic précis, et à saisir exactement les indications thérapeutiques. Cet enseignement, qui a pour guide l'observation pour but la pratique, leur sera d'une véritable utilité et contribuera assurément à leur donner le goût de l'étude de la chirurgie.

Clinique médicale de la Charité: — M. G. Sée.

La nécessité d'études sérieuses s'impose aujourd'hui plus que jamais, a dit M. le professeur G. Sée, en inaugurant lundi dernier ses leçons de clinique médicale. Sans doute, les Facultés rivales sont encore à l'état d'embryon, mais il faut se tenir prêt à lutter contre cet enseignement que l'on a si bien caractérisé du nom d'enseignement hypocrite. Elever le niveau de la clinique, tel est, aujourd'hui, le devoir de la Faculté, et tel est aussi le but qu'elle se propose spécialement. Du reste, sur ce terrain, nous pouvons défier nos adversaires, et quant à moi, a dit le professeur de la Charité, je me sens rajeuni par ces conditions que nous fait la loi sur la liberté de l'enseignement.

La clinique comprend deux choses également importantes : le diagnostic et le traitement. Il est de mode aujourd'hui, dans les examens et dans les concours d'un ordre quelconque, de se préoccuper exclusivement du diagnostic et de négliger presque complétement le traitement. C'est là une erreur contre laquelle il faut réagir ; aussi la séance seule du mercredi sera-t-elle consacrée au diagnostic, et particulièrement à l'étude des maladies du cœur ; et les leçons du vendredi, et souvent même du lundi, seront plus spécialement affectées à l'étude des médicaments dans leurs rapports avec l'homme sain et l'homme malade. Ce sera de la clinique thérapeutique.

Mettant immédiatement ce plan à exécution, M. Sée a commencé lundi l'étude du médicament en général et dans la leçon de mercredi, il a discuté le diagnostic de plusieurs affections cardiaques.

Hôpital des Enfants Malades. — M. J. Simon.

Depuis longtemps M. Simon faisait des conférences cliniques à sa consultation du samedi ; c'est ainsi que l'an dernier, à propos des maladies aiguës qu'il y examinait, il eut l'occasion de parler des maladies des voies respiratoires, de la bouche et de la chorée. Encouragé par le succès croissant de sa consultation, M. Simon y a joint des leçons cliniques dont la première a eu lieu mercredi dernier, à 9 heures et demie, à l'amphithéâtre. Ces leçons seront faites à un point de vue absolument pratique, basées autant que possible sur l'étude de malades du service ou examinés à la consultation précédente ; c'est dire que les affections chroniques des enfants y seront passées en revue, que l'on insistera particulièrement sur leur diagnostic souvent difficile; enfin que les différentes médications seront étudiées avec soin.

En outre, M. Simon a l'intention de consacrer quelques leçons à l'étude de l'alimentation des enfants dans la première et dans la seconde enfance ; ces préceptes porteront sur le choix des nourrices, sur le sevrage et sur les accidents que peut causer une nourriture insuffisante ou excessive.

La thérapeutique propre aux maladies de l'enfance sera aussi l'objet de quelques leçons d'une grande importance, tant au point de vue des véhicules propres à faire accepter les médicaments par de jeunes enfants, qu'à celui des doses, variables selon l'âge et selon les susceptibilités individuelles ; l'application directe de ces conférences sera faite à la consultation, qui complétera ainsi pratiquement les études théoriques du mercredi.

Dans sa première leçon, M. Simon a commencé l'étude de la paralysie, dite essentielle, de l'enfance, à l'aide d'une série de plusieurs malades intéressantes, et présentant les formes les plus fréquentes de cette affection. — Après avoir discuté l'étiologie de la paralysie infantile, M. Simon insiste sur ses principaux symptômes, entre autres la conservation de la sensibilité, et l'inégale distribution de la paralysie dans les muscles d'un même membre ; cette leçon s'est terminée par le diagnostic différentiel de la paralysie infantile, dont l'exposition sera continuée mercredi prochain à 9 heures et demie.

H. DE BOYER.

CONSEIL MUNICIPAL. Le Conseil a voté pour le traitement des médecins de l'état civil, 158.000 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Laboratoire de l'Ecole pratique.* — *Histologie normale.* — Les exercices pratiques du laboratoire d'histologie normale, sous la direction de M. Mathieu Duval, agrégé, commenceront le lundi 15 novembre 1875, et seront continués tous les jours, de midi à cinq heures. — MM. les étudiants qui désirent prendre part aux exercices d'histologie normale sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

Chimie biologique. — Les exercices pratiques de laboratoire de chimie biologique, sous la direction de M. Armand Gautier, agrégé, commenceront le lundi 19 nov. 1875, à midi, et seront continués tous les jours, de midi à 5 heures. MM. les étudiants qui désirent prendre part aux travaux du laboratoire (chimie appliquée à la médecine), sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements), tous les jours, de neuf à onze heures du matin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 *novembre* 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

M. Paul BERT communique à la Société les résultats d'expériences multipliées sur les changements de coloration que présentent les caméléons. Ils sont sous la dépendance de nerfs spéciaux, dont le centre principal est à la partie inférieure de la moelle allongée, près du centre respiratoire, outre quelques centres disséminés le long de la moelle épinière; ils suivent le trajet du sympathique cervical. Leur excitation fait prendre à l'animal une teinte claire *maximum*; à l'état de repos, l'animal passe à la teinte foncée *maximum*. Cependant, dans le sommeil, cet état de repos type de l'axe cérébro-spinal, l'animal prend une teinte claire. Pour expliquer cette contradiction, M. Bert suppose qu'il y a deux espèces de nerfs colorateurs, agissant eu sens inverse sur l'appareil chromatophore. Il rapproche ces nerfs des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs, et pense que les expériences sur les nerfs colorateurs pourront élucider la question si obscure des vaso-moteurs, avec lesquels ils ont taut d'analogies.

Dans une autre série d'expériences, M. Bert a constaté que la lumière agissait directement, et sans l'influence des nerfs, sur l'appareil chromatophore cutané. La région du spectre qui décompose les sels d'argent est seule active. M. Bert rapproche ces faits de l'action bienfaisante du soleil chez les individus affaiblis, action constatée de tout temps et non expliquée.

M. BROWN-SÉQUARD rappelle, à propos de ces recherches, les observations de M. Charcot, montrant l'influence de la lumière sur les troubles nerveux. Lui-même a prouvé, depuis longtemps, que la lumière agissait directement sur la contractilité musculaire de l'iris des poissons. Toutefois, il a constaté, contrairement à M. Bert, que la seule partie active du spectre était celle des rayons jaunes. M. Brown-Séquard affirme, eu s'appuyant sur des recherches multipliées, que pendant le sommeil la moelle, loin d'être en état de repos, comme le prétend M. Bert, est dans un état de congestion très-manifeste. La contradictiou relevée par M. Bert cesserait donc d'exister. Du reste, avant de comparer certains nerfs colorateurs aux vaso-dilatateurs, il faudrait que l'existence de ces derniers fût démontrée, ce qu'il ne croit pas possible dans l'état actuel de la science.

M. BROWN-SÉQUARD fait ensuite une communication sur certains effets de la cautérisation du cerveau. Chez des malades porteurs de lésions des régions supérieures du cerveau, il a constaté plusieurs fois des symptômes qui rappellent ceux de la paralysie du sympathique : chute de la paupière supérieure et contraction pupillaire du côté de la lésiou. Il a cherché à reproduire ces faits par l'expérimentation. En portant le fer rouge sur la superficie des circonvolutions, il a obtenu constamment une occlusion de la paupière correspondante, et fréquemment aussi une contraction pupillaire notable. D'autres phénomènes de paralysie du sympathique du côté de la lésion ont également été constatés, tels que congestion de la conjonctive, élévation légère de la température de l'oreille, atrophie de l'œil correspondant. Ce qui augmente encore l'intérêt pratique de ces recherches, c'est que de pareils phénomènes ont pu être observés, quoique à un moindre degré, après cautérisation ou traumatismes de la dure-mère et des os du crâne.

M. ONIMUS a observé, à la suite d'application sur la peau de caustiques minéraux, la production de courants électriques dont l'intensité est proportionnelle à l'énergie du caustique. Peut-être jouent-ils un certain rôle dans l'action médicamenteuse du nitrate d'argent, qui se décompose dans les tissus conjonctifs, où on le retrouve à l'état métallique. La production de ces courauts électriques explique aussi la pratique de certains chirurgiens qui, pour rendre plus énergique l'action des caustiques, appliquent sur la peau une lamelle de zinc en même temps que l'agent cathérétique. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. CHEVALLIER, au nom de la Commission des Eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondaut étranger dans la 1re division. La Commission avait proposé dans l'ordre suivant : 1° M. Schwann ; 2° M. West ; 3° M. Paget. — Votants : 53 ; majorité 27. — M. Schwann a recueilli 27 suffrages ; M. Paget, 24 ; M. West, 2. — En conséquence, M. Schwann est proclamé membre correspondant étranger.

M. Denucé (de Bordeaux) lit, à l'appui de sa candidature, un travail sur l'hystérotomie externe au moyen de la ligature à pression interrompue. — Puis est reprise la discussion sur les *troubles de la vision au point de vue du service militaire.*

M. J. GUÉRIN tient à reprendre de haut la question scientifique, et commence à indiquer les dissemblances qui existent entre les vues théoriques de ses adversaires et les siennes.

« M. Giraud-Teulon et son école prétendent que l'accommodation est due à des changements dans la forme du cristallin obéissant aux contractions du muscle ciliaire : — Moi, je pense qu'elle est due à des changements dans les milieux transparents, amenés par la contraction des muscles *extérieurs* et intérieurs de l'œil. M. Giraud-Teulon prétend qu'il n'y a pas de modifications dans la forme de la cornée : j'affirme qu'il en existe. M. Giraud-Teulon et son école prétendent que les troubles de l'accommodation sont toujours consécutifs à des altérations oculaires : je dis qu'il y a des altérations primitives. M. Giraud-Teulon oppose à la myopie, des lunettes ; je la guéris par une opération chirurgicale... En un mot, il existe un parti oculiste et opticien opposé à un parti physiologiste et chirurgien ; c'est à ce dernier que j'ai l'honneur d'appartenir. »

Avant 1835, époque à laquelle ont paru les travaux de M. J. Guérin sur les déformations consécutives à des altérations du système nerveux, on s'ingéniait à chercher pour chacun des troubles de la vue une cause différente, tandis qu'aujourd'hui on fait rentrer la plupart d'entr'eux dans un seul groupe étiologique, les lésions musculaires d'origine nerveuse. L'œil en effet, comme le pied, comme la main, comme la colonne vertébrale, est simplement un organe pourvu de muscles. Ceux-ci peuvent être le siége de lésions multiples qui amènent des désordres fonctionnels en tout comparables à ceux bien connus des extrémités supérieures et surtout inférieures. Il y a longtemps « que j'ai pu le dire : le *strabisme est le pied bot de l'œil.* »

Le strabisme *vrai*, c'est-à-dire celui qui n'est pas dû à un vice du globe ou des parois de l'orbite (ulcérations, traumatismes, tumeurs, etc.) est *toujours* causé par une maladie des muscles liée à une affection des nerfs. Les faits démontrent que, dans la très-grande majorité des cas, les droits de l'œil sont, chez les strabiques, rétractés, et cette rétraction est toujours consécutive à des convulsions d'origine nerveuse. Les yeux strabiques étant myopes, il suffit de couper leurs muscles pour rétablir l'acuité visuelle.

Dans une prochaine séance, l'orateur donnera ses conclusions générales. — La séance est levée à cinq heures. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

13. Description d'un fœtus humain monstrueux de la famille des acéphaliens; par le docteur H. RENDU. (Voir p. 663.)

M. HOUEL. Ce fait est un des plus extraordinaires que je connaisse, et je n'ai jamais rien vu de semblable. Les monstres que l'on observe ordinairement ressemblent toujours plus ou moins à l'un de ceux qui ont déjà été décrits, et particulièrement aux types qu'on trouve dans Geoffroy Saint-Hilaire. Ici, au contraire, c'est quelque chose de tout spécial : c'est bien un acéphalien, puisqu'il n'y a point de tête, mais on ne retrouve point les caractères des acéphaliens.

M. GIRALDÈS. Les monstres ne sont pas toujours le résultat de causes identiques. La théorie de l'arrêt de développement ne peut expliquer le plus grand nombre des cas, et je crois que

la théorie de Montgomery est souvent beaucoup plus satisfaisante; il est certain, par exemple, que beaucoup de faits attribués à l'arrêt de développement du capuchon céphalique sont le fait de sections intra-utérines. Le livre de Geoffroy Saint-Hilaire est complétement à refaire, car l'histoire des monstruosités a été totalement modifiée par les recherches scientifiques modernes.

M. Houel. Il est bien certain que le livre de Geoffroy-Saint-Hilaire n'est pas parfait, mais, si l'on se reporte à l'époque où il a été fait, on ne peut encore s'empêcher de l'admirer. Tous les faits peuvent rentrer dans sa classification, et celui de M. Rendu est, jusqu'à présent, le seul que je n'aie pu y adapter. Dans ce fait, d'ailleurs, il est évident que la théorie de Montgomery n'est nullement applicable. Lorsqu'il y a eu une amputation intra-utérine, on retrouve toujours la partie sectionnée ; en outre, on ne peut, de cette façon, expliquer les anomalies si nombreuses que présente le tronc du monstre qui nous est présenté.

M. Giraldès Je maintiens ce que j'ai dit sur l'ouvrage de Geoffroy Saint-Hilaire ; c'est un travail de compilation, qui a pu être très-utile, mais qui, à l'heure actuelle, est complétement à refaire.

Calcul du bassinet sans accidents inflammatoires; par M. Féré, externe des hôpitaux.

Ce rein provient d'une femme de 83 ans, morte à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, d'une affection cardiaque avec infarctus viscéraux, sans avoir jamais présenté de douleurs ni de troubles fonctionnels du côté des organes urinaires; elle n'a jamais eu non plus de douleurs articulaires (pas de nodosités ni aux mains, ni aux pieds).

Ce rein était à peu près dans sa position ordinaire ; son extrémité supérieure était un peu plus inclinée en dedans, et située environ 2 centimètres plus bas que celle du rein gauche. Il paraît normal de volume et d'aspect. A la coupe, la substance propre présente la coloration habituelle, et aucune de ses parties ne paraît altérée ; on n'y voit pas d'infarctus uratiques. Dans les calices, légèrement dilatés, on trouve quelques grains d'un sable jaune-rougeâtre, que l'analyse chimique montre constitué par de l'acide urique.

Le bassinet, énormément distendu, forme une tumeur volumineuse, recouverte par l'atmosphère cellulo-graisseuse, appendue au bord interne du rein, et s'étendant depuis la limite supérieure du hile, où elle déjette en haut l'artère et la veine rénale, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'organe qu'elle dépasse un peu en bas. Lorsqu'on incise la poche, qui se laisse assez facilement pincer, il s'en écoule une petite quantité de liquide chargé de graviers jaunâtres, prouvant qu'elle n'est pas très-exactement remplie par le corps qu'elle contient. Les parois ont conservé leur épaisseur ordinaire, et de même que celle des calices, ne présentent aucune trace d'inflammation, la face interne est lisse et pâle, parcourue seulement par quelques vaisseaux déliés.

Dans sa cavité, on trouve un énorme *calcul* à peu près sphérique, légèrement aplati d'avant en arrière, qui, mesuré suivant son diamètre vertical, présente une circonférence de 18 centimètres. Cette pierre présente une surface lisse, un peu brunâtre, recouverte d'une mince couche de graviers jaunâtres, semblables à ceux qu'on a rencontrés dans les calices.

La pierre, ayant été accidentellement divisée par un choc, on a pu voir qu'elle était formée de deux parties : un noyau sphérique lisse, de 3 centimètres de diamètre environ, et une couche corticale immédiatement accolée sur le noyau par une surface aussi lisse, et présentant un peu plus d'un centimètre d'épaisseur. Toutes ces parties ont un aspect homogène et une coloration terreuse, jaune-rougeâtre, uniforme, à peine coupée par quelques stries un peu plus foncées, mais peu distinctes, indiquant que le dépôt s'est formé par couches successives.

L'analyse chimique (1° fragments traités par l'acide nitrique et l'ammoniaque, donnant de la murexide; 2° fragments pulvérisés, dissous par l'ébullition prolongée dans une solution étendue de potasse, filtration, saturation avec acide chlorhydrique, donnant des cristaux rhomboédriques) pratiquée sur des fragments pris à diverses profondeurs, a montré que toute la masse était constituée par de l'acide urique.

L'absence de phosphates, que le défaut de lésions inflammatoires actuelles devait faire prévoir, prouve que ces lésions n'ont jamais existé.

L'intégrité de la substance du rein s'explique par cette circonstance, que le calcul, conservant une forme sphérique, s'est développé tout entier dans le bassinet, et que la dilatation a surtout porté sur la partie de cette cavité qui se continue avec l'uretère ; en outre, la dilatation graduelle a toujours été suffisante pour laisser passer l'urine entre la face interne du bassinet et le calcul, de sorte que l'uretère qui naît à la partie la plus interne de la tumeur ou à son sommet, a pu rester perméable jusqu'à la fin, et éviter la rétention, qui eût amené des accidents inflammatoires.

On retrouve, dans cet uretère, les mêmes graviers jaunâtres que sur la surface du calcul et dans les calices. On en voit aussi dans les calices du rein gauche, qui ne présente aucune altération, et dans la veine, qui paraît saine.

Thrombose de l'artère pulmonaire droite chez une nouvelle accouchée; insuffisance tricuspidienne consécutive; par M. Darolles, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une femme de 36 ans entrée dans le service de M. Damaschino (hôpital temporaire) avec une anasarque généralisée et une dyspnée intense. Elle a accouché il y a environ 16 jours. Il y a 3 jours, elle commença à présenter de la dyspnée, un peu de bouffissure de la face; ces accidents atteignirent 48 heures après leur début un tel degré d'intensité qu'elle fut obligée de demander son admission à l'hôpital.

Etat actuel. La face est bouffie, les lèvres sont cyanosées, les veines du cou sont gorgées de sang et animées de pulsations isochrones à la systole cardiaque. Infiltration œdémateuse générale.

Dyspnée intense (42 respirations par minute). L'examen des poumons fait à peine percevoir quelques râles de congestion à la base des deux poumons. La malade tousse peu.

Le pouls est petit, fréquent, et présente de temps à autre quelques intermittences. Les battements du cœur sont faibles; léger souffle à la base de l'appendice xyphoïde.

Le foie douloureux à la pression, déborde de quatre travers de doigts le rebord des fausses côtes ; pas de pouls hépatique. La cavité péritonéale renferme un peu de liquide. Les urines sont rares, chargées de sels; traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, elles donnent un léger nuage d'albumine.

La malade succombe au bout de cinq jours aux progrès de l'asphyxie.

Autopsie. Le poumon est légèrement congestionné aux deux bases et ne renferme pas de foyers d'infarctus.

Les deux branches de *l'artère pulmonaire* qui se rendent aux deux lobes supérieurs du poumon droit sont obstruées par un caillot de date déjà ancienne. Ces caillots adhèrent à la paroi interne des vaisseaux et se prolongent assez loin dans les branches parenchymateuses. Ils se réunissent au niveau de la bifurcation et se terminent par une extrémité effilée dans la division droite de l'artère pulmonaire, sans cependant en effacer complétement le calibre, de sorte que le sang pouvait encore pénétrer dans les branches destinées au lobe inférieur du poumon. Ce caillot est grisâtre et réduit en bouillie à sa partie centrale.

Le *cœur* gauche est sain. L'orifice tricuspidien est considérablement dilaté ; il mesure 135 mill. de circonférence. Le foie est congestionné. La branche du lobe supérieur du rein droit est, elle aussi, obstruée par un caillot ancien. Le parenchyme rénal est déprimé et d'une coloration jaunâtre intense, un peu ramolli à son centre.

Pas de caillots dans les vaisseaux et les veines crurales.

Les autres organes ne présentent aucune particularité importante à signaler.

Corps étranger de la cicatrice ombilicale; par M. Longuet, interne des hôpitaux.

Il y a quinze jours environ, était entrée dans le service de

M. Verneuil, à la Pitié, une jeune femme, portant depuis trois semaines à l'ombilic une petite grosseur qui, venue peu à peu sans douleur, sans gêne, avait grossi au point d'égaler le volume d'une noix, puis s'était mis à suppurer. Au jour de son entrée, la malade se plaignait de souffrir beaucoup : mais la douleur était absolument locale et ne s'irradiait ni du côté de la peau dans la région ombilicale, ni du côté du péritoine : pas de gonflement œdémateux. Tout autour du point d'insertion de la tumeur, c'est-à-dire, à l'anneau ombilical même, se trouvait une ulcération circulaire produite par une cautérisation au nitrate d'argent faite par un médecin.

M. Verneuil diagnostiqua l'existence dans le creux de la cicatrice ombilicale d'un corps étranger, probablement formé de cellules épithéliales et de débris de vêtements. Ce corps étranger se serait développé peu à peu, aurait à la fin déterminé une irritation inflammatoire sur la peau du voisinage qui, gonflée, se serait refermée sur la masse irritante. Trois jours après l'entrée de la malade, la tumeur s'ouvrit spontanément, une large perte de substance se fit, et à l'aide d'un stylet, on put constater que le diagnostic porté se trouvait réalisé.

Après 48 heures, en effet, la plaie étant assez large, une simple pression suffit pour faire sortir de sa coque le corps étranger.

C'est une masse grosse comme une amande, jaunâtre, onctueuse et grasse, dure, quoique facilement dépressible. Elle est constituée par des cellules épithéliales, de la graisse et une quantité considérable de cristaux d'acides gras.

Les tumeurs de ce genre sont rares en général, et à l'ombilic, elles peuvent donner lieu à une discussion de diagnostic intéressante. La lenteur du développement, l'indolence au début, l'absence absolue de propagation de l'inflammation irritative aux téguments et au péritoine, malgré des phénomènes généraux parfois graves, sont des signes qui permettent de reconnaître la nature de ces tumeurs avant leur ulcération. Dès que la peau est ulcérée, on sent le corps étranger; rien alors n'est plus facile que de le reconnaître et de l'enlever.

18. Caillots provenant d'un calculeux (*ils indiquent une altération évidente des reins*) ; par M. Longuet, interne des hôpitaux.

Un médecin distingué de province, M. le docteur Chabenat m'a envoyé, pour que j'en détermine la nature anatomique, le petit corps que je mets sous vos yeux. Cylindrique, effilé aux deux bouts, long de 7 centimètres sur 2 millimètres de diamètre, ce filament, qui ressemble à un ver lombric de petite dimension, a été rendu avec les urines par un malade atteint de calcul vésical et d'hématuries fréquentes. Il s'agissait de savoir si ce cylindre était un parasite ou un caillot, et dans ce dernier cas, d'où venait ce caillot.

Une coupe perpendiculaire me démontra que la masse était formée d'un coagulum sanguin, dont les limites périphériques présentaient çà et là quelques cellules épithéliales, petites, légèrement arrondies, semblables à celles qui tapissent les uretères normaux. Je conclus à l'existence d'un caillot venant d'une hémorrhagie rénale.

Quelques jours plus tard, je reçus du même médecin un second caillot bien plus complet et plus caractéristique que le premier.

Il a une longueur de 17 centimètres ; il est effilé par une de ses extrémités, et se continue par l'autre avec une sorte de membrane aplatie, comme triangulaire, dont la base est surmontée de trois saillies quadrilatères ayant 5 millimètres de haut sur 4 de large.

Je crois qu'on ne peut hésiter à voir là un caillot moulé exactement sur les bassinets, le calice et l'uretère; lequel caillot vient évidemment d'une hémorrhagie rénale et a été expulsé par la miction.

Je pense que ce fait mérite d'être signalé, parce que, à mon sens, il est une des meilleures preuves qu'on puisse avoir, dans l'espèce, d'une altération profonde des reins. Or, tous les chirurgiens savent combien il est important d'être renseigné chez les calculeux, sur l'intégrité de ces organes. Il est, en effet, à peu près formellement interdit de pratiquer soit la lithotritie, soit la taille chez les individus dont les reins sont malades. Ici le doute ne peut être permis et la présence de ces caillots devra arrêter la main de l'opérateur.

De tels exemples, quoique n'étant pas très-rares, ne se voient cependant pas fréquemment : on en trouve cités quelques-uns dans les livres qui traitent des maladies des voies urinaires. Nos Bulletins en comptent fort peu.

19. Fracture du rachis (*5e et 6e vertèbres cervicales*) ; par M. Gauderon, interne des hôpitaux.

D... Charles, âgé de 19 ans, tablettier, entre le 16 mai à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 47 (service de M. Gosselin).

Le 16 *mai*, vers 4 heures, le malade s'essayait dans une salle de gymnastique à faire le *saut du tremplin* ; il fit une chute sur la tête fortement fléchie en avant et ne perdit pas connaissance, mais fut pris d'éblouissements et ne put se relever; il avait perdu instantanément l'usage de ses membres inférieurs.

On le transporta chez un ami, où il fut examiné à 5 heures par le Dr Chouppe, qui constata les signes d'une fracture de la colonne vertébrale; il y avait une paraplégie complète du mouvement et absence de mouvements réflexes, et de plus, une anesthésie du côté gauche et une hyperesthésie du côté droit, qui s'arrêtaient sur la base du thorax.

La respiration était exclusivement diaphragmatique; les intercostaux étaient paralysés. Les membres supérieurs ne présentaient rien de particulier à noter; intégrité du mouvement et de la sensibilité.

Le malade fut amené le soir, à 9 *heures*, à l'hôpital ; à ce moment, il y avait paralysie de la sensibilité et du mouvement de toute la partie inférieure du corps jusqu'au diaphragme.

La motilité et la sensibilité des membres supérieurs étaient intactes. Le malade était en érection complète de la verge ; il présentait de la rétention d'urine et fut sondé sans difficulté.

A 11 *heures* 1/2, je trouvai le malade avec toute sa connaissance et se plaignant seulement de la gêne que lui causait le décubitus dorsal. Paralysie complète de la sensibilité et du mouvement des membres inférieurs et du tronc jusqu'au milieu de la hauteur de la cage thoracique. Respiration exclusivement diaphragmatique.

Le malade peut mouvoir encore ses membres supérieurs ; ils ont leur sensibilité, mais sont le siége de sensations de brulûre.

Le malade a la face vultueuse, fortement congestionnée ; ses pupilles très-resserrées ont un diamètre de 1/2 millimètre environ; peau chaude, pouls fréquent; demi-érection de la verge.

A l'examen de la colonne vertébrale, pas de saillie anormale, pas de dépression ; douleur vive à la pression au niveau de la 3e dorsale ; douleur plus vive encore à la pression au niveau de la 6e cervicale; à cet endroit, à trois reprises, je sens une crépitation obscure et profonde, qui me fait penser à une fracture à ce niveau.

Le 17 *mai, matin*, le malade est examiné par M. Gosselin. Il peut porter facilement et sans douleur la tête à droite, à gauche, en arrière, mais pas en avant à cause des vives douleurs que ce mouvement lui cause. Les muscles des bras se contractent normalement; la main ne peut être que difficilement et incomplétement étendue sur l'avant-bras ; les mouvements de flexion des doigts sont impossibles. La respiration est toujours exclusivement diaphragmatique. Aucun mouvement des côtes. Aucun mouvement des membres inférieurs. Pas de mouvements réflexes.

Anesthésie et analgésie complète des membres inférieurs et du tronc jusqu'un peu au-dessus du mamelon. Aux bras, la sensibilité est plutôt exagérée dans les régions innervées par le médian; elle est plutôt amoindrie dans les régions innervées par le radial et le cubital ; mêmes phénomènes des deux côtés.

A l'examen de la colonne vertébrale, on constate une hyperesthésie considérable des régions cervicale et dorsale du rachis, mais surtout une vive douleur à la pression au niveau de la 6e vertèbre cervicale ; pas de dépression, ni de saillie anormale, pas de crépitation.

Peau chaude et sèche. P. 100. Temp. axillaire 40°,4. Temp.

de la main, 40°,2. Face rouge, congestionnée; pupilles fortement contractées. Demi-érection de la verge. On reproduit facilement et sur la surface du corps le phénomène de la tache méningitique.

M. Gosselin, aprés cet examen, pense avoir affaire à une fracture ou une luxation de la colonne vertébrale à la partie inférieure de la région cervicale, où à ces deux lésions combinées et compliquées d'un épanchement sanguin intra-rachidien, qui a augmenté depuis l'accident; ce qui explique l'ascension de la paralysie.

En conséquence, et pour remédier à la compression de la moelle par une vertèbre ou un fragment de vertèbre, M. Gosselin maintient fixe la tête du sujet, pendant que des aides tirent sur la partie inférieure du tronc: aucun résultat immédiat. En raison des phénomènes fébriles observés chez le malade, M. Gosselin ordonne une saignée de 250 gr.; après la saignée, T. Ax. 39°,6; P. 96.

Dans la journée, respiration irrégulière, pouls irrégulier; le malade accuse de vives douleurs à la partie supérieure du cou.

Le *soir*, le malade est agité, a le facies vultueux, la peau chaude et les pupilles très-contractées; T. A. 41°,2; on pratique une seconde saignée de 150 gr.

Le soir, vers 9 *heures*, l'anesthésie remonte jusqu'aux clavicules; le malade a toute sa connaissance; battements artériels très-exagérés; pupilles punctiformes.

Quelques instants après, accès de suffocation, vomissements, la respiration devient difficile après cet accès; râle trachéal, coma commençant, pupilles toujours resserrées.

A 11 heures du soir, après avoir rendu des mucosités sanguinolentes, le malade meurt, 31 heures après l'accident.

Autopsie le 19 *mai*, 36 heures après la mort. *Cœur* mou, flasque; les valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires sont fortement injectées.

Les *poumons* présentent des adhérences anciennes des feuillets pleuraux à gauche en arrière, et à droite sur le côté. Les deux poumons sont, dans toute leur hauteur, le siége d'une congestion intense, sans présenter de noyaux d'apoplexie; un fragment de poumon surnage et crépite encore, mais laisse écouler une quantité considérable de sang; le malade avait eu avant sa mort une expuition sanguinolente.

Les *reins* sont très-congestionnés, mais ne présentent pas de points hémorrhagiques.

Le *foie* est le siége d'un congestion intense.

Crâne et *cerveau*. Pas de lésion du crâne. A la convexité de l'encéphale, pie-mère un peu opaline, congestion assez marquée vers la partie postérieure des hémisphères. Des sections multiples et rapprochées sont pratiquées dans le cerveau, le cervelet, le bulbe, et ne font constater aucune lésion importante.

Rachis. Ecchymoses dans les masses musculaires qui remplissent les gouttières vertébrales au niveau de l'atlas et de l'axis, au niveau de la 5e et 6e vertèbres cervicales, au niveau de la 3e dorsale. Arrachement du ligament interépineux entre la 5e et la 6e cervicale, entre la 6e et la 7e cervicale. Déchirure des ligaments jaunes qui unissent les lames de la 5e et de la 6e cervicale, de la 6e et la 7e cervicale. Le ligament vertébral commun antérieur, le ligament vertébral commun postérieur sont à peu près intacts; le dernier est soulevé par un fragment du corps de la 6e cervicale.

On constate ensuite une fracture verticale au milieu de la lame gauche de la 6e vertèbre cervicale; une fracture de l'apophyse transverse droite de la 6e cervicale; une fracture de la partie antérieure et inférieure du corps de la 5e cervicale; une réduction en bouillie de la moitié antérieure du disque intervertébral, qui unit la 5e et la 6e cervicale; une fracture de la partie postérieure et supérieure du corps de la 6e cervicale; ce fragment de la 6e cervicale soulève le ligament vertébral commun postérieur, fait saillie dans le canal rachidien et le réduit à la moitié de son diamètre antéro-postérieur; il est mobile sous le doigt et produit de la crépitation. Le disque intervertébral réduit en bouillie dans sa moitié antérieure était à peu près intact dans sa moitié postérieure.

Le trait de la fracture porte donc sur les 5e et 6e cervicales et est oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Le fragment de la 6e cervicale a été l'agent d'écrasement et de compression de la moelle.

Moelle. En dehors de la dure-mère, épanchement considérable de sang dans toute la hauteur du canal rachidien. La moelle est écrasée, aplatie et semble réduite à ses membranes d'enveloppe, au niveau du fragment de la 6e cervicale.

Aucune lésion de la dure-mère. Epanchement considérable de sang dans la cavité de l'arachnoïde. Ecchymoses sous la pie-mère, qui est même éraillée en un point; la moelle ramollie fait saillie à travers cette éraillure. La moelle est molle, presque liquide au niveau, et un peu au-dessus et au-dessous du point où elle a été écrasée.

M. Charcot. Il est très-important, dans les cas de ce genre, d'examiner la moelle: on se figure qu'elle doit être très-altérée, et cependant Hutchinson a dit que les lésions sont en général très-minimes. C'est un point à vérifier.

Entorse du rachis, et peut-être luxation de la 5e vertèbre cervicale sur la 6e; par M. Gauderon, interne des hôpitaux.

P... Auguste, âgé de 44 ans, charbonnier, entre le 12 mai à la Charité (service de M. Trélat).

Cet homme en état d'ivresse tomba du haut de son siége de voiture et fut apporté, le jour même, 12 mai, à l'hôpital. Il présentait une plaie contuse au niveau de l'occipital, sans aucun signe de fracture du crâne. Les quatre membres étaient paralysés (sensibilité et mouvement): l'examen de la colonne vertébrale dans toute sa hauteur permit de constater à la partie inférieure de la région cervicale une douleur vive à la pression, sans saillie anormale, ni déformation, ni dépression. L'examen du pharynx ne donna aucun renseignement; la déglutition était normale. Le malade dans un état d'hébétude qui peut être attribué à la fois à son état d'ivresse et au traumatisme qu'il vient de subir ne se plaint que d'une chose, le mal de tête.

Le 13 *mai*, coma vigil, la peau est ardente et sèche; P. 135.

Le malade présentait une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement des quatre membres; il respirait exclusivement par le diaphragme, les autres muscles respirateurs étant paralysés; il présentait de la rétention d'urine.

Il mourut dans la soirée du 13 mai, environ 30 heures après son accident.

L'autopsie fut faite le 14 *mai* par M. Campenon. On ne trouva aucune lésion du crâne, ni du cerveau.

Les ligaments qui unissent la 5e et la 6e vertèbre cervicale étaient détruits dans leur presque totalité. Le ligament vertébral commun postérieur, les ligaments jaunes étaient déchirés complétement. Le disque intervertébral était déchiré et se voyait à l'état de lambeaux irréguliers sur les faces des deux vertèbres. Il ne restait pour unir l'une à l'autre la 5e et la 6e vertèbre cervicale que la partie antérieure de la capsule fibreuse qui unit les apophyses articulaires de ces deux vertèbres, et le ligament vertébral commun antérieur qui était aussi en grande partie conservé.

Les lésions permettaient, sur le cadavre, de luxer très facilement la 5e vertèbre cervicale en avant de la 6e; la réduction était aussi très-facile. Les os ne présentaient d'autre lésion que la fracture de l'extrémité inférieure de l'apophyse articulaire gauche de la 5e vertèbre cervicale.

On trouva, en outre, un épanchement considérable de sang dans toute la longueur du canal rachidien en dehors de la dure-mère. La moelle était écrasée entre la 5e et la 6e vertèbre cervicale, elle était molle et diffluente à ce niveau; ses enveloppes présentaient à cet endroit les lésions de la contusion.

On ne trouva aucune autre lésion viscérale.

Réflexions. La destruction de tous les ligaments situés en arrière du corps vertébral et des apophyses articulaires, la conservation du ligament vertébral commun antérieur et de la partie antérieure de la capsule ligamenteuse qui unit les apophyses articulaires, donnent, ce nous semble, le droit de conclure que le mécanisme des lésions décrites plus haut a été une inflexion forcée de la tête en avant.

Le malade précipité de son siége est tombé sur l'occiput,

comme le prouve la plaie contuse de l'occipital ; le poids de son corps est venu peser sur la colonne cervicale, pour tendre à redresser sa courbure ; le résultat de ce mécanisme a été une rupture de tous les ligaments postérieurs qui unissent la 5e et la 6e vertèbre cervicale.

Peut-être même y a-t-il eu luxation de la 5e cervicale en avant de la 6e, ce que confirmerait la fracture de l'extrémité inférieure de l'apophyse articulaire gauche de la 5e vertèbre cervicale : cette luxation expliquerait parfaitement l'écrasement de la moelle; cette luxation qu'on n'a pas retrouvée à l'autopsie, a pu se réduire spontanément ou dans les mouvement imprimés au malade pendant la vie, ou au cadavre après la mort ; j'ai dit que sur le cadavre la reproduction de cette luxation et la réduction étaient très-faciles.

Leucocythémie ; par M. P. Oulmont, interne des hôpitaux.

Rozierre Nicolas, âgé de 32 ans, garçon de restaurant, entre dans la salle Saint-Landry, à Lariboisière (service de M. Raynaud) le 26 *janvier* 1875. Sa santé, excellente jusqu'à ces derniers temps, n'est troublée que depuis un mois à peine. Au commencement de janvier, il est pris d'une affection thoracique fébrile, avec point de côté à gauche, crachats visqueux mais blancs, toux fréquente, pour laquelle on lui pose un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. L'affection cède en huit jours ; mais le malade ne reprend pas ses forces. Les téguments jusque là colorés, pâlissent; des sueurs nocturnes apparaissent ; puis, se montrent dans la région sus-hyoïdienne, des ganglions indolents, qui grossissent rapidement en même temps qu'apparaissent de nouveaux ganglions, sur plusieurs points du corps.

C'est à ce moment que le malade entre à l'hôpital. — Il est d'une pâleur blafarde; ses muqueuses sont encore rouges, mais moins colorées qu'à l'état normal. Ce qui frappe surtout, c'est la présence de nombreuses tumeurs ganglionnaires, confluentes, dures, indolentes, d'un volume d'une noix ou d'une noisette ; elles remplissent la région sous et rétro-maxillaire, s'étendant jusque derrière le lobule de l'oreille qu'elles repoussent en avant, la région sterno mastoïdienne, soulevant le muscle au-devant duquel on peut les sentir, le creux axillaire, où elles atteignent leur volume le plus considérable; de là elles descendent sur les parties latérales du thorax, en arrière de la ligne mamelonnaire, formant comme un chapelet qui va décroissant jusqu'à la 6e ou 7e côte. Enfin, elles sont confluentes aux aînes.

Le malade ne se plaint que d'une chose : une grande faiblesse, une fatigue rapide qui l'oblige à rester presque toujours assis ou couché; de plus il a la nuit des transpirations abondantes. Il a bon appétit ; il digère bien ; il respire facilement; mais quelques pas suffisent pour lui faire perdre haleine.

A l'examen de la poitrine, nous trouvons un souffle anémique au cœur; quelques râles de bronchite dans les poumons.

A l'examen de l'abdomen, la rate paraît un peu grosse, le foie normal. L'urine est trouble, d'une couleur laiteuse ; l'examen microscopique ne donne pas de résultat. Pas d'albumine.

Le sang examiné au microscope, présente les caractères suivants : 2 ou 3 globules blancs seulement sur le champ de la préparation ; mais une quantité considérable de globulins, dans la proportion d'environ 20 pour cent. De plus l'appareil numérateur de Malassez constate une diminution extraordinaire dans le nombre des globules ; il n'en existe que 1.560.000 par millimètre cube.

Traitement par les reconstituants et l'iodure de potassium.

L'état constaté à l'entrée du malade persiste sans s'améliorer. Le 31 *janvier* apparaît une légère bouffissure des paupières; et en même temps, à l'œil droit, une ecchymose sous-conjonctivale qui s'étend progressivement à la paupière inférieure, puis à la paupière supérieure, rappelant l'ecchymose pathognomonique des fractures de la base du crâne.

Le 2 *février*, cette ecchymose se colore de plus en plus à l'œil droit, en même temps qu'un épanchement sanguin absolument semblable apparaît à l'œil gauche. De plus la vue, légèrement troublée à droite, quelques jours déjà avant son entrée, s'affaiblit davantage; le malade ne peut lire les caractères ordinaires d'un journal. L'ophthalmoscope constate en effet de petites taches hémorrhagiques, au nombre de 3 ou 4, dont la plus grosse, d'un diamètre de 5 à 6 mm. environ, empiète sur la partie supérieure et externe de la papille.

Le 10 *février*, la vision de l'œil droit a repris son acuité normale; l'amélioration coïncide avec la diminution des hémorrhagies du fond de l'œil et des paupières. Mais de petites taches de purpura, d'aspect analogue à des piqûres de puce, apparaissent en assez grand nombre au cou et sur les membres.

Vers le 20 *février*, l'état du malade est redevenu ce qu'il était à son entrée : fatigue considérable, sueurs abondantes, pâleur blâfarde; et cependant les tumeurs ganglionnaires sont manifestement en voie de décroissance ; elles sont aussi confluentes qu'au premier jour, mais leur volume est moindre; on ne constate plus guère qu'aux aisselles de tumeurs plus grosses que des noix ; les plus volumineuses actuellement ne dépassent pas la taille d'une noisette.

Traitement : douches froides.

Mars-avril. Pendant plus de deux mois, aucun phénomène nouveau ne se présente, si ce n'est des épistaxis, dont la première se produit le 29 *mars*. Dès lors il se passe rarement un jour sans qu'il y en ait une, tantôt spontanée et assez abondante pour remplir une palette de 100 à 200 grammes, tantôt provoquée seulement par les efforts du malade lorsqu'il se mouche; aussi a-t-il presque constamment un tampon d'amadou dans chacune des narines. Ces hémorrhagies accélèrent le déclin des forces et le 26 avril, nous trouvons le malade dans l'état suivant.

26 *avril*. La peau est d'une pâleur de cire; les muqueuses sont tout-à-fait décolorées. La figure est bouffie ; les membres inférieurs sont le siége d'un œdème manifeste surtout à la partie interne des cuisses; l'abdomen, distendu par une tympanite, contient en outre un peu d'ascite. Les épistaxis continuent avec une régularité presque quotidienne. Des ecchymoses oculaires, il ne reste qu'une teinte violacée des paupières inférieures. Les ganglions sont restés stationnaires.

Les fonctions digestives ont baissé; plus d'appétit, digestions pénibles avec pyrosis ; mais fonctions de défécation normales.

Pas de dyspnée, quoique l'auscultation perçoive des râles sous-crépitants fins aux bases des deux poumons ; le malade tousse un peu, et rend en abondance des crachats séreux et aérés. Au cœur, le bruit de la base, au premier temps, a pris un caractère plus rude ; le foie n'est pas augmenté de volume; la rate a environ dix travers de doigts en longueur. La vue est trouble de nouveau, mais, cette fois, dans les deux yeux : le malade ne peut lire les caractères d'imprimerie ordinaires.

Enfin, l'état général est mauvais ; le malade éprouve des douleurs de courbature dans les jambes, un engourdissement désagréable ; il s'est déclaré depuis quelques jours un mouvement fébrile dont les exacerbations vespérales très-marquées, atteignent autour de 39°.

Le 30 *avril*, on constate un double hydrothorax remplissant le tiers inférieur de chaque plèvre. L'urine ne contient pas d'albumine ni de traces de sang.

Le 4 *mai*, le sang est examiné une deuxième fois avec l'appareil Malassez. Le nombre des globules rouges a diminué encore jusqu'au chiffre incroyable de 637.000. Le sang, du reste, ressemble à de l'eau teintée en rose.

Le 11 *mai*, l'appareil Malassez ne constate plus que 546.000 globules rouges. Le microscope, d'autre part, montre, comme en janvier, des globulins dans la même proportion. A ce moment, on constate une recrudescence dans l'accroissement des tumeurs ganglionnaires.

La dyspnée croît tous les jours, et le malade meurt le 15 *mai*, dans la nuit.

Autopsie. — Tous les organes sont d'une pâleur extrême; le sang, tout à fait fluide, ressemble à de l'eau rosée. Les plèvres contiennent l'épanchement signalé pendant la vie ; les poumons sont sains, sauf à leur base, qui est œdématiée ; *ganglions* assez volumineux dans le médiastin postérieur, ne comprimant aucun des organes qu'il renferme. Le cœur est sain.

Dans l'abdomen, *ganglions* mésentériques très-volumineux, d'une couleur lie de vin très-foncée, sur laquelle tranchent de petits points blanchâtres, que, à l'œil nu, on pourrait prendre pour des granulations grises. Le volume du *foie* est normal, sa surface est bleu-violacée ; son tissu, à la coupe, a une couleur bronzée uniforme ; l'aspect granulé a disparu.

La *rate* est environ doublée de volume, assez résistante. Le long de son bord convexe sont situées plusieurs tumeurs, qui ne font aucune saillie à la surface de l'organe, et ne sont reconnues, avant la coupe, que par une coloration plus pâle de la surface. Ces tumeurs sont dures, très-blanches, de forme assez irrégulière pour ne pouvoir recevoir aucune description, du volume d'un pois à une noisette. On en compte environ 7 ou 8 dans toute la rate.

Le *rein* gauche est doublé de volume ; sa surface est parsemée de tumeurs faisant une saillie de 1 à 2 mm., complétement noires, du volume d'une noisette ou d'une noix. Sur la coupe, la substance médullaire du rein, très-anémiée et d'un jaune pâle, est entourée d'un cercle de 2 centim. environ d'épaisseur, occupant uniformément tout le pourtour du rein et remplissant les deux tiers de la substance corticale, cercle de couleur lie de vin, extrêmement foncée ; ce cercle se confond, dans la substance du rein, par une teinte décroissante.

Le rein droit, de volume normal, offre, à sa surface, l'aspect du rein gauche ; mais, à la coupe, au lieu de cette coloration noirâtre uniforme, on remarque deux tumeurs du volume d'une noix, siégeant dans la substance corticale, et se continuant avec les tumeurs de la surface, parfaitement limitées à la substance rénale.

L'*intestin* ne montre aucune altération des follicules clos et des plaques de Peyer.

Enfin, les *ganglions* sous-cutanés ont un aspect tigré, rouge et blanc, les parties rouges étant d'une teinte lie de vin très-foncée.

Les sinus caverneux, les vaisseaux ophthalmiques examinés, ne contiennent aucun caillot, aucune lésion qui rende compte des hémorrhagies palpébrales.

L'*examen microscopique de la rate* durcie, aux points où nous avons signalé les tumeurs lymphoïdes, montre une infiltration considérable de globules blancs très-confluents, laissant entrevoir, de distance en distance, le réticulum de l'organe.

Pour le *rein*, sa substance est infiltrée, dans sa totalité, de globules blancs ; les tubes sont intacts. — Dans certains points de la substance corticale, le tissu interstitiel a complétement disparu ; quelques tubes apparaissent de loin en loin ; sur un fond de globules blancs, on voit une masse compacte de globules rouges, serrés les uns contre les autres, formant, par leur accolement, de petites mailles irrégulières, qu'on pourrait prendre, au premier abord, pour un réticulum. — Sur des coupes parallèles aux pyramides, on voit, dans la substance médullaire, des vaisseaux gorgés de globules blancs ; on ne peut en trouver à proximité des foyers d'hémorrhagie.

M. Hayem. Le fait que vient de présenter M. Oulmont est tout-à-fait extraordinaire, et je ne sache pas qu'on ait jamais vu le nombre des globules rouges descendre aussi bas. Chez les individus qui succombent à une maladie chronique et dans un état de cachexie très-prononcée, on trouve encore 3 millions de globules rouges. Quant aux petits globules, je pense qu'il s'agit simplement d'une variété de globules blancs qu'on a signalés dans certaines formes de leucocythémie ; il est regrettable qu'ils n'aient pas été dessinés comparativement aux autres éléments du sang.

M. Troisier. Ne seraient-ce point les globules que M. Vulpian a décrits dans l'érysipèle, et qui se retrouvent aussi dans l'état normal ?

M. Hayem. Cela n'est pas probable, car les globules décrits par M. Vulpian sont des éléments sarcodiques qui s'agglutinent les uns aux autres, et ne peuvent être comptés.

École de Besançon. — Un concours pour un emploi de suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie internes sera ouvert à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besancon le 1er mai 1876. Arrêté du 4 novembre 1875.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre. — Présidence de M. Le Fort.

M. Delens donne communication d'un fait intéressant d'*écoulement assez considérable d'un liquide huileux dans un cas de fracture compliquée de la jambe chez un vieillard.* MM. Verneuil, Duplay et Guéniot examineront ce travail.

M. Marjolin lit la première partie de son rapport sur *l'insuffisance des ressources pour le traitement chirurgical des enfants à Paris.* MM. Giraldès et M. Sée, les deux autres membres de la commission chargée d'examiner cette question importante, lui avaient confié cette tâche. Nul mieux que lui d'ailleurs n'aurait pu se charger de ce travail, car M. Marjolin est vraiment là dans son élément. Les lecteurs des comptes-rendus de la Société de Chirurgie n'ignorent pas, en effet, à combien de reprises différentes ce chirurgien a appelé l'attention de ses collègues et de l'administration sur le sort de ces malheureux petits malades, objet de sa sollicitude. Un homme de sa compétence qui poursuit un but aussi humanitaire, mérite d'être écouté. Le rapporteur n'est pas partisan de l'admission des enfants dans les hôpitaux ordinaires ; le moral des jeunes malades ne peut qu'y perdre et l'enseignement n'y gagne rien. Certainement il préférerait les soins donnés à domicile ; mais il est bien rare de trouver chez les parents de l'enfant les conditions d'hygiène et de bien-être qui lui sont nécessaires. Il insiste pour que les lits des mères allaitant leurs enfants, soient multipliés dans les services hospitaliers. L'âge d'admission des enfants malades — 2 ans — doit être abaissé à 12 ou 15 mois, si l'enfant est sevré. Enfin il n'admet plus la division de *chroniques* et d'*aigus* telle qu'elle existe actuellement. (*La suite à la prochaine séance*).

M. Guyon donne lecture de deux observations envoyées par M. Spillmann, de Médianah, relatives à deux cas de *résection traumatique de l'extrémité inférieure de la diaphyse radiale chez deux jeunes enfants,* à la suite d'une chute sur le coude. Le fragment supérieur faisait saillie en avant par une déchirure de la peau ; le fragment inférieur remontait derrière celui-ci. Après des tentatives inutilement réitérées, même sous l'action du chloroforme, ce chirurgien pratiqua la résection d'une partie de l'humérus dans les deux cas. Le succès fut complet. — M. Spillmann a recueilli, en outre, une observation de *contracture réflexe du bras gauche à la suite d'une chute sur le coude, traitée et guérie par les injections sous-cutanées d'atropine.* Le triceps et le biceps étaient les muscles contracturés ; le membre était fléchi à angle aigu et appliqué contre la poitrine. Malgré l'usage successif des émollients, des douches, des extensions forcées, le mal ne cédait pas, lorsque la lecture d'une observation d'un cas analogue, publiée par M. Després, l'engagea à injecter de l'atropine. Après une vingtaine de jours de ce traitement — injection de 1 à 3 milligrammes par jour, — la guérison survint.

M. Tillaux présente une tumeur extirpée ce matin chez un homme de 47 ans. Elle était située dans la fosse ischio-rectale droite et faisait une saillie considérable sous la peau. Cet homme fait remonter son début à 20 ans ; elle a grossi graduellement jusqu'à gêner d'abord, et puis, enfin, empêcher la défécation. La tumeur comprimait, en effet, le rectum sur la face postérieure du pubis jusqu'à ne pas permettre l'introduction du doigt. Craignant des accidents graves, M. Tillaux s'est résolu à opérer. L'opération a été des plus simples ; après l'incision de la peau, faite à l'aide du galvano-cautère, il a énucléé la tumeur avec le doigt, ce qui l'a conduit au pédicule, lequel était implanté sur le coccyx. Le pédicule une fois coupé, la tumeur a suivi à l'aide d'une faible traction. Elle mesure 20 centimètres de long sur 10 centimètres de large ; elle est de nature fibreuse. Ces fibromes pelviens sont extrêmement rares chez l'homme.

M. Houel a vu, chez la femme, un certain nombre de fibromes pelviens indépendants de l'utérus ; entre autres une de ces tumeurs était implantée sur la crête iliaque. M. Guyon pense que le cas présenté par M. Tillaux est unique dans la science ; les nombreuses recherches, auxquelles il s'est livré dernièrement au sujet des tumeurs fibreuses, ne lui en ont pas révélé de semblables.

I. B.

CORRESPONDANCE

Faculté des sciences de Paris. — Laboratoire.

Paris, 7 novembre 1875.

Mon cher confrère,

Je lis dans le dernier numéro de votre excellent journal, la mention suivante :

« *Faculté des sciences de Paris* : Laboratoire de physiologie. » Chef du laboratoire, M. Paul Bert ; préparateurs, MM. Jolyet et P. Regnard.

» Ce laboratoire est libéralement ouvert aux étudiants en » médecine, déjà avancés dans leurs études, et qui désirent » faire des recherches expérimentales pour leur thèse. »

Permettez-moi, tout en vous remerciant de votre bonne intention, de relever ici une inexactitude importante à mes yeux.

Le laboratoire d'*enseignement*, dépendant de l'école des hautes études, que je dirige à la Sorbonne, n'a pas été fondé pour atteindre le but qu'indique votre note. J'y fais, ou mon suppléant y fait à ma place, hélas ! (le hélas ! est pour moi et non pour les élèves), un cours complet de physiologie pratique, dans lequel sont reproduites *devant les élèves et avec leur concours*, les expériences classiques de vivisection. Ce cours est ouvert à tous les étudiants qui viennent s'inscrire en temps utile, au secrétariat da la Faculté ; l'exiguité du laboratoire me force, il est vrai, à limiter leur nombre ; mais c'est là un argument que j'ai déjà fait valoir avec succès et que je ferai encore valoir auprès de qui de droit, pour obtenir un agrandissement de local.

Il ne s'agit pas ici, vous le voyez, de recherches personnelles, mais bien d'un enseignement classique, que peuvent suivre avec fruit tous les étudiants de 4e et de 5e année. Il est vrai que je suis fort heureux de voir, d'autre part, venir au laboratoire, pour y faire des travaux originaux, pour y préparer leurs thèses, des jeunes gens plus avancés dans leurs études ; mais ce n'est point à cette fonction, je le répète, qu'est *officiellement* destiné mon laboratoire.

Vous voyez que l'institution des laboratoires d'enseignement de l'école pratique des hautes études, a eu pour but de répondre en partie aux désidérata que vous signaliez justement dans votre article d'hier. Malheureusement, la place, l'argent, les ressources matérielles leur font défaut, mais tout cela viendra, et sous peu, je l'espère.

Vous avez lier, dans ce même article, abordé une bien grosse question, une question capitale, et dont on ne s'occupe pas assez, l'isolement des étudiants, leur manque de direction. J'ai moi même signalé ce grave défaut de notre organisation à la tribune de l'Assemblée nationale, dans la discussion sur la création des nouvelles facultés de médecine. Je disais :

Un pareil état de choses présente des inconvénients bien grands. Veuillez, je vous prie, vous mettre à la place de ce jeune homme qui va s'inscrire pour la première fois à la Faculté de médecine de Paris, et, de fait, il en est plusieurs parmi vous qui se sont trouvés dans cette situation. Ce jeune homme arrive tout frais émoulu de son baccalauréat, souvent seul, sans l'appui et l'autorité d'un père expérimenté. Il vient au secrétariat, on lui demande 30 fr., on lui en donne une quittance et c'est tout. Il s'inquiète, demande ce qu'il faut faire : on lui répond qu'il faudra revenir trois mois après accomplir la même formalité .. (Sourires). Et puis, s'il est plus curieux, s'il en demande davantage, on lui répond qu'il faudra à la fin de l'année venir passer un examen. L'employé qui n'en sait pas plus, ne peut pas lui dire autre chose. Le jeune homme sort, et dans la cour de l'Ecole il voit une grande affiche officielle où figurent des noms illustres, tous illustres, car notre Faculté de médecine de Paris, — il faut bien le dire malgré tant d'attaques, — est la première faculté de médecine de l'Europe.

M. Testelin. — De l'univers.

M. le rapporteur. — Il y en a bien peu en Amérique qui méritent ce nom.

Il y voit aussi une série de mots techniques dont il ne comprend pas le sens ; et, au milieu de ce dédale, où se diriger ? Il y a trente ou quarante cours. Lesquels suivre et par où commencer ? Cette fois, s'il est courageux, s'il ne s'arrête point aux renseignements de l'employé, il s'adresse au secrétaire, et le secrétaire lui remet un petit papier sur lequel, en effet, les cours sont classés par années. Sur ce papier il voit quels sont, pour la première année, les cours qu'il doit suivre.

Il arrive à l'un de ces cours, et voici qu'il se trouve huit centième ou millième dans un immense amphithéâtre. Il y entend une fort belle leçon ; mais quel que soit le mérite du professeur, cette leçon doit laisser à l'élève quelque obscurité dans l'esprit ; il faut qu'il aille aux renseignements ; il faut qu'il sache à quels livres il doit s'adresser. Lorsque le professeur a fini de parler, applaudi comme il mérite de l'être, le jeune étudiant veut le suivre pour le consulter. Peine perdue ! Il est bien évident que le professeur ne peut consacrer cinq ou six minutes de son temps à chacun des mille élèves qui suivent son cours.

Désappointé de ce côté, le jeune étudiant pensera que dans les laboratoires, dans les hôpitaux, il aura peut-être un accès plus facile auprès de ses maîtres. Il va à l'hôpital, et là, dans la salle où enseigne le clinicien le plus célèbre, il se trouve à la suite de deux ou trois cents élèves, élèves connus, élèves d'élite, qui entourent le professeur et dont les rangs pressés ne permettent pas au nouveau venu d'arriver près du lit des malades.

Aux laboratoires ? Il peut y aller ; il y en a quelques-uns qui lui sont ouverts ; mais il est aussi des sciences, et des plus importantes, qui n'ont point de laboratoire dans notre Faculté. Enfin, s'il a accès dans l'un de ceux qui sont ouverts, le professeur lui montre avec chagrin les quelques places dont il peut disposer, places bien rares, bien mesurées, et par conséquent réservées, par le fait qu'elles sont rares, à quelques jeunes gens plus avancés qui poursuivent des études spéciales.

Cela n'est pas encourageant, messieurs !

M. Testelin. — Le tableau est vrai !

M. le rapporteur. — Telle est cependant la situation où se trouvent, bon an mal an, sept ou huit cents jeunes gens qui arrivent à la Faculté de Paris.

....

Ce jeune homme que vous jetez ainsi dans les rues de Paris, sans recours auprès de ses professeurs, sans l'appui de ses anciens, sans qu'aucune organisation veille sur lui ; ce jeune homme, ainsi livré à toutes les circonstances, à tous les hasards, à tous les périls d'une vie libre, où a-t-il fait son éducation de liberté ? (C'est cela ! — Très-bien !) Depuis huit, dix, douze ans, je dirais presque depuis quatorze ans, — car il y a maintenant des colléges où l'on reçoit les enfants à cinq ans, et il se trouve des familles ayant assez peu le sentiment de leur devoir pour s'en débarrasser ainsi... (Mouvement. — Ce n'est que trop vrai, hélas !)

M. Albert Desjardins, *sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'instruction publique.* — C'est peut-être une nécessité pour certaines familles !

M. le rapporteur. — Depuis dix ans, souvent, il est interne, — je ne caractériserai pas l'internat, les mots seraient trop durs...

M. le sous-secrétaire du ministère de l'instruction publique. — L'internat n'est pas en cause !

M. le rapporteur. — Où a-t-il pris l'habitude de la liberté depuis huit ans ? — je prends un minimum. Tous les jours on lui a dit ce qu'il devait faire le lendemain ; on lui a ordonné ses devoirs d'une manière exacte, et s'il lui arrivait d'oublier l'époque fixée la cloche, le tambour, les pensums, les camarades viendraient la lui rappeler. Sans transition, du jour au lendemain, sans qu'on se préoccupe autrement de cet enfant habitué à une tutelle de chaque jour, sans qu'on ait pris toutes les précautions nécessaires pour cette transition dangereuse, il arrive à Paris et il est livré aux hasards, aux aventures. (Assentiment sur plusieurs bancs.)

Messieurs, il ne faut pas se dissimuler que c'est là un état de chose grave et dangereux. Songez que nous avons 4,789 jeunes gens dans cette situation, et si vous n'avez pas le spectacle d'un plus grand nombre d'égarements, il est juste d'en rendre hommage à cette jeunesse que son bon sens protége contre une organisation semblable. (Nouvel assentiment sur les mêmes bancs.)

J'ai pensé et je continue à penser que la création de nouvelles facultés à Bordeaux et à Lyon, diminueraient ces graves inconvénients, en diminuant l'encombrement parisien. Mais je suis loin de croire que ce palliatif suffira ; il y a surtout une réforme fondamentale à faire, pour diminuer le rôle des grands amphithéâtres, et augmenter celui des cliniques et des laboratoires. Nous en reparlerons quelque jour.

Votre bien dévoué confrère,

Paul Bert

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies et épidémies des Armées, par A. Laveran, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Paris, 1875, G. Masson éditeur.

La presse médicale a déjà rendu compte de cet ouvrage en en faisant ressortir son mérite et son opportunité. Il est certain, en effet que le service de santé des armées comprenant dorénavant, outre l'armée active, la partie de la réserve et de l'armée territoriale, l'ouvrage dont nous nous occupons, s'adresse à toute la génération médicale actuelle puisqu'elle est appelée à soigner nos soldats en dedans ou en dehors (?) des frontières.

Quant au mérite de l'œuvre, il ne nous appartient point

d'en faire l'éloge, notre collègue a trouvé dans des jugements moins confraternels toutes les appréciations dues à son travail ; fruit mûri, bien qu'il naisse d'un arbre encore jeune, mais la renommée de la greffe paternelle en assurait la saveur.

Nous désirons, pénétrant scientifiquement le sujet, donner au lecteur un résumé rapide de ce livre : l'analyse en sera moins littéraire et moins agréable, mais l'épidémiologie y gagnera peut-être.

Une première question s'imposait, c'était de rechercher quelle est la mortalité de la population militaire, question bien souvent débattue et que les documents publiés dans ces dernières années ont enfin permis de résoudre avec précision. L'auteur ne se range ni dans le camp des optimistes suivant lesquels la mortalité reste la même dans la population civile et dans la population militaire, ni dans le camp des pessimistes qui estiment à 16 sur 1000, la mortalité dans l'armée, celle de la population civile de même âge étant seulement de 10 sur 1000. Le chiffre adopté par M. Laveran est celuide 13sur 1000 qui se décompose ainsi :

Nombre réel des décès.............	10 sur 1000
Décès prévenus par les sorties définitives............................	3 —
Total.......	13 sur 1000

Il est en effet parfaitement rationnel d'ajouter au chiffre des décès indiqués par la statistique officielle pour les hommes présents dans les corps au moment de leur mort, celui des hommes qui sont réformés pour maladies incurables, pour phthisie en particulier et qui survivent peu de temps après avoir quitté l'armée.

Les travaux antérieurs à la statistique officielle montrent qu'autrefois la mortalité dans l'armée française était supérieure à 13 sur 1000 et l'étude des statistiques étrangères (si l'on tient compte comme on doit le faire des sorties définitives) permet de conclure que l'armée française est encore une des mieux partagées sous le rapport de la mortalité. Les résultats obtenus depuis 1820 époque à laquelle remontent les premières recherches précises sont donc satisfaisantes ; mais il ne faut pas se dissimuler qu'il y a encore beaucoup à faire au point de vue de l'hygiène des troupes, car la mortalité de l'armée reste supérieure à celle de la population civile de même âge, vivant dans des conditions analogues : et cependant la population militaire est choisie avec soin, les conseils de revision écartent tous les individus faibles et malingres, à plus forte raison tous ceux qui sont déjà sous le coup d'une affection organique grave.

La mortalité la plus forte porte sur les jeunes soldats ; ce fait, démontré depuis longtemps par les travaux des médecins militaires, présente un intérêt d'actualité évident, car la nouvelle loi militaire a eu pour effet d'augmenter dans une très-forte proportion cette partie de l'armée.

Pour prévenir le fâcheux résultat que la nouvelle loi de recrutement pourrait avoir sur la mortalité de l'armée, il faudra redoubler de vigilance et s'occuper plus que jamais de l'hygiène des troupes.

Après avoir établi le chiffre de la mortalité dans les armées françaises et étrangères, M. Laveran recherche quelles sont les causes de la mortalité dans les armées en temps de paix et en temps de guerre.

En temps de paix, *la tuberculose* et *les maladies zymotiques*, *la fièvre typhoïde* en particulier sont les causes des décès ; l'auteur aurait pu dans ce chapitre, examiner l'influence de toutes les conditions spéciales à la vie militaire ; changement de milieu et d'habitudes, séjour dans les grandes villes, encombrement dans les casernes, alimentation insuffisante et uniforme, etc., etc. ; mais il a fait sagement, croyons-nous, de ne pas insister trop longtemps sur ces généralités et de procéder par analyse en recherchant l'influence de ces différentes causes dans l'étiologie de chaque maladie, plutôt que par *synthèse*, en déduisant la pathologie militaire des conditions d'existence qui sont imposées au soldat. Cette dernière méthode est à vrai dire plus attrayante que la première, elle satisfait mieux l'esprit au premier abord, mais elle expose à de nombreuses erreurs.

En campagne, la mortalité par maladies est généralement bien supérieure à la mortalité par le feu. L'hygiène, la prophylaxie des maladies doivent tenir ici encore une grande place. En temps de guerre, le soldat est exposé presque sans défense aux influences atmosphériques et au méphitisme du sol ; de plus, la présence d'un grand nombre d'hommes dans des camps mal entretenus, dans des villes assiégées, et la difficulté de se procurer des vivres frais exposent les armées à deux grands fléaux qu'on rencontre à chaque instant dans l'histoire des armées en campagne : *le typhus* et *le scorbut*.

Pour l'étude particulière des maladies les plus communes dans l'armée, M. A. Laveran a suivi à très-peu près le programme du cours d'épidémiologie du Val-de-Grâce ; il a fait d'abord l'histoire des maladies saisonnières et des maladies des climats, puis il a passé successivement en revue : les malades telluriques (fièvres palustres, fièvre jaune), les maladies typhoïdes typhus, fièvre typhoïde, fièvre récurrente), la tuberculose, les maladies virulentes (fièvres éruptives, syphilis, morve), les maladies d'alimentation (scorbut, héméralopie, alcoolisme) et enfin les maladies qui sont désignées généralement sous le nom d'épidémies et qui se divisent en petites et grandes épidémies.

Il nous est impossible d'analyser chacun des chapitres de ce volume ; force nous est de nous limiter et nous passerons sous silence bien des sujets abordés par l'auteur pour signaler seulement les chapitres qui présentent le plus d'intérêt au point de vue de la médecine d'armée. Les questions relatives à l'étiologie et à la prophylaxie des maladies ont eté abordées avec prédilection par M. A. Laveran, c'est en effet sur ce point spécial qu'il fallait insister. L'étude des causes des maladies a une importance toute particulière pour le médecin militaire qui doit non-seulement soigner les malades, mais aussi prévenir les maladies dans la mesure du possible ; or, pour prévenir une épidémie de scorbut ou de typhus, par exemple, il faut bien connaître les circonstances qui président à l'apparition de ces maladies.

Sans doute, nous pénétrons rarement jusqu'à la cause première ; mais les circonstances du milieu, toujours les mêmes pour certaines maladies, les moyens d'extension des épidémies fournissent cependant les indications les plus utiles au point de vue de la prophylaxie.

Dans les chapitres qui traitent des maladies des climats, je signalerai les études relatives aux congélations dans les armées et aux coups de chaleur. L'histoire des congélations dans les armées est très-longue et l'on ne saurait trop se pénétrer de cette idée, sur laquelle l'auteur insiste avec raison : l'homme peut supporter les températures les plus basses connues (voyages au pôle Nord) à la condition d'être convenablement nourri, et bien vêtu ; par conséquent, les accidents de congélation dans les armées, peuvent et doivent toujours être prévenues à moins de circonstances exceptionnelles. Si nos soldats en Crimée avaient été mieux nourris, il est certain qu'ils n'auraient pas été atteints par milliers de ces congélations dont Legouest nous a donné une si remarquable description.

Le coup de chaleur est étudié avec soin, l'auteur a mis à profit toutes les recherches modernes et entre autres celles devenues classiques de Vallin, sur l'action de la chaleur.

Pour la dyssenterie, l'hépatite, les fièvres palustres, M. Laveran a dû mettre à contribution les nombreux écrits des médecins militaires français et anglais, de l'Algérie, du Mexique et des Indes, qui ont si brillamment élucidé ces questions.

Notons que l'auteur discute les différentes théories relatives à l'étiologie des fièvres palustres et qu'il est amené à conclure que les fièvres palustres sont occasionnées par un miasme de nature végétale, par des spores dont, à vrai dire, nous ne connaissons ni le genre, ni l'espèce.

L'étiologie de la *fièvre typhoïde* est encore une question très-obscure malgré la fréquence de la maladie ; les épidémies de fièvre typhoïde sont extrêmement communes dans l'armée ; parfois elles se limitent à un régiment, à une caserne et dans maintes circonstances des conditions d'infection locales ont paru présider à l'éclosion de ces épidémies. La fièvre typhoïde peut-elle se développer de toutes pièces sans être engendrée

par une fièvre typhoïde préexistante? autrement dit peut-elle *pousser sans avoir été semée* ou bien tout cas de fièvre typhoïde dérive-t-il d'un autre cas comme dans la variole par exemple? Cette importante question divise encore la science et M. A. Laveran n'a pas cru pouvoir la trancher, il s'est arrêté aux conclusions suivantes qui nous paraissent très-sages : 1° la fièvre typhoïde est contagieuse ; 2° les foyers locaux d'infection favorisent le développement de la fièvre typhoïde. Au point de vue pratique ces conclusions suffisent et dans nos pays surtout où la fièvre typhoïde est endémique, il faut se défier des foyers locaux d'infection : fossés, égoûts mal curés, fosses non étanchées, etc..... comme s'ils avaient en réalité le pouvoir de créer le miasme typhoïde : il est probable qu'ils ne lui fournissent qu'un milieu favorable.

Quant aux moyens de propagation de la fièvre typhoïde, l'auteur est essentiellement éclectique; il admet avec les médecins anglais que les eaux potables peuvent servir de véhicule, avec Pettenkofer que le miasme peut s'infiltrer au travers du sol poreux des habitations, enfin, il croit aussi à la contagion d'homme à homme, ou par les matières fécales. Dans nos hôpitaux la fièvre typhoïde se montre à vrai dire peu contagieuse, mais il faut tenir compte de ce fait que beaucoup de personnes ont déjà eu la fièvre typhoïde et jouissent de l'immunité. Quand cette maladie est importée dans un pays où elle était inconnue, comme dans la petite épidémie de North-Boston rapportée par M. Laveran d'après A. Feint, le caractère contagieux du mal devient bien apparent. N'en est-il pas de même pour les fièvres éruptives dont la contagion devient terrible quand ces maladies sont importées parmi des populations encore vierges de leur approche?

M. A. Laveran sépare le *typhus exanthématique* de la fièvre typhoïde ; avec Jenner, Murchison, Griesinger, il estime que ce sont là des maladies spécifiquement différentes, incapables de s'engendrer l'une l'autre, il discute les doctrines de la spontanéité et de la non-spontanéité du typhus encore à l'ordre du jour et il conclut que si le typhus est souvent importé de ses foyers, principalement de l'Irlande et de la Silésie dans les pays voisins, il ne faut pas trop se hâter de dire que le typhus ne peut pas naître de toutes pièces. Certaines épidémies développées à bord de navires encombrés, qui tiennent la mer depuis longtemps, sont bien difficiles à expliquer avec la doctrine soutenue dans ces dernières années par Chauffard ; doctrine d'après laquelle les circonstances du milieu : encombrement, misère, famine, etc..... sont insuffisantes pour provoquer l'apparition du typhus quand la graine fait défaut.

Le typhus à rechute et la typhoïde bilieuse sont étudiées dans le même chapitre ; il paraît démontré, en effet, que la fièvre bilieuse est une forme grave du typhus à rechute ou fièvre récurrente.

La fréquence de *la tuberculose* dans les armées est aujourd'hui un fait bien démontré et l'auteur devait évidemment se proposer pour but, comme il l'a fait, d'établir sur des chiffres précis l'excès de la mortalité par phthisie dans l'armée française. D'après M. A. Laveran on aurait un peu exagéré la fréquence de la tuberculose dans l'armée et la mortalité, par cette cause, serait à peu près la même dans la population militaire et dans la population civile de même âge, résultat qui laisse encore beaucoup à désirer, puisque les conseils de révision écartent autant que possible les phthisiques et les jeunes gens qui, par leur constitution, semblent prédisposés à la tuberculose.

La théorie de la virulence et de la contagion de la tuberculose si bien défendue dans ces dernières années par M. le professeur Villemin est l'objet d'une longue critique ; d'après l'auteur, la tuberculose expérimentale développée chez les lapins, est produite non pas par l'action d'un virus, mais par la migration de particules provenant des foyers caséeux ; on s'explique ainsi comment des inoculations de produits non tuberculeux et même de matières inorganiques ont pu donner lieu à la tuberculose expérimentale absolument comme les inoculations de matière tuberculeuse. Une conséquence logique mais assurément très-grave de cette manière de voir, serait de ne plus considérer la tuberculose comme une affection spécifique, ayant une lésion anatomique caractéristique, mais comme une inflammation des tissus lymphatiques ainsi que le voulait Broussais.

Il y a là encore bien des obscurités ; toutefois ce qui importe, au point de vue pratique, c'est de savoir si la tuberculose est contagieuse ou si elle dépend des influences générales débilitantes auxquelles la plupart des auteurs la rattachent.

L'auteur se range à cette dernière opinion, et c'est sur cette base qu'il cherche à établir une prophylaxie rationnelle.

La tuberculose aiguë est traitée peut-être un peu longuement, mais si l'on reproche à M. A. Laveran de s'être écarté ici de son plan et d'avoir insisté un peu trop sur l'étude symptomatique de cette forme, il pourra aisément plaider les circonstances atténuantes : la tuberculose aiguë est particulièrement fréquente dans l'armée, elle a été étudiée surtout par des médecins militaires, et M. A. Laveran lui-même en avait déjà fait en 1873 l'objet d'un excellent mémoire.

Après un chapitre de généralités sur les maladies virulentes, sur les virus et sur la contagion, les fièvres éruptives ont été étudiées ; mais seulement au point de vue de leur fréquence dans l'armée, de la marche des épidémies, des formes particulières qu'elles prennent parfois et de leur prophylaxie.

L'histoire de la vaccine se rattache naturellement à celle de la variole ; les questions relatives à la nature du virus vaccin, au mode de vaccination, à la vaccine animale, à la syphilis vaccinale, aux revaccinations sont de celles qui intéressent le plus le médecin militaire ; les conclusions auxquelles arrive M. A. Laveran sur tous ces points sont conformes aux enseignements de ces dernières années.

La *bronchite capillaire épidémique* est décrite comme une forme anomale de la rougeole, comme une rougeole des bronches, c'est là ce qui ressort de l'analyse de toutes les petites épidémies de bronchite asphyxique, de catarrhe suffocant, observées dans l'armée ; toujours ces petites épidémies se sont montrées dans les mêmes circonstances chez de jeunes soldats, par des temps très-froids et toujours leur règne a coïncidé avec celui de la rougeole ; du reste, on trouve des formes transitoires nombreuses entre la rougeole qui s'accompagne d'un catarrhe simple des bronches et le catarrhe suffocant dans lequel toute éruption morbilleuse peut faire défaut. Le rapprochement de la rougeole et de la bronchite capillaire est on ne peut plus légitime ; en est-il de même de celui que fait l'auteur entre la *scarlatine* et *la méningite cérébro-spinale?* Le chapitre relatif à la nature de la méningite cérébro-spinale (cette maladie singulière qui en France a sévi presque exclusivement sur l'armée), contient un certain nombre de faits qui tendent à faire considérer la méningite cérébro-spinale comme une transformation de la scarlatine, comme une scarlatine des méninges ; mais, les rapports sont bien moins nets qu'entre la rougeole et la bronchite capillaire épidémique. L'auteur, du reste, ne présente cette théorie que comme une hypothèse qu'il appartiendra aux observateurs à venir d'infirmer ou de confirmer. Si le malheur voulait que cette redoutable maladie vînt encore à sévir sur nos garnisons, il faudrait étudier avec soin ses rapports avec les maladies régnantes et en particulier avec la scarlatine.

Le scorbut occupe la première et la plus grande place parmi les maladies d'alimentation. L'historique des épidémies de scorbut dans les armées est fort intéressant au point de vue même de l'étude étiologique de la maladie, car il montre que le scorbut se développe toujours dans les mêmes circonstances, que ses principaux facteurs, sont ainsi que Bachstrom et Lind l'ont proclamé les premiers : l'absence de végétaux frais et le froid humide ; d'autres circonstances qui coïncident souvent avec le développement des épidémies de scorbut : alimentation insuffisante et uniforme, fatigue, nostalgie, etc... ne jouent que le rôle de causes adjuvantes.

M. A. Laveran discute l'opinion émise récemment par M. le professeur Villemin, à l'Académie de Médecine, opinion renouvelée de Boërhaave, et il conclut que le scorbut n'est pas une maladie miasmatique et contagieuse. Un intérêt tout pratique se cache sous cette discussion, il s'agit de la vie de nos soldats et il est certain qu'on serait très-coupable d'abandonner la voie qui a été suivie depuis Lind dans la

prophylaxie du scorbut ; l'histoire comme on l'a écrite jusqu'ici, semble démontrer que les épidémies du scorbut ont pris fin, quand on a pu procurer aux troupes qui en étaient atteintes des vivres frais en abondance.

L'auteur décrit l'héméralopie immédiatement après le scorbut et ces deux maladies qui règnent souvent de concert ont ont été rapprochées en effet par bon nombre d'auteurs des plus autorisés. M. A. Laveran ne fait pas toutefois de l'héméralopie une forme larvée, incomplète du scorbut, il admet que cette maladie dépend d'une alimentation uniforme, vicieuse, mais non spécialement, comme le scorbut de la privation de végétaux frais. Il est à noter que l'héméralopie a été observée en Russie pendant le carême, sur les populations des campagnes dont l'alimentation est presque exclusivement végétale, c'est-à-dire dans des conditions où ne naît pas le scorbut ; certains faits porteraient à croire que c'est surtout la privation de corps gras qui est la cause déterminante de de l'héméralopie épidémique.

Sous le titre de *Petites Epidémies*, M. A. Laveran décrit les oreillons, la stomatite ulcéreuse, la diphthérite, le goître épidémique, l'ophthalmie purulente et l'acrodynie.

La *stomatite ulcéreuse* du soldat est la même maladie que la stomatite ulcéreuse de l'enfant ; il ne s'agit pas d'une diphthérite buccale comme l'ont soutenu quelques auteurs. D'après M. A. Laveran le rôle de la contagion dans le mode d'extension de la stomatite n'est rien moins que prouvé ; parmi les éléments étiologiques qui ont été invoqués tour à tour, c'est à l'encombrement qu'il attribue le principal rôle.

La diphtérite n'est pas commune dans l'armée à l'état d'épidémie isolée, mais l'auteur a voulu rechercher quel rapport existait entre la diphtérite cutanée et la pourriture d'hôpital si fréquente dans les salles de chirurgie en campagne ; la comparaison de ces deux formes morbides fait ressortir bien plus de différences entre elles que d'analogies.

Le *goître épidémique*, très-commun dans certaines garnisons françaises est étudié avec soin au point de vue de son étiologie et de sa prophylaxie ; rejetant les causes banales invoquées par certains auteurs : action de boire de l'eau froide, efforts nécessités par la marche, etc... l'auteur pense que le goître épidémique relève des mêmes causes que le goître endémique et qu'il faut chercher très-probablement ces causes dans la composition des eaux particulières à certaines localités ; soit que ces eaux renferment un agent spécial que nous ne connaissons pas, soit que l'absence de certains principes nécessaires à l'organisme leur communique leurs propriétés.

Les grandes épidémies comprennent : la peste antique, la peste à bubons, la suette, la grippe, la dengue et le choléra ; toutes ces maladies ne rentrent évidemment pas dans le cadre d'un traité des maladies des armées, aussi M. A. Laveran s'est-il borné à esquisser à grands traits la Pathologie historique de ces maladies. Peut-être aurait-il pu se borner, supposant connue l'histoire de ces épidémies, à détacher les faits exclusivement relatifs aux armées ; mais alors, ainsi isolés auraient-ils été parfaitement compréhensibles ? En tout cas cette partie du livre ainsi comprise eût perdu beaucoup de son intérêt.

Dans le chapitre relatif *au choléra*, M. A. Laveran montre qu'il faut chercher les premiers exemples d'épidémies cholériques dans les armées anglaises des Indes ; avant 1830 aucune épidémie cholérique n'avait régné en Europe sur les armées. L'auteur se range donc parmi les nombreux partisans de l'origine indienne du choléra et il sépare avec soin le choléra asiatique du choléra nostra qui est décrit parmi les maladies saisonnières. La marche du choléra dans les armées en campagne présente parfois un caractère d'acuité tout particulier bien indiqué par les médecins militaires ; les relations des épidémies de la Dobrutscha et du camp du Kyss sont des exemples frappants et bien choisis. Bien qu'il admette l'importation du germe cholérique comme nécessaire à l'éclosion des épidémies, M. A. Laveran n'en reconnaît pas moins que les circonstances de temps et de lieux, que la nature du terrain et l'état de l'atmosphère ont une influence considérable sur le développement des épidémies cholériques et il leur fait une large place dans la prophylaxie.

Plus d'une fois, en effet, soit aux Indes, soit en Europe, soit en Algérie, on a vu que les épidémies meurtrières du choléra s'éteignaient au moment où les armées quittaient des localités basses, humides, encaissées, pour s'élever sur des hauteurs.

Voilà l'énoncé succinct des matériaux élaborés dans ce Traité des épidémies : le lecteur pourra s'assurer qu'il y a encore dans cet ouvrage quelque chose de plus qu'une appréciation de faits déjà connus. Depuis la préface jusqu'à la fin, le souffle indépendant du libre examen remplit les pages : c'est l'avenir, le fonctionnement du service médical militaire qui est jugé avec les aspirations modernes. Ce sont les questions de la mortalité dans l'armée, de la tuberculose, du scorbut, du typhus qui sont présentées avec les convictions auxquelles l'auteur s'est arrêté, sans souci des doctrines hiérarchiques ou académiques, après de sérieuses réflexions.

Vraies ou fausses, de telles opinions exprimées avec l'accent de la vérité, sont respectables et seront accueillies avec sympathie parce qu'elles émanent du désir absolu de voir juste et de dire vrai.

F. P.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Anneau-pessaire.

A propos d'une petite note insérée à la page 619 du n° 43 du *Progrès*, nous avons reçu de M. le Dr Gairal la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier.

A Monsieur le Rédacteur du *Progrès Médical*.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro 43 de votre estimable journal, vous dites que l'anneau pessaire construit sur les indications du Dr Dumontpallier, est une modification de l'anneau pessaire de Meigs et des élastiques du Dr Gairal, de Carignan. Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de venir réparer une erreur bien involontaire de votre part.

L'anneau que M. Dumontpallier a présenté aux différentes sociétés ne peut être une modification des miens puisque, j'ose le dire, cet anneau m'appartient en propre, et que je l'ai expérimenté au commencement de mes recherches en 1844. A cette époque, moi aussi, j'avais songé aux élastiques avec ressorts de montre, et après de nombreuses tentatives, je me suis vu forcé d'y renoncer pour m'arrêter définitivement aux anneaux que j'ai fait connaître il y a déjà longtemps (présentation à l'Académie en 1869, séance du 1er juin).

L'anneau que M. Dumontpallier prétend avoir créé ne remplit que très-imparfaitement le but qu'il se propose. D'abord, son épaisseur n'est pas assez considérable pour permettre au vagin de se réfléchir suffisamment autour de lui, afin de perdre une longueur nécessaire à la formation de la tente, qui doit supporter l'utérus ; car c'est le but principal de l'anneau ; c'est à cela qu'il doit ses succès. Puis, il est trop faible pour offrir aux parois du vagin relâché, dans les descentes un peu fortes, une résistance assez grande pour pouvoir efficacement soutenir la matrice, et il arrivera aux chirurgiens qui en feront usage ce qui m'est arrivé à moi-même, il y a vingt-cinq ans : L'anneau placé pour remédier à une descente accentuée sera entraîné par le poids du vagin et de l'utérus, ne soutiendra pas l'organe, et sera même parfois perdu par la malade. Ensuite, les ressorts de montre qui composent cet anneau s'oxydant en très peu de temps, quoiqu'enveloppés de caoutchouc, peuvent en raison de leur peu d'épaisseur, se rompre dans un temps donné, perforer l'enveloppe qui les recouvre, offrir de grandes difficultés pour être retirés et, comme cela m'est déjà arrivé, amener une perforation du vagin et entraîner des lésions graves des organes environnants. Telles sont les raisons qui m'ont fait depuis longtemps, et après nombreuses expérimentations, renoncer à l'anneau que M. Dumontpallier nous apporte aujourd'hui comme SIEN, pour m'arrêter à ceux dont je me sers maintenant qui ne présentent aucun inconvénient.

Je vous serai obligé, M. le rédacteur, de vouloir bien accorder à ma lettre une place dans les colonnes du prochain numéro de votre journal, et agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr. GAIRAL père,

Carignan, le 27 octobre 1875.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale des maladies de l'Enfance. — *Orthopédie.* M. 1 Dr de SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, reprendra ses leçons le jeudi 18 novembre, à 9 heures La première séance sera consacrée à la trachéotomie. Tous les jours à 8 heure et demie visite des malades et consultations. Le jeudi leçon et opérations. La consultation du samedi sera réservée à l'examen des malades atteints de difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

Maladies des yeux. — M. WECKER a repris ses conférences lundi, 8 novembre, à 2 heures, rue du Cherche-Midi, 55, et les continuera les jeudis et lundis suivants. — *Lundis* : Diagnostic des affections externes et des maladies du fond de l'œil. — *Jeudis* : Cours clinique et opérations.

64. Ozène ; Injections nasales.

Eau de goudron......................	1,000 gr.
Acide phénique cristallisé..............	1

65. Poudre contre le coryza. — (*Van den Corput*).

Sous-azotate de bismuth.......	8 grammes,
Benjoin pulvérisé.............	4 —
Chlorhydrate de morphine......	10 —

Mêlez avec soin et divisez en deux paquets. Dans le coryza, priser chaque our un ou deux paquets. (*Arch. de thérap*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine.— Médecine. — Service de M. le Dr BROUARDEL. Salle Saint-Augustin (H) : 2. Fièvre typhoïde à forme ataxique ; 4. Erysipèle-Endopéricardite ; 13, Pleurésie purulente. Empyème ; 14, Albuminurie; endo-péricardite. — Pavillon III (F) : 3, Granulie ; 19, Fièvre typhoïde.

Service de M. le Dr PROUST. — Salle Saint-Etienne (H) : 2, Pérityphlite ; 6, Phthisie laryngée; 7, Pleuro-pneumonie. — Salle Saint-Eloi (H) : 42, Cirrhose du foie. Erysipèle de la face. — Salle Sainte-Jeanne (F) : 17, Carcinome de la mamelle. Prolapsus utérin sans altération du col ; 6, Syphilide maligne précoce ; 15, Fièvre intermittente chez une femme récemment accouchée; 9, 12, 17 et 22, Hystérie.

Service de M. le Dr PETER. — Salle Saint-Antoine (H) : 5, Pneumonie ; 10, Rhumatisme. Endo-péricardite; 18, Carcinome du foie ; 24, Insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Adélaïde (F) : Hématémèse supplémentaire ; 21, Pleurésie droite. Leçons cliniques le samedi.

Chirurgie. — Service de M. le Dr DUPLAY. — Salle Saint-Joseph : (H) : 35, Rétrécissement du canal de l'urèthre. Uréthrotomie externe ; 47, Abcès sternal de la région inguno-crurale ; 62, Epithélioma du cuir chevelu. — Salle Sainte-Marthe (F) : 2, Ulcération de la main de nature douteuse ; 11, Epithélioma de la région parotidienne. Leçons cliniques et opérations le mardi.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* — Service de M. le Dr BUCQUOY. — Salle Saint-Jean (H) : 3, 5, 6, 17, Pneumonies ; 10, Apoplexie pulmonaire ; 16, Pleurésie purulente; 20. Purpura, stomatorrhagie ; 22, Pleurésie ; — Salle Saint-Philippe (F) : 6, Cancer du rein ; 18, Hystérie, Hémichorée ; 19, Affection cardiaque. Pleurésie. — Salle Sainte-Marie (F) : 3, Cirrhose hypertropique ; 6, Maladie de Bright ; 11, Paralysie générale.

Chirurgie. — Service de M. le Dr DESPRÉS. — Salle Cochin (H) ; 16, Fractures compliquées des deux jambes. — Baraque III (H) : 2, Plaie par arrachement de la main ; 5, Fracture de cuisse ; 6, Contusion chronique du talon ; 10, Tumeurs variqueuses enflammées ; 18, Phlébite de la saphène. Apoplexie pulmonaire — Baraque I (H) : 8, Cancer du rectum; 15, Encéphaloïde des testicules.

Hôpital Lariboisière. — Service du Dr MILLARD. — Salle Saint-Vincent : 3, Fièvre typhoïde; 5, Rhumatisme articulaire aigu ; 7, Pneumonie double; 9, Pleurésie gauche; 11, Affection mitrale. Néphrite parenchymateuse. Epanchement pleural; 12, 14, Affection mitrale ; 20, Pleurésie enkystée du sommet droit; 21, Pleurésie gauche, Bronchite ; 24, Rétrécissement intestinal de cause organique. Tympanite ; 31, Néphrite interstitielle. Congestion pulmonaire. — Salle Sainte-Joséphine : 3 Hémichorée rhumatismale ; 4 Rhumatisme chronique ; 8 Ramollissement cérébral (embolie) ; 10 Péri-métrite ; 11 Phthisie galopante ; 13 Fièvre typhoïde ; 15 bis Hystérie ; 16 Hémoptysie ; 19 bis Métrorrhagie; 25 Paralysie faciale ; 28 Pelvi-péritonite suppurée. Abcès inguinal gauche ; 30 Tumeur cérébrale syphilitique, Amaurose ; 33 bis Kyste des voies biliaires ; 34 Hystéro-épilepsie.

Service de M. GUYOT. — 196 bis Paralysie générale. Erysipèle de la face ; 29 Pleuro-pneumonie ; 33 Fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Elisabeth : 4 Pleurésie purulente. Empyème. Péritonite. Fistule ombilicale ; 8 Insuffisance mitrale; 17 Cancer de l'estomac ayant ulcéré la paroi abdominale. Fistule gastrique ; 23 Pleurésie; 24 Insuffisance mitrale. Hydrothorax. Thoracenthèse ; 32 Rhumatisme.

Service de M. SIREDEY. — Salle Saint-Augustin : 11 bis Endocardite rhumatismale ; 15 Rachitisme. Rétrécissement mitral ; 16 Chorée; 17 Cancer de l'estomac; 21 Insuffisance mitrale ; 22 Fièvre typhoïde; 28 Ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Marthe (crèche) : 1 Sclérodermie. — Salle Sainte-Geneviève : 2 Hystérie; 7, 12, Fièvre typhoïde en convalescence : 11 Métrite parenchymateuse; 19 Affection mitrale; 21 Abcès situé entre la péritonie et la paroi abdominale antérieure ; 22 Paralysie saturnine ; 27 Albuminurie ; 30 Phlegmon périnéphrétique.

Service de M. RAYNAUD. — Salle Saint-Landry : 16 Pleurésie double ; 21 Pleurodynie ; 23 Ataxie locomotrice ; 25 Sciatique ; 30 Fièvre typhoïde ; 32 Broncho-pneumonie. — Salle Sainte-Mathilde : 6 Insuffisance aortique ; 7 Rhumatisme articulaire. Rétrécissement mitral ; 13 Cirrhose du foie ; 15 Hémiplégie hystérique ; 17 Phébite ; 18 Hémiplégie alterne ; 21 Pleurésie. Thoracentèse ; 22 Affection mitrale; 27 Hémianesthésie alterne.

Hôpital des Enfants-Malades, 19, rue de Sèvres. — *Maladies aiguës.* — Service de M. le Dr ARCHAMBAULT, visite à 8 heures et demie. — Salle Saint-Louis : 4 fièvre typhoïde (3 ans) ; 11 Endopéricardrite, Pleurésie ; 15 Kyste hydatique du foie, 23 Fièvre typhoïde; 27 Croup opéré. — Salle Sainte-Geneviève : 1 Coqueluche ; 2 Chorée ; 4 Diabète ; 5 Fièvre typhoïde ; 9 Scarlatine ; 15 Chorée grave ; 20 Fièvre typhoïde. Consultation le mardi. Clinique à l'amphithéâtre à 9 h, et demie.

Service de M. BOUCHUT, à 8 h. et demie. — Salle Sainte-Catherine : 1 Croup ; 2, 3 Angines ; 4 Fièvre typhoïde, 8 Mal de Pott ; 18, 20, 21, 22, 23 Fièvres typhoïdes ; 26 Pneumatose ; 29, 30, 52, à 60 Chorées ; 34, 35 Coqueluches ; 41 Stomatite ulcéro-membraneuse ; 46 Paralysie infantile ; 47 Syphilis. Consultations le lundi. Clinique et examen des malades le mardi.

Service de M. LABRIC, à 8 h. et demie. — Salle Saint-Jean : 7 Croup opéré et guéri après pleuropneumonie double; 9 Fièvre typhoïde ; 11 Insuffisance mitrale , 17 Variole ; 20 Rougeole, 27 Coqueluche; 30 Kyste hydatique du poumon ; 34 Oreillons ; 39 Périostite épiphysaire ; 44 Chorée. Consultation le vendredi.

Service du Dr SIMON (filles). — *Chroniques et Teigne.* — 13 Abcès fosse *iliaque*; 13 Paralysie infantile ; 31 Endopéricardite. Consultation de chroniques le jeudi. Consultation d'aigus le samedi (avec conférence). Clinique le mercredi à 9 h. et demie à l'amphithéâtre.

Service de M. le Dr BLACHEZ (garçons). — 20, 23 Atrophie (suite de paralysie pseudo-hypertrophique). Consultation de chroniques le lundi. Consultation d'aigus le jeudi. Cliniques trois fois par semaine. Cours complémentaires de la Faculté.

Chirurgiens. — Service du Dr de SAINT-GERMAIN, à 8 h. et demie. — Salle Sainte-Pauline : 12 Mal de Pott; 4 Tumeur blanche ; 18 Torticolis. — Salle Saint-Côme : 20 Pleuro-pneumonie ; 7 Fistule urinaire ; 10 Perforation du Palais. Consultations tous les jours sauf le jeudi. Clinique le jeudi à partir du 18 novembre. Orthopédie le samedi. Deux salles sont consacrées aux maladies des yeux (Sainte-Thérèse : filles, Saint-Augustin : garçons).

Concours d'agrégation (Anatomie, etc.). — Les arrêtés pris par l'ex-ministre de l'Instruction publique, M. de Cumont, ne brillaient point par leur clarté. Nous en avons fourni une nouvelle preuve dans notre dernier numéro du *Progrès médical*, en signalant l'absence de toute indication relative à la section des sciences naturelles. L'arrêté du mois de juin 1874 annonçait un concours pour 2 places d'agrégé à la Faculté de médecine de Paris pour la section des sciences anatomiques et physiologiques, 1 à la Faculté de Montpellier, 2 à Nancy ; total, 5 places. Un autre arrêté (3 novembre 1874) portait le nombre des places d'agrégé stagiaire des Facultés de médecine (section d'anatomie et de physiologie) « de 5 à 6 ». Dans le second arrêté, pas plus que dans le premier, il n'était question des sciences naturelles. Or, de nouveaux renseignements nous apprennent que les 6 vacances pour les sciences anatomiques et physiologiques se rapportent non-seulement à ces sciences, mais encore aux sciences naturelles. De telle sorte que c'est à tort qu'on a cru qu'il y avait à la Faculté de Paris 2 places pour les sciences anatomiques et physiologiques, l'une pour les chaires d'anatomie et de physiologie, l'autre pour l'histologie. La réalité est que, en dépit des besoins de l'enseignement, il n'y a qu'une place d'agrégé. L'agrégé nommé a donc à faire face aux exigeuces de trois chaires. Il serait partant vivement à désirer que M. Wallon réparât les fautes de son prédécesseur, en créant une deuxième place d'agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques.

Nous devons faire remarquer encore que les tristes conséquences de la mesure prise par M. de Cumont et qui consiste, on se le rappelle, à faire concourir à Paris, pour les Facultés de médecine de Montpellier et de Nancy, continue à produire les plus tristes résultats. Ainsi, pour les deux places vacantes à Montpellier (anatomie, 1; zoologie, 1) il y a *un* candidat; pour celles de *Nancy*, *zéro* candidat.

Enfin, et cela nous surprend étrangement de la part de M. de Cumont, l'ouverture du concours a été fixée, *par lui*, au 14 novembre. Or, le 14 novembre tombe le *dimanche!*

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le prof. RICHET reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 13 novembre 1875, à huit heures du matin, et les continuera tous les jours à la même heure. Les leçons dans l'amphithéâtre auront lieu les mardis et samedis, à neuf heures et les opérations à dix heures.

Cours de pathologie externe. — M. le professeur DOLBEAU commencera son cours le 13 novembre 1875, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M le professeur LE FORT commencera son cours le samedi 13 novembre 1875, à quatre heures et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur DUGUET, agrégé, suppléant M. le professeur Axenfeld, commencera son cours de pathologie interne le lundi 15 novembre, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis, à la même heure.

Clinique de la Faculté : Maladies des Enfants. — M. Blachez, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera son cours le samedi 13 novembre, à neuf heures, et le continuera les jeudis et samedis suivants. (Le jeudi, conférence clinique à la consultation.)

MORTALITÉ DE PARIS. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 5 novembre, on a constaté 813 décès, savoir : Variole, 1: — rougeole, 3 ; — scarlatine, 4 ; — fièvre typhoïde, 32 ; — érysipèle, 5 : — bronchite aiguë, 30 ; — pneumonie, 43 ; — dyssenterie, » ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7 ; — choléra nostras, » ; — angine couenneuse, 12 ; — croup, 16 ; — affections puerpérales, 5 ; — autres affections aiguës, 213 ; — affections chroniques, 382 dont 159 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 47 ; — causes accidentelles, 13.

LONDRES. — Population, 3.445.160 habitants. Décès du 24 au 30 octobre, 1477, savoir : Variole, 1 ; — rougeole, 24 ; — scarlatine, 128 ; — fièvre typhoïde, 14 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite, 157 ; pneumonie, 64 ; — dysenterie, 3 ; — diarrhée, 35 ; — choléra nostras, 2 ; — diphthérie, 17 ; — croup, 16 ; — coqueluche, 49.

L'ALIÉNÉ DE SAINT-OMER. — Voici de nouveaux renseignements sur le malheureux événement de Saint-Omer dont nous avons entretenu nos lecteurs. D'après le journal *Le Droit*, la Cour de Douai, sur les réquisitions du ministère public, vient d'évoquer l'instruction de cette affaire. De plus, d'après les résultats de cette instruction « plusieurs fonctionnaires pouraient être traduits devant la juridiction criminelle. » Nous saurons donc bientôt toute la vérité.

CRÉATION D'UN ÉTABLISSEMENT POUR LES ALIÉNÉS. — C'est avec la plus vive satisfaction que nous avons appris que, dans la session qui vient de finir, le conseil général du département a, sur la proposition de M. le Préfet, décidé en principe la création d'un établissement pour les aliénés en Algérie ; et voté une somme de *soixante-quinze mille francs*, destinée à l'achat d'une propriété et aux frais de première installation de l'asile (*Alger médical*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de physique générale*. — M. le professeur Gavarret a commencé son cours de physique générale le mercredi 10 novembre, à midi, et continuera ses leçons les mercredis et vendredis suivants.

Externat. — Suite des questions. — 4 novembre : Psoas-iliaque ; — 6 novembre : Crosse de l'aorte.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE NANCY. — M. le Dr G. Vautrin, en premier assistant de la clinique ophtalmologique de M. A. Desmarres fils, de Paris (années 1864, 1865, 1866 et 1867), a été autorisé, en date du 21 avril 1875, par M. le ministre de l'instruction publique, à faire à Nancy un cours libre d'ophthalmologie, M. le Dr Gustave Vautrin, vient d'ouvrir dans la même ville, une clinique (institut ophtalmologique) pour le traitement des maladies des yeux. A partir du 16 novembre 1875, les consultations gratuites auront lieu les mardis, jeudis et samedis de une heure à deux heures. — Examens ophtalmoscopiques, les mardis et samedis. Opérations le jeudi (*Gaz. des Hôp.*)

VACANCES MÉDICALES. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine

CHIRAY (H.) — Des causes anatomiques de la cataracte spontanée, in-8° de 41 p. 1 fr. 25.

EXCHAQUET (TH.) — D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur, in-8° de 93 p. 2 fr.

GALLE (P. E.) — Shang-haï au point de vue médical, in-8° de 80 p. 2 fr.

HÉLIOT (A.) — Contribution à l'étude de la consanguinité, in-8° de 77 p. 2 fr.

MAGNIER DE LA SOURCE (L.) — Contribution à l'étude des métamorphoses et du dosage de l'acide urique. In-8° de 44 p. 1 fr. 50.

RICHARD (E.) — De l'opportunité de l'anus artificiel dans les cas de tumeurs du rectum, in-8° de 56 p. 1 fr. 50.

VAFFIER (A.) — Du rhumatisme syphilitique, in-8° de 84 p. 2 fr.

ZAMBIANCHI (A.) — Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate, in-8° de 55 p. 1 fr. 50.

Librairie LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro d'*octobre* vient de paraître. Un an : Paris, 18 fr. ; départements, 20 fr.

FENWICK (S.) Manuel du diagnostic médical, guide de l'étudiant en médecine et du praticien. Ouvrage traduit sur la 3e édition anglaise et annoté avec l'autorisation de l'auteur, par Ossian, G. Edwards, E. Lacroix et J. Germain. In-8° de 420 pages avec 101 fig. intercalées dans le texte. 5 fr.

ARMAINGAUD. — La ville de Bordeaux est-elle menacée d'une épidémie de fièvre jaune ? Rapport présenté à la Société de médecine de Bordeaux. 1875.

HUGHLINGS JACKSON. Clinical and physiological Researches on the nervous system. N° 1 : On the localisation of movements in the Brain. In-8° de 38 p.

— A Physicain's notes on ophthalmology. In-8° de 38 p.

— The syphilitic affections of the nervous system. In-8° de 18 pages.

SEGUIN (C.) Hystérical symptoms in organic nervous affections. In-8° de pages .16

Aux bureaux du **PROGRÈS**

CHARCOT (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies par BOURNEVILLE. 2e série, 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos ABONNÉS, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière* ; in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. — 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte ; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux ; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr. ; pour nos ABONNÉS, 2 fr. 50. — Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25 ; pour nos ABONNÉS, 4 fr. 75 (*franco*).

CORNIL (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. BUDIN. In-8 de 92 p. Prix 2 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr. *franco*.

LANDOUZY (L.). De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. In-8 de 64 pages.

MARCANO (G.) De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon. In-8. 50 cent.

MARCANO (G.) Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate et de la hernie crurale étranglée. In-8. 50 cent.

PATHAULT (L.) Du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques. In-8° de 46 p. avec six fig. dans le texte, 1 fr. 25.

TERRILLON. Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 centimes.

THAON (L.) — Recherches cliniques et

anatomo-pathologiques sur la tuberculose, in-8° de 104 pages, avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50 — Pour nos abonnés 2 fr. 50 *franco*.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59 RUE DU PLESSIS.

BOURNEVILLE. Notes et observations cliniques sur la fièvre typhoïde. In-8 de 80 pages avec 4 planches en chromo-lithographie, et 2 planches noires, 3 fr.

3e ANNÉE. — N° 47 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 NOVEMBRE 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. le professeur **BEHIER**.

De la pellagre sporadique

Leçons recueillies par les docteurs H. LIOUVILLE et I. STRAUS.

DEUXIÈME LEÇON. — 18 juillet 1875. (1)

Messieurs,

Ainsi : alimentation mauvaise et insuffisante, de quelque nature qu'elle soit, peines morales prolongées ; travail excessif sans réparations suffisantes, en un mot, *la misère, la misère physique et morale*, celle qui résulte de la nature des choses, de l'ingratitude du sol comme celle qui tient à une administration défectueuse, aux charges de l'impôt et aux exigences ruineuses du fisc, c'est là la seule, l'unique cause de la pellagre endémique. Des circonstances analogues venant à agir non sur une population entière, mais sur des individus isolés, donneront naissance à la pellagre sporadique ; dans les asiles d'aliénés, mêmes causes encore, produisant les mêmes effets.

Cela est si vrai que l'on voit toujours l'endémie pellagreuse suivre les variations de la prospérité publique. En 1775, dit M. Bouchard, en 1801, en 1805, en 1806, la misère était grande, la pellagre sévit avec une fréquence et une intensité inaccoutumée. En 1819 et en 1820, au contraire, au dire de Chiappa, la pellagre diminua dans la proportion de 50 0/0, ce que l'on peut attribuer à l'abondance des récoltes des années 1817, 1818 et 1819.

Toutes les causes capables de débiliter l'organisme prédisposent donc à ce syndrôme complexe que l'on a désigné du nom de pellagre. Rien n'est fréquent comme de rencontrer, dans le protocole des autopsies de pellagreux, la mention d'altérations tuberculeuses des poumons et de l'intestin ; dans un cas observé par M. Landouzy (une femme de la campagne) on trouva un cancer de l'estomac. L'autopsie de notre malade de la salle Sainte-Jeanne est on ne peut plus instructive à cet égard ; aussi vais-je vous la relater avec quelques détails :

Autopsie faite le 15 juillet 1873, par le Dr H. Liouville, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Cavité crânienne. — Crâne dur, épais. A droite, sous la dure-mère, suffusion sanguine sous-méningée et néo-membranes vasculaires qui existent également sur la convexité de l'hémisphère gauche (léger degré de pachyméningite hémorraghique.) Caillots thrombosiques nombreux dans les sinus, dont quelques-uns ont une coloration et une structure qui indiquent leur ancienneté : toutefois pas d'œdème sous-arachnoïdien.

L'encéphale est examiné sur des coupes symétriques multiples. Dans l'*hémisphère gauche*, pointillé rouge (foyers d'apoplexies capillaires) existant dans la substance blanche, mais surtout nombreux dans le corps strié et dans la couche optique ; à ce niveau, on rencontre un vaisseau oblitéré par un caillot sur une étendue de 2 centimètres, et dont la distribution correspond à la zône où le piqueté hémorrhagique est le plus intense.

Dans l'hémisphère droit, à la pointe du lobe antérieur, foyer volumineux (de l'étendue d'une mandarine) d'encéphalite récente, entourée d'une zône ramollie, jaune-hortensia. Ce foyer confine à la méninge qui, à cet endroit, présente une large tache rouge sombre, où les vaisseaux méningiens se détachent comme autant de lignes noires ; ces vaisseaux sont indurés et remplis de caillots qui les oblitèrent. L'artère sylvienne de ce côté est légèrement scléro-athéromateuse, mais sa lumière est libre. — Dans ce vaste foyer d'encéphalite hémorrhagique, on ne trouve aucun néoplasme ayant préparé la lésion, pas de tubercule, de gliôme ou de cancer.

Les parois du ventricule latéral offrent aussi un état piqueté et le microscope y démontre l'existence de nombreux anévrysmes des gaînes.

Les deux nerfs optiques offrent un état scléreux, opalin ; ils sont diminués de volume, indurés, et leur coloration grisâtre se distingue des autres nerfs crâniens. Il en est de même des bandelettes optiques jusqu'aux tubercules quadrijumeaux ; ceux-ci, les inférieurs surtout, sont grêles et comme atrophiés (il faut se rappeler que le malade avait perdu les yeux depuis sa première enfance).

Cavité thoracique. — *Poumons* adhérents des deux côtés. A droite et au sommet, zône de pneumonie chronique avec granulations tuberculeuses ; emphysème à la base. — Dans le poumon gauche, pas de trace de pneumonie chronique ni d'emphysème ; uniquement quelques rares granulations tuberculeuses disséminées. Mais les deux lobes de ce poumon gauche sont le siége de noyaux hémorrhagiques dont la grandeur varie de 2 à 3 centimètres à quelques millimètres seulement ; du reste pas d'hypostase notable.

Epanchement séreux, non sanguinolent, dans le péricarde.

Cœur petit, un peu ramolli ; la fibre ne paraît pas altérée à l'œil nu ; pas de lésions valvulaires. Caillots mous, récents dans les cavités droite et gauche ; néanmoins, à la pointe du cœur droit, caillot fibrineux polypiforme.

Cavité abdominale. — Hypertrophie notable des *ganglions mésentériques*, formant un chapelet à grains volumineux ; à la section, ils sont composés d'une masse dure, comme charnue, d'apparence jaune et caséeuse.

Foie mou, de teinte jaune ; vésicule distendue par un liquide vert-tendre, non visqueux.

Les reins paraissent normaux ; on distingue bien quelques zônes blanchâtres, mais ils ne sont ni mamelonnés ni ratatinés. Les capsules surrénales ne présentent rien de particulier.

Rate rouge, de consistance normale.

L'estomac, dans sa portion cardiaque offre une hypérémie peu intense, mais qui, par places, va jusqu'à déterminer de véritables hémorrhagies ; ces lésions s'arrêtent brusquement et comme par une ligne de démarcation à la partie moyenne de l'estomac. *Duodénum* fortement hypérémié et parsemé d'apoplexies sous muqueuses. Rien d'analogue sur le reste de l'intestin ; mais plus loin, sur l'*iléon* et à mesure qu'on se rapproche de la valvule de Bauhin, on rencontre des ulcérations tuberculeuses tout à fait caractéristiques ; la surface de la valvule qui regarde l'iléon en est littéralement criblée, celle qui regarde le gros intestin est simplement hypérémiée, hypérémie qui se retrouve sur quelques parties de la muqueuse du colon.

On voit combien ces lésions sont multiples, mais en même temps on peut se convaincre qu'aucune d'elles n'est spécifique et de nature à caractériser un processus spécial. Il n'est aucune de ses altérations qui ne puisse se produire sous l'influence des causes communes telles que l'épuisement, la fatigue et les privations, le travail exagéré et l'insolation. De là, l'usure et la déchéance de tout l'organisme, de là l'éclosion de la tuberculose, cette compagne si habituelle de la misère. De là, la débilité et le défaut de résistance de la plupart des organes. Alors la peau se défend mal contre les agents extérieurs et spécialement contre les rayons du soleil ; le tube digestif à son tour est plus impressionnable, plus exposé aux catarrhes et aux ulcérations ; la muqueuse respiratoire présente aussi la même vulnérabilité ; enfin les lésions tant inflammatoires que dégénératives que l'insolation et l'alcoolisme provoquent du côté du cerveau et des méninges entraînent après

(1) Voir les nos 45 et 46.

elles tout le cortége des troubles psychiques, depuis l'apathie et la mélancolie jusqu'à la manie et la démence. Ainsi s'expliquent tout naturellement les trois symptômes cardinaux de la pellagre, les troubles cutanés, digestifs et cérébraux avec leur marche intermittente ou rémittente et leurs recrudescences vernales. Il y a intérêt à ce sujet, à rapprocher de la pellagre les grandes maladies de misères, celle par exemple que Virchow a observée en 1851, en Allemagne (Die Noth im Spessart, Würzbourg 1852) ou bien la terrible famine de Belgique de 1846 à 1847, si éloquemment décrite par Mœrsmann. Ces deux épidémies faméliques avaient régné en hiver ; aussi les phénomènes d'insolation font-ils défaut ; mais du premier abord, dans le détail complexe des symptômes, on en relève un certain nombre qui rappellent traits pour traits les caractères de la pellagre : ce sont la tristesse, l'affaiblissement de l'intelligence, la tendance au suicide, l'œdème cachectique, la diarrhée incoercible et jusqu'à la sécheresse et la desquamation de l'enveloppe cutanée. C'est le même mal, *le mal de misère* avec une autre allure et sous un autre climat.

Après cette discussion et l'interprétation aussi complète que possible du fait clinique dont vous avez été témoins, j'espère, Messieurs, que vous partagerez mon sentiment et que vous ne verrez point dans ce qu'on a appelé la pellagre une entité morbide spéciale, une maladie spécifique. C'est purement et simplement *une cachexie*, dans le sens que lui attribuait Sauvages, une détérioration lente et profonde de l'économie, conséquence de l'inanition et de la misère. Je sais bien qu'on m'objectera que les cas que j'ai observés n'étaient que des cas simulant la pellagre, des *pseudo-pellagres*, comme on dit ; mais alors que l'on me montre par quel caractère distinctif cette fausse pellagre diffère de la pellagre vraie et légitime.

Pour être complet, je devrais, en terminant cette leçon, vous soumettre des conclusions thérapeutiques et instituer un traitement, car c'est là, et je fais en sorte que vous ne l'oubliiez jamais, le but suprême et le couronnement de toute recherche clinique. Malheureusement, nous ne pouvons ici que formuler des indications ou plutôt émettre des vœux qu'il appartient à d'autres de réaliser. C'est en améliorant le sort des populations, en assainissant les campagnes, en rendant le travail plus assuré et plus fructueux, en réprimant l'alcoolisme et les vices qu'engendre la misère, que l'on parviendra à triompher de ces endémies tenaces, de quelque nom qu'on les appelle : *pellagre, scorbut, cachexie famélique, typhus de la faim* qui déciment notre espèce. L'économie politique s'est donnée pour mission de résoudre ces terribles problèmes ; mais, il faut bien le reconnaître, cette science si riche en promesses, si pauvre jusqu'ici en résultats, n'a guère encore donné la solution du problème social et du bien-être des peuples. C'est au médecin surtout qu'il appartient de protester contre l'incurie générale et d'appuyer sur des bases positives et scientifiques cette poursuite du progrès dont notre époque se vante si volontiers. Trop souvent, sans doute, sa voix ne trouve pas d'écho et est étouffée par l'ignorance et le préjugé, ou par la routine administrative ; mais ce n'en est pas moins là une des plus belles prérogatives du médecin ; il y doit puiser encore plus d'amour pour cette science qui l'élève au-dessus des puissants et qui lui impose ce noble devoir de revendiquer, sans relâche, les véritables droits de l'humanité.

Herborisation. — M. Bureau fera une herborisation à Montmorency, le dimanche 21 (Recherches des plantes cryptogames.) — Départ de Paris par le train de 10 h. 35 (Gare du Nord).

Un guérisseur de cancer... diplomate. — Un guérisseur célèbre... par les affiches dont il couvre les coins de rues, et par quelques cures radicales, au nombre desquelles il faut compter la cautérisation d'une carotide, et de nombreux seins bien portants, vient d'être accrédité auprès du ministre des Affaires étrangères, comme représentant d'une des puissances de l'Europe. Nous ne pouvons que féliciter aussi M. Ducros d'avoir, dans les dernières heures qu'il a passées à Lyon, reçu cérémonieusement la visite de ce personnage, sans doute dans le même cabinet où il donnait audience à MM. Bouvier et Coco. (*Lyon médical*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — M. Guyon.

Hernie inguinale étranglée chez un enfant de treize mois. — Opération (*kélotomie*), guérison.

Observation et réflexion par **Kirmisson**, interne des hôpitaux.

L'étranglement herniaire est chose rare parmi les nouveau-nés et dans le cours de la première enfance ; rares sont aussi les opérations de kélotomie faites à cet âge: pour s'en convaincre, il suffit de consulter sur ce point les divers auteurs. M. le professeur Gosselin, dont l'autorité est si grande en pareille matière, dit à ce propos : « Ces hernies des enfants nouveau-nés, s'étranglent très-rarement, je n'en ai vu, pour ma part, aucun exemple. » — Holmes remarque aussi qu'il est extraordinaire de voir l'étranglement chez les enfants. « A l'hôpital des Sick-Children, je ne sache pas, dit-il, que durant les treize années qui se sont écoulées depuis la date de la fondation de cet établissement, il ait fallu une seule fois y pratiquer une opération nécessitée par un pareil accident..... Personnellement, j'ai été appelé à voir une ou deux fois des faits de ce genre, mais dans chacun d'eux, j'ai réussi à obtenir la réduction avec le secours de la glace et du chloroforme. » — Guersant signale également la rareté de ces faits ; d'après lui, Pott a perdu en deux jours un enfant atteint d'une hernie étranglée. Gooch a vu mourir un enfant de six semaines. Dupuytren a opéré un enfant de vingt jours (1). Goyrand en a opéré un de quatre mois, qui a guéri, et Roux un de deux ans. Guersant, lui-même, a vu plusieurs cas d'étranglement qu'il a pu, en général, réduire par le taxis aidé du chloroforme, même chez des enfants de six semaines et deux mois. « Rarement, dit-il, nous avons eu occasion de pratiquer l'opération, et, dans celles que nous avons pratiquées, nous avons eu un succès sur trois, les seules que nous ayons pratiquées. »

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, M. Giraldès a fait deux fois la kélotomie chez des enfants : dans un cas, il s'agissait d'une hernie ombilicale, dont l'observation a été publiée, l'autre était une hernie inguinale, et le résultat n'a pas été noté. M. Marjolin n'a pas opéré d'enfants: deux fois il a fait la réduction de hernies étranglées chez de très-jeunes sujets. Notre maître, M. Guyon, a eu l'occasion de réduire une hernie chez un enfant âgé de moins de deux ans. M. Panas a opéré à Saint-Antoine, en 1868, une petite fille qui a guéri. M. Guéniot a fait la kélotomie à un enfant de quatre mois, qui a succombé.

C'est la rareté de ces accidents qui nous engage à publier un fait de hernie inguinale congénitale étranglée, que nous avons eu occasion d'observer récemment dans le service de notre maître M. Guyon, à l'hôpital Necker :

Butté Clément, âgé de treize mois, entre avec sa mère à l'hôpital Necker, le 22 juin 1875. Cet enfant porte du côté gauche une hernie inguinale dont sa mère a reconnu pour la première fois l'existence il y a trois mois. Un bandage fut immédiatement appliqué et depuis lors il n'a cessé d'être maintenu en place nuit et jour ; mais dès que l'enfant était dans la position verticale la hernie s'échappait au-dessous du bandage. A plusieurs reprises, il y eut des coliques et des vomissements ; néanmoins la santé générale était bonne, lorsque le dimanche soir 20 juin l'enfant commença à se plaindre.

(1) Voir page 688.

Avertie par les accidents antérieurs, la mère regarda du côté de la hernie, qu'elle trouva sortie au-dessous du bandage et un peu plus grosse que de coutume. L'enfant continua à jeter des cris, et vers minuit il commença à vomir. Les vomissements, d'abord alimentaires, prirent le lundi matin l'aspect et l'odeur des vomissements fécaloïdes. Un médecin appelé alors tenta le taxis, pendant un temps très-court et sans chloroforme. Le lundi soir le taxis ayant échoué de nouveau, il proposa l'opération qui fut repoussée. Mais les vomissements continuant et les selles étant complétement supprimées depuis le début des accidents, la mère se décida le mardi matin à apporter son enfant à l'hôpital. A son entrée, on constate dans l'aine gauche la présence d'une hernie inguinale irréductible, du volume d'une grosse noix, avec empâtement et rougeur à la peau. La palpation de la tumeur donnait une sensation de fluctuation annonçant la présence d'une assez grande quantité de liquide dans le sac. Le testicule gauche n'était pas descendu dans les bourses. Le pouls était très-fréquent, la respiration accélérée, la peau chaude, le facies altéré. Aucune tentative de réduction ne fut faite et M. Guyon fut immédiatement appelé. En son absence M. Lucas-Championnière vint, et, après avoir endormi le petit malade, fit une tentative très-courte de réduction, qui demeura sans résultat; dès lors il pratiqua l'opération séance tenante. Le sac incisé couche par couche donna écoulement à une assez grande quantité de liquide sanguinolent et laissa voir dans son intérieur une anse intestinale d'un rouge violacé turgide, à surface un peu dépolie. Le testicule fut aperçu dans le sac à la partie supérieure et externe: un débridement multiple fut pratiqué en bas et en dedans, et la réduction fut faite non sans quelque difficulté à cause des efforts de l'enfant qui repoussaient au dehors l'intestin. Deux points de suture furent placés avec des fils d'argent l'un en haut superficiel, l'autre en bas, profond, comprenant, avec la peau, toute l'épaisseur des parois du sac. La plaie fut pansée avec de l'amadou imbibé d'acide phénique. Pendant les premières heures qui suivirent l'opération, les accidents persistèrent, mais dans la nuit, il y eut une selle, et le lendemain matin le petit malade bien qu'ayant encore une fièvre assez vive allait mieux. La mère continua à lui donner le sein et on suppléa par du lait à l'allaitement maternel insuffisant. Le pansement fut laissé en place.

Le 24 au matin l'enfant continue à s'alimenter; le ventre est souple, les bords de la plaie sont un peu rouges et tuméfiés; le point de suture superficiel est enlevé et on panse avec un cataplasme de fécule.

Les jours suivants rien de particulier à noter. Le dimanche 27, l'enfant a été souffrant pendant la nuit, a eu de la diarrhée; cependant le ventre est toujours souple, la plaie a bonne apparence; le point de suture profond qui a coupé la peau est enlevé.

Le mardi 29, l'enfant commence à prendre de la nourriture; le 4 juillet, il quitte l'hôpital; son état général est excellent, la plaie est presque linéaire et couverte de bourgeons charnus. L'enfant a été revu, le 16 juillet: il est très-bien portant et sa plaie est entièrement cicatrisée.

Ce fait s'ajoutant à ceux que nous avons précédemment signalés, semble démontrer que l'étranglement herniaire n'a pas chez l'enfant une gravité plus grande que chez l'adulte, et que le jeune âge n'est pas une contre-indication à la kélotomie. Ainsi donc, en présence d'un cas semblable, on devra essayer d'abord le taxis avec chloroforme, et, s'il échoue, recourir à l'opération qui aura d'autant plus de chance de réussite qu'elle sera pratiquée plus tôt. C'est à cette prompte intervention, et surtout à l'allaitement maternel qui plaçait l'enfant dans d'excellentes conditions hygiéniques que nous paraît dû le succès dans le cas particulier.

Nécrologie. — M. le Dr Nicolas, médecin de l'hôpital de Vichy vient de mourir. Il était âgé de 62 ans.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Laurent-Magloire est nommé préparateur de physique.

CHIMIE MÉDICALE

Note sur un cas d'urine bleue; considérations sur la nature probable de la matière bleue contenue dans certaines urines;

Par **A. ROBIN**, interne des hôpitaux.

Cette urine a été rendue par une malade de la clientèle de M. le docteur Maillard (de Dijon); c'est une hystérique, âgée de 35 ans, d'une remarquable obésité, qui a présenté à diverses reprises des accidents paralytiques, amaurotiques, etc.; très-névropathe. Il y a un mois, elle éprouva une vive douleur intercostale du côté droit, avec irradiations dans la région lombaire: quand cette douleur cessa, la malade rendit une petite quantité d'urine bleue. Depuis cette époque, elle eut une seconde crise douloureuse semblable à la première, qui se jugea aussi par une émission d'urine bleue.

Caractères de l'urine bleue. — Elle est rendue en petite quantité; son émission est douloureuse. Elle n'est pas complétement bleue d'emblée, mais elle est précédée par une urine dans le sédiment de laquelle on aperçoit une grande quantité de matière bleue, et dans l'émission qui la suit, l'urine contient aussi une notable proportion de cette matière:

Densité de la première urine.......	1,015,5
— de l'urine bleue............	1,025
— de l'urine consécutive......	1,018

Elle est très-trouble; son odeur n'est pas urineuse, mais se rapproche de celles qu'exhalent certains bains de teinture (indigo, garance): sa réaction est très-acide; sa couleur est d'un bleu indigo très-foncé, avec reflets violets; par réflexion, elle est plutôt violette, mais, par transparence, elle est absolument bleue. Elle laisse un dépôt considérable, d'un bleu cuivré. Au microscope, on trouve des masses d'un bleu très-pur, sans traces de cristallisation; des cellules de la vessie et du vagin, dont le noyau et les granulations sont colorés en bleu pâle, et un grand nombre d'algues et de sporules. Chauffée, l'urine perd ses reflets bleus, devient violet-rougeâtre. Filtrée, elle reste bleu pâle, mais l'exposition à l'air et la fermentation lui donnent un ton rouge vineux, tirant sur le violet.

L'urée et l'acide urique sont très-diminués. La proportion des phosphates paraît peu influencée: après la fermentation, les dépôts de l'urine filtrée contiennent beaucoup de phosphates de chaux et ammoniaco-magnésien. Proportion appréciable de silice.

De la matière bleue. — Un peu soluble dans l'eau; à peine soluble dans l'alcool et l'éther, même à chaud; insoluble dans chloroforme essence de térébenthine, benzine. Insoluble dans les alcalis. Soluble dans l'acide sulfurique, avec coloration rose qui, en peu d'instants, devient rouge orangé. Soluble dans l'acide chlorhydrique avec une magnifique couleur carmin (réaction caractéristique). Peu soluble dans l'acide acétique, qui ne modifie pas sa couleur. Précipitée en bleu par les alcalis de ses solutions acides. Coloration mauve avec le chlorure de zinc. Décoloration par l'acide azotique et les composés chlorés. Chauffée, elle dégage du carbonate d'ammoniaque et une huile brunâtre, empyreumatique. Au rouge, elle disparaît sans résidu.

Quelle est la nature de cette matière bleue? — Y a-t-il simulation? Non.

Preuves cliniques. — M. le docteur Maillard a étudié le cas avec le plus grand soin, a fait rendre des urines devant lui, et affirme que le caractère de la malade exclut toute idée de simulation.

Preuves chimiques. — La matière bleue rendue ne ressemble en rien à aucune des matières bleues connues, dont voici le texte: indigo, tournesol, bleu de Prusse, bleu d'outremer, violet d'oseille, bleu de Campêche, hématéine, bleus et violets d'aniline (azuline, violet Hoffman, bleu de Lyon, etc.).

Ressemble-t-elle à une des matières bleues contenues dans l'urine? — Hippocrate, Galien, Actuarius, Bellini, Davach de la Rivière, Garnier, Braconnot, Julia, Cantin ont signalé des urines bleues. Les auteurs qui ont étudié les matières bleues de l'urine leur ont donné des noms divers: urocyanose, uroglaucine, indican, indigose, cyanourine, etc.; d'autres ont

admis que les principes colorants étaient des matières biliaires, du bleu de Prusse, etc. On n'admet plus aujourd'hui qu'une seule matière indigogène, l'indican, qui, par dédoublement donnerait l'uroglaucine ou bleu d'indigo.

On peut voir, par l'examen des réactions ci-dessus décrites, que notre matière bleue ne ressemble en rien à l'uroglaucine. Mais elle offre avec la cyanourine de Braconnot les plus grandes analogies : cette cyanourine, niée par la plupart des auteurs, existe donc; ce n'est pas, comme on le prétend, un principe colorant biliaire ; elle ne ressemble en rien à l'uroglaucine à laquelle les urologistes ont voulu l'assimiler ; c'est un composé spécial, sur la nature duquel nous ne sommes pas encore fixé ; mais nous avons commencé, dans le laboratoire de M. Thénard, des recherches, afin d'élucider ce point obscur. Nous nous bornons, pour le moment, à établir ce seul fait : la matière bleue, décrite par Braconnot sous le nom de cyanourine, existe véritablement.

Quelle est l'origine de cette matière?

Braconnot, n'ayant pas trouvé d'acide urique dans l'urine qu'il a examinée, crut que la matière bleue était un produit de la transformation de cet acide. Notre urine contenait de l'acide urique, mais en petite quantité, il est vrai.

A priori, nous nous posons les hypothèses suivantes, que nous essaierons de résoudre :

1° Parmi les dérivés par oxydation de l'acide urique, se trouvent des corps colorés bleus, tels que la violantine, etc.; la cyanourine ne serait-elle pas semblable à l'un de ces corps et ne dériverait-elle pas, par oxydation, de l'acide urique ?

Ce serait alors un intermédiaire entre l'acide urique et l'urée, intermédiaire plus oxydé que l'acide urique, moins oxydé que l'urée.

2° Nencki a décrit, parmi les produits de l'action du suc pancréatique sur les matières albuminoïdes, un principe du nom d'indol, dont l'indigogène urinaire serait un dérivé. La cyanourine aurait-elle une origine de même ordre et sa présence dans l'urine pourrait-elle servir à mettre sur la voie d'une affection pancréatique ?

Dans un travail ultérieur, nous donnerons l'hypothèse à laquelle nous nous serons rallié, d'après les résultats de nos recherches, à moins que ces deux hypothèses ne s'évanouissent elles-mêmes devant l'expérience.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Suite de la discussion académique sur les troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.

Il est à craindre que l'Académie ne voie bientôt s'éteindre d'elle-même cette discussion qui paraissait tout d'abord devoir fournir à de longs et sérieux débats. C'est qu'en effet, la question scientifique ayant été abandonnée pour le côté administratif, la savante compagnie n'a plus eu dans ce sens qu'un horizon restreint à parcourir, surtout lorsqu'un de ses membres, ayant qualité à ce sujet, réclamait pour un autre Conseil officiel, la priorité des avis à présenter, si tant est qu'ils fussent demandés. Toutefois, nous croyons savoir que tout n'est point dit encore sur la question d'origine de l'amétropie oculaire.

Est-il permis de rechercher pourquoi le fond même du sujet a été à peine effleuré ? Pourquoi les moyens d'examiner les troubles de la vue chez les conscrits n'ont pas été jugés à fond ? L'accord n'existe pas cependant entre les académiciens du tournoi. Il n'est point même jusqu'à l'étiologie de la myopie qui ne soit une question grosse d'orages.

Il faudrait juger de cet abandon — car la plupart des académiciens désertèrent leur fauteuil quand le sujet vint à l'ordre du jour, le 2 novembre — il faudrait juger, qu'en général peu d'intérêt s'attache à la discussion. Mais on compte sans un vétéran de la tribune académique qui ne s'en tiendra pas à la partie administrative, et rallumera la querelle scientifique.

Quoi qu'il en soit, trois membres de l'Académie ont prononcé, en cette circonstance, des discours importants : ce sont MM. M. Perrin, Legouest et Giraud-Teulon, dont nous analyserons les travaux en cherchant à séparer très-nettement le côté scientifique et le point de vue administratif. Celui-ci paraît devoir être abandonné en dernière analyse par M. Giraud-Teulon lui-même, qui ne tient plus ni à ses propositions, ni à ses amendements, jusqu'à connaissance exacte des désirs et des droits de l'Assemblée. Sur le second : entre physiologistes modernes, s'il reste quelques points de doute quant à l'emploi des méthodes, l'accord existe sur les principes. De telle sorte que déjà, à la fin de la séance du 2 novembre, les deux partis ont été renvoyés dos à dos, après échange de courtoisies et même de coquetteries scientifiques — ce dont la vertu inaltérable de M. J. Guérin s'est aussitôt alarmée.

Le discours de M. Perrin, répondant à la première communication de M. Giraud-Teulon, date du 12 octobre. Dans sa dernière partie consacrée à l'examen des propositions d'ordre administratif, l'orateur déclare que l'emploi de l'ophthalmoscope n'est point *toléré* dans les conseils de révision, mais qu'il est au contraire d'un usage courant. Depuis quinze années, les générations de la médecine militaire sont exercées à l'emploi du miroir d'Helmoltz. En somme, ces propositions pour lesquelles M. Giraud-Teulon demande l'approbation de l'Académie constitueraient un vote de défiance contre les experts du conseil de révision. Nous réservons, bien entendu, la partie scientifique de ce remarquable discours par lequel M. Perrin a confirmé, une fois de plus, ses hautes qualités d'orateur.

M. Giraud-Teulon, le 19 octobre, a protesté contre les interprétations qu'on voudrait *par erreur* donner à ses propositions. Il n'a pas oublié que dans son enseignement la majorité de son auditoire appartenait à l'armée de terre et de mer. L'expert qu'il demande est donc un deuxième médecin militaire : par une bonne raison, ajoute-t-il, c'est qu'on en trouverait difficilement d'autres aujourd'hui.

Toutefois, retenant malgré lui d'une main, ce qu'il abandonne de l'autre, — et nous sortons alors tout à fait de l'ophthalmoscopie — M. Giraud Teulon exprime le désir que le médecin civil soit introduit dans les conseils de révision, suivant une idée exprimée, dit-il, par Donders, à Bruxelles : « que le médecin civil suive et accompagne le jeune citoyen jusqu'au seuil de la condition militaire. »

Absolument, dirons-nous, comme le prêtre assiste un condamné ! — Il est peut-être dangereux d'exprimer de pareilles formules dans les circonstances où se trouve notre pays. Le service militaire, doit-il donc être considéré comme une corvée dont il faut chercher, par tous les moyens possibles à se débarrasser ? L'orateur ne craint-il pas de proposer un nouveau moyen de ce genre? N'est-il pas évident qu'un conflit permanent résulterait de cette dualité du médecin civil et du médecin militaire ? Que le premier, tourmenté avant et après le conseil de révision par ses clients, voudra faire exempter le plus possible ? Que le second tombera nécessairement dans l'excès contraire ?

Nous ajouterons encore, que si pour la Hollande, où tout

le monde n'est pas soldat, M. Donders a parlé des commissions mixtes, nous avons aussi entendu les médecins spécialistes et militaires de Belgique et de Hollande, se plaindre amèrement de ces luttes inutiles et fatigantes qui se produisent dans les séances de révisions. De ce même congrès de Bruxelles, et en opposition formelle avec M. Donders, nous n'avons pas oublié les opinions d'un savant ophthalmologiste français, M. Javal, qui, après expérience personnelle, en 1870, du mode de fonctionnement de nos conseils, a réclamé contre toute innovation incompatible avec nos mœurs, déclarant qu'il fallait conserver le calme, la justice, le libre arbitre de l'expert unique et instruit. L'opinion de M Javal qui connaît les lois de son pays vaut peut-être autant que celle de M. Donders, auquel notre organisation militaire est peu familière.

Hâtons-nous de dire qu'après avoir plus longuement étudié nos réglements sur les conseils incriminés, M. Giraud-Teulon a trouvé pleine satisfaction dans cet article, qui accorde le délai, l'enquête et même l'adionction, à titre consultatif, d'un autre médecin pour les cas rares et litigieux. Il résume alors son argumentation en deux points :

1° Adhésion aux résolutions du congrès de Bruxelles pour la partie scientifique ;

2° Etablir auprès de chaque conseil de révision un service spécial, militaire, pour l'ophthalmologie.

L'intervention du président du conseil de santé des armées, en même temps académicien, était devenue nécessaire dans le débat. Envisageant la question dans son application pratique, et sans oublier l'opinion défavorable aux experts militaires qu'aurait pu faire naître la première communication, bien modifiée depuis lui, il est vrai, de M. Giraud-Teulon, M. Legouest a déclaré que les ophthalmologistes, de l'Académie même, n'étant pas encore d'avis uniforme *sur le meilleur mode de détermination de l'amétropie*, M. le Ministre de la Guerre ferait peut-être bien de s'en tenir, jusqu'à plus ample information, à l'avis de son conseil ordinaire, lequel comprend non-seulement la partie médicale, mais aussi tous les comités des armes savantes, habitués à reconnaître les exigences de la vision dans le service militaire. Remontant aux développements de la loi sur la révision, le président du conseil de santé démontre que les textes du 10 mars 1818, du 21 mars 1832, du 16 août 1872 ont toujours tenu à éloigner la dualité médicale et les discussions devant le conseil. Pour juger ce système, il suffirait de lire les dispositions pénales relatives aux médecins, avant et pendant le conseil de révision.

Ces quelques mots ne peuvent donner une idée de ce discours incisif, suivant l'expression et l'impression de M. Giraud-Teulon. Les arguments étaient en effet directs, singulièrement appropriés et surtout inflexibles comme la justice militaire.

M. Giraud-Teulon s'est ému de cette argumentation *ad hominem*, dont il s'était assurément exagéré l'importance ; les dénégations du premier orateur, l'accolade mutuelle qui suivirent en sont une preuve agréable à tous. Cependant, il est résulté de cette controverse acerbe, un débat extra-scientifique et bientôt une fatigue générale, caractérisée par le départ de nombreux académiciens.

M. Giraud-Teulon, dans sa réponse, distingua très-habilement entre la première question résolue par son amendement, et la partie ophthalmologique sur laquelle il n'y a désaccord ni entre lui, ni entre l'Ecole du Val-de-Grâce, ni entre l'Ecole d'Utrecht. Mais ce qu'il ne saurait accepter, c'est : 1° la rédaction incomplète de l'instruction ministérielle qui fait trop souvent loi aux yeux des membres non-médicaux du conseil. C'est : 2° la fin de non-recevoir opposée par M. Legouest au vote demandé. Toutefois, l'orateur reconnaît qu'il y a là une difficulté à lever, par un vote primitif d'opportunité ; jusqu'à cette époque il ne voit pas d'urgence, à retirer ses dernières propositions.

En terminant, M. Perrin tient à faire remarquer que les vœux présentés soit à l'Académie, soit à Bruxelles, existent depuis vingt ans, dans ses ouvrages et dans son enseignement à quelque différence minime dans les chiffres.

« Si tout le monde est d'accord, dit M. le Président de l'Académie, la discussion est inutile, » et les rares académiciens qui avaient assisté au début de cette lutte assez vive, purent voir les champions échanger de courtois adieux.

Telle fut la fin de cette période législative. Il en résulte un enseignement précieux pour tous les médecins civils et militaires ; c'est qu'ils doivent étudier à fond les maladies des yeux, ainsi que toutes les méthodes d'explorations modernes, sous peine de sentir dans leurs flancs l'aiguillon de la critique, cet apanage assurément heureux de tout esprit français et surtout médical.

M. Jules Guérin discutera prochainement quelques points scientifiques : nous en profiterons pour exposer la question peut-être trop négligée, de la mesure de l'amétropie en résumant aussi la partie scientifique de la discussion.

F. PONCET (de Cluny).

Hôpital des Enfants malades. — Ouverture du cours complémentaire de la Faculté et des leçons de M. de St-Germain.

Samedi dernier, M. le docteur Blachez a commencé ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants. M. Blachez a débuté par l'étude d'un symptôme propre à l'enfance, les *convulsions*, en éliminant, cela s'entend, celles qui surviennent dans le cours des névroses chez les jeunes sujets, et dont l'étude doit être faite à propos de l'hystérie, de l'épilepsie, etc.

Le professeur est principalement parti de cette donnée clinique que dans les premiers temps de la vie, la convulsion remplace le délire dans les affections aiguës ; tandis, en effet, que chez l'adulte toute excitation directe du cerveau cause un trouble d'ordre psychique, indépendamment des troubles moteurs : chez l'enfant au contraire, les fonctions intellectuelles sont encore à l'état latent, et l'excitation cérébro-spinale se produit presque exclusivement par une manifestation motrice, la convulsion tonique ou clonique. En outre, la moelle épinière a acquis un développement plus considérable que celui du cerveau, d'où la facilité des convulsions réflexes qui ne se manifestent que rarement chez l'adulte ; tel est le cas des accidents si émouvants qui peuvent cesser, comme par enchantement après l'avulsion d'une dent ou l'expulsion d'un entozoaire.

Après ces données de pathologie générale, M. Blachez a décrit avec le plus grand soin toutes les conditions d'hérédité et d'étiologie des convulsions, ainsi que les nombreuses précautions à prendre pour étudier tant à l'Hôpital qu'en ville un symptôme aussi fugace et dont l'interprétation clinique est souvent fort difficile.

Samedi prochain, à 9 h. 1/2, le professeur finira cette étude intéressante et commencera sans doute à traiter des lésions médullaires dans le cours du mal de Pott comme il l'avait annoncé dès sa première clinique. Il abordera ensuite la description des principaux symptômes de la pathologie infantile. Enfin, il se propose d'étudier l'alimentation des enfants en bas âge.

Malgré la pauvreté du service qui lui est échu, M. Blachez n'a pas laissé dégénérer l'enseignement complémentaire de la Faculté, et a conquis dès cette première leçon la sympathie d'un nombreux auditoire.

On remarquera du reste l'activité clinique qui règne à l'Hôpital des Enfants où MM. Bouchut, Archambault, et J. Simon font chaque jour de la semaine d'intéressantes et substantielles conférences.

— Les leçons de Chirurgie des Enfants ont également recommencé le jeudi 18 novembre. M. le Dr de Saint-Germain, comme les années précédentes, a consacré sa première leçon à l'étude de la trachéotomie après avoir toutefois appelé pendant quelques instants l'attention de ses auditeurs sur le traitement de l'hydrocèle à propos d'un cas qui s'était présenté dans le service.

M. de Saint-Germain, après avoir rappelé en quelques mots l'historique de la trachéotomie et rendu à la mémoire de Bretonneau et de Trousseau un légitime hommage, a abordé l'étude des conditions dans lesquelles le chirurgien ou le médecin sont ordinairement appelés à pratiquer cette opération. — Il a ensuite insisté sur toute une série de détails préliminaires, tels que le mode d'éclairage (l'opération étant souvent faite pendant la nuit), le choix des aides, la position à donner à la tête de l'enfant, la fabrication du coussin, grâce à laquelle on peut parfois suppléer à l'incompétence des aides, enfin une foule de petits faits sur lesquels on insiste trop peu dans les traités classiques, et dont l'ensemble pourtant acquiert une importance considérable au point de vue du succès d'une opération, bénigne en elle-même, et qui ne tire sa gravité que de la maladie qui la rend nécessaire.

Ajoutons qu'avec une verve rare, M. de St-Germain a émaillé sa clinique d'une foule d'anecdotes spirituelles et de traits ingénieux, dont chacun a laissé une vérité gravée dans l'esprit de ceux qui l'écoutaient : aussi, ne doutons-nous point que le public nombreux qui se pressait dans le petit amphithéâtre de l'hôpital des Enfants, ne s'y retrouve assidûment à chaque leçon du jeudi. H. de Boyer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 novembre 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Pouchet, en observant des homards à l'époque de la mue, a constaté la production, au voisinage des antennes, de vibrations qui se propagent à une certaine distance. Elles sont dues au muscle antennaire qui a une structure toute spéciale : la fibre, dépourvue de myolemme, est formée de fibrilles très-minces, rectilignes et séparées les unes des autres par des espaces considérables. Ces espaces sont occupés par une substance granuleuse, à noyaux arrondis. On retrouve du reste une disposition analogue de la fibre dans d'autres régions qui sont également le siége de vibrations rapides, telles que les ailes des insectes et la queue des serpents à sonnettes. Sur le rôle de ce muscle antennaire on peut émettre deux hypothèses : est-il destiné à détacher le test ancien, ou doit-il produire des sons? Cette dernière hypothèse semble légitimée par la disposition du nerf acoustique, qui se rend à la fois à ce muscle et aux organes de l'audition.

M. Brown-Séquard, à l'appui de ses récentes communications sur les effets de la cautérisation du cerveau, montre à la Société des chiens et des lapins, qui ont été soumis à cette expérience. Outre le ptosis, la contraction pupillaire, l'élévation de la température auriculaire déjà signalées, on observe chez ces animaux de la paralysie ou de la contracture du train postérieur, surtout du côté où a été faite la cautérisation. Il y a en outre dans les membres, surtout le membre antérieur, une diminution notable du sens musculaire. Du reste M. Brown-Séquard a observé ou relevé dans les auteurs un grand nombce de faits de paraplégie consécutifs à des lésions uni-latérales du cerveau.

Si, après avoir cautérisé un lobe du cerveau, on coupe le cou à un animal, les convulsions, constantes après les sections de la moelle lorsque le cerveau est intact, n'existent pas du côté correspondant à la lésion cérébrale. Il semble donc qu'il existe une action d'arrêt du cerveau sur la moelle.

M. Hayem demande si l'examen de la moelle et des méninges a été pratiqué. Peut-être pourrait-on attribuer à une inflammation ou à une congestion par propagation de la moelle et de ses enveloppes des symptômes tels que la contracture et la paraplégie.

M. Brown-Séquard, tout en reconnaissant que la moelle n'a pas été examinée, objecte à cette manière de voir, l'intégrité dans certains cas des mouvements du train antérieur. Il ne saurait donc y avoir propagation des lésions, et on ne peut qu'invoquer une action nerveuse à distance.

M. Hallopeau rapproche de ces expériences un fait qu'il a observé chez un individu atteint d'hémorrhagie cérébrale : les réflexes avaient disparu dès le lendemain de l'attaque dans le membre du côté opposé à la lésion.

M. P. Bert a étudié, au moyen de l'oxygène comprimé, les phénomènes qui se produisent dans les fruits qui mûrissent après avoir été détachés de leurs arbres.

On sait que l'oxygène comprimé tue les organismes vivants qui président aux *vraies fermentations*, tandis qu'il est sans action sur les diastases des *fausses fermentations*. Comme ces fruits, soumis à l'action de l'oxygène comprimé, ne mûrissent pas, il est évident qu'il y a dans ce cas, non des phénomènes purement chimiques, mais des transformations vitales des cellules. Par la même méthode, M. P. Bert démontre que le *blettissement* est dû à l'action d'un ferment du genre des diastases.

M. Dupuy présente à la Société le cerveau d'un animal chez qui le sympathique droit avait été coupé : le cerveau, la moelle et le cervelet du côté droit sont atrophiés.

M. Brown-Séquard rappelle qu'il a pratiqué deux fois la même expérience et qu'il a constaté des résultats analogues. En sectionnant les deux sympathiques, il a obtenu une atrophie des deux moitiés du cerveau.

M. Chouppe communique à la Société un fait clinique intéressant. Chez un individu, atteint de névralgie cervico-faciale très-douloureuse, il applique des pointes de feu à la base de la nuque du côté droit. Le lendemain apparition de phénomènes très-graves du côté cautérisé : photophobie intense, congestion très-vive de la conjonctive et des paupières, contraction de la pupille. Tous ces symptômes disparaissent en 24 heures. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre. — Présidence de M. Gosselin.

M. Broca demande à présenter une observation sur un chapitre du volume de la Statistique de la France déposé sur le bureau. Cet ouvrage, très-bien fait d'ailleurs, très-complet, appelé à rendre de signalés services, contient au chapitre V un paragraphe intitulé : *Progrès de l'aliénation mentale*, dans lequel il est dit que le nombre des aliénés prend des proportions toujours croissantes. En 1861, la statistique officielle indique le chiffre 22.5 pour 10.000 habitants ; en 1866, 23, 8 pour 10.000 ; et en 1872, 24, 4 pour 10.000.

La progression est manifeste ; mais avant de s'en effrayer, il faut savoir sur quelles bases elle repose.

En 1861 et dans les années précédentes, on ne comptait que les aliénés traités dans les établissements spéciaux. Depuis, et avec juste raison, on s'est efforcé de faire entrer en compte les malheureux soignés dans leur famille ; d'où pour les années suivantes un accroissement facile à expliquer. — Le chiffre le plus récent, 24, 4 a été établi sur cette base; mais il a été obtenu par une erreur matérielle de calcul. M. Broca a vérifié l'opération mathématique et a trouvé qu'au lieu de 24, 4, il fallait lire 23, 7, chiffre encore très-élevé a la vérité, mais qui n'a rien d'inquiétant quand on songe aux souffrances morales et physiques de tout genre qui ont affligé notre malheureux pays dans ces derniers temps. De sorte qu'il y a lieu de modifier la statistique imprimée et d'effacer ce titre effrayant PROGRÈS *de l'aliénation mentale* pour le remplacer tout au moins par celui de : ETAT STATIONNAIRE *de l'aliénation.*

Une lettre dans ce sens a été du reste adressée par M. Broca au Directeur de la statistique de la France.

M le Dr METZQUER donne lecture d'un travail intitulé : *Suite des expériences sur la non-inoculabilité de la tuberculose.*—L'auteur a déjà lu à l'Académie, sur le même sujet, un premier mémoire, dans lequel il annonce que ses expériences n'ont point corroboré les faits avancés par M. Villemin. De nouvelles recherches l'ont amené à contredire absolument la théorie de M. Villemin et à poser les conclusions suivantes, appuyées sur plus de 130 observations expérimentales : 1° Les animaux inoculés qui meurent dans les 6 semaines après l'inoculation ne sont pas phthisiques, malgré les nodules d'*apparence tuberculeuse* que l'on trouve dans leurs poumons. 2° Les animaux inoculés qui survivent plus de 6 semaines ne sont pas phthisiques, parceque les nodules d'apparence tuberculeuse sont résorbés. — Ce travail est renvoyé à la Commission déjà nommée pour l'examen du premier mémoire.

M LEVEN continue la lecture de son mémoire sur les fonctions et les mouvements de l'estomac (*suite*). — De nouvelles recherches anatomiques ont montré que les parois de l'estomac dans sa portion gauche renfermaient les fibres musculaires longitudinales et en anses dont les contractions sont peu énergiques ; tandis que les fibres musculaires de la portion droite sont circulaires et se contractent très-fortement. Cette disposition est en rapport avec les fonctions de la muqueuse qui contient des glandes pepsinifères à gauche, et des glandes simplement muqueuses à droite. Quand l'estomac est rempli de liquides, les contractions stomacales sont faibles et totales ; quand il contient des substances solides, les contractions sont très-puissantes surtout dans la portion pylorique qui possède même des mouvements antipéristaltiques.

Le suc gastrique n'agit en aucune façon sur les aliments azotés. Il les ramollit seulement, et facilite par là l'action des muscles de l'estomac dont le principal usage est de diviser les substances solides. — La séance est levée a 4 h. 1/2. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

22. Recherches sur l'anatomie microscopique du favus ;
par M. CH. RÉMY, interne des hôpitaux.

Il s'agit de godets faviques, recueillis les uns par M. Lancereaux sur le cuir chevelu et les parties découvertes d'un tuberculeux, les autres par M. Landouzy sur un jeune enfant de l'hôpital des Enfants malades. Les pièces ont été conservées dans l'alcool et traitées au picro-carminate d'ammoniaque.

A. — *Rapports du favus avec les parties constituantes de la peau.*

La couche épithéliale de la peau peut être subdivisée en deux parties : couche cornée ou imperméable, et couche muqueuse ou imbibée de sucs qu'elle emprunte aux vaisseaux des papilles. Le champignon s'attaque à la seconde couche ou réseau muqueux ; le godet est quelquefois recouvert par la couche cornée, il refoule sur ses bords des amas épithéliaux qui entrent, pour une certaine part, dans la saillie de sa circonférence. Il s'insinue en quelque sorte au-dessous de la couche cornée.

Au-dessus du favus, l'épithélium est granuleux, blanchi et comme desséché. Il ne persiste pas longtemps, on n'en trouve bientôt plus que des débris qui restent entre les papilles, avec lesquelles le godet tend à se mettre en rapport.

Le favus contracte une adhérence marquée avec ces papilles, qu'on peut voir saillantes et hypertrophiées sous le favus. Elles sont fréquemment le siége de prolifération cellulaire; pas d'inflammation. L'adhérence se fait par l'intermédiaire d'une substance fortement granuleuse, sur laquelle, après le traitement au pinceau, on peut voir les bouts adhérents rompus des tubes faviques.

Les papilles sont fortement hypertrophiées et vascularisées, le derme voisin et superficiel également ; les anses vasculaires sont gorgées de corpuscules sanguins qui ne sont séparés des champignons que par une mince membrane cellulaire.

Dans le cas de M. Landouzy, on pouvait observer autour d'un vaisseau capillaire, une multiplication de noyaux. Nous avons pu constater, avec notre collègue, de la périlymphangite en plusieurs points au-dessus du favus. Les lymphatiques étaient reconnaissables à leur collerette de cellules plates entourées de cellules qu'on peut prendre ou pour des cellules embryonnaires ou pour des globules blancs épanchés.

Dans quelques cas, sur les bords du favus, multiplication embryonnaire ; l'altération reste superficielle et les parties profondes du derme sont intactes.

Parvenu au sommet des papilles, le favus ne détruit pas toujours le revêtement épithélial, en totalité ; ou voit persister de longues languettes épithéliales.

Dans le cas que nous avons pu observer, les glandes sudoripares n'ont pas été altérées, ni les glandes sébacées, ce qui nous met un peu en contradiction avec les opinions actuelles.

La lésion s'étend à la *gaîne du cheveu,* mais pas constamment et on peut voir des préparations dans lesquelles un cheveu traversait le favus, cheveu et gaîne étant sains ; quand ils sont altérés, c'est par la gaine que s'étend la lésion. Le parasite se propage par de longs sarments qui s'anastomosent en rampant entre la gaîne et le cheveu ; la lésion ne s'étend que rarement en profondeur vers le bulbe du cheveu ; rarement le parasite est assez abondant pour écarter le gaine du cheveu.

Au niveau du favus, ou plutôt au point de la gaîne atteinte, le cheveu se fendille en languettes carrées, mais le parasite ne le pénètre pas. L'altération du cheveu est donc plus rare qu'on ne l'a décrit, et, si l'on a trouvé des cheveux couverts de parasites, nous croyons que c'est à cause de la méthode d'arrachement du cheveu.

B. — *Etude du parasite lui-même.*

Je ne veux pas revenir sur la forme des spores et des tubes caractéristiques du champignon, mais sur son aspect *in situ.*

On peut décrire trois portions à la croûte que forme le favus sur les téguments : 1° Une partie tout-à-fait profonde constituée par des tubes fins, parallèles à peu près et verticaux par rapport au plan de la peau, qui sont en rapport direct avec la papille ; 2° Au-dessus se trouve une masse granuleuse, mal définie, mélange de détritus granuleux, de tubes et de spores ; 3° enfin, une couche formée par un mélange de spores libres ou en chainons ovoïdes, et de tubes à mycélium volumineux.

Les spores ont un peu moins du diamètre des globules du sang et presque la même couleur, mais sont beaucoup plus réfringents. Nous pouvons affirmer que nulle part le parasite ne pénètre dans les vaisseaux.

Le diamètre des tubes initiaux est le 5e des globules du sang, les spores à mycélium sont plus volumineux.

La *coupe de la croûte* se termine d'ordinaire inférieurement par une courbe représentant la courbe extérieure du godet. Cette courbe repose par son summum sur les papilles du derme, puis s'élève peu à peu dans une proportion en rapport avec les altérations de l'épithélium. Enfin, la saillie circonférentielle du favus est formée par une saillie de la couche cornée et quelques néoplasmes inflammatoires. Cette courbe offre quelques prolongements dans la gaine des cheveux. Nous proposons cette nouvelle explication de l'ombilication

du godet, qui ne nous semble pas spécialement produite par la présence centrale d'un cheveu. (Bazin.)

L'humidité semble être nécessaire au développement du favus, qu'on voit détruire par dessèchement la couche épithéliale pour arriver aux vaisseaux des papilles, où il trouve une nourriture facile.

L'anfractuosité que forme la dépression épidermique de la gaîne du cheveu, aidée du suintement des liquides destinés à rendre le cheveu onctueux, fait que les conditions de développement du champignon y sont réunies. De là vient la nécessité de l'extirpation du cheveu et son importance au point de vue de la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LE FORT.

M. PERRIN présente une thèse soutenue par M. Hocquard, thèse qui contient 15 observations de *rétinite pigmentaire*. Dans un de ces cas, l'examen microscopique a pu être fait par M. PONCET, qui en lit aujourd'hui la relation à la Société.

M. MARJOLIN lit la seconde partie de son rapport sur l'*insuffisance des ressources pour le traitement chirurgical des enfants dans les hôpitaux de Paris.* Voici quelles sont les conclusions du rapporteur : 1° Nécessité d'augmenter le nombre des lits d'enfants malades ainsi que des nourrices allaitant les enfants ; 2° nécessité d'abaisser l'âge d'admission des enfants, pourvu qu'ils soient sevrés ; 3° envoyer chaque jour au bureau central le mouvement des hôpitaux d'enfants malades, afin que les lits ne restent pas inoccupés ; 4° Ne plus autoriser l'admission des enfants dans les hôpitaux d'adultes — supprimer la division de *chroniques et d'aigus* ; 5° construire hors Paris des hôpitaux pour y envoyer les convalescents ; en élever deux dans Paris pour des quartiers qui en sont privés ; 6° créer des salles de rechange et d'isolement ; des cours couvertes pour la récréation — isoler les ophthalmies purulentes, les teignes, établir un service d'épileptiques. (Ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.)

M. TRÉLAT présente une tumeur qu'il vient d'enlever ; elle était située dans le creux poplité. Croyant d'abord à une tumeur d'origine syphilitique, il fit suivre au malade un traitement qui n'amena aucun résultat ; au contraire, la tumeur augmenta de volume. M. Trélat, après avoir pris l'avis de M. Verneuil, se décida à opérer ; la tumeur lui paraît d'abord facilement énucléable ; le nerf sciatique poplité externe étalé sur la tumeur est écarté, mais le doigt porté en haut indique qu'à la tumeur fait suite un autre renflement. L'examen complet du sciatique permet de reconnaître qu'il est entièrement envahi par ces tumeurs moniliformes jusque sous le muscle grand fessier. Ne pouvant enlever le nerf dans son entier, le chirurgien n'extirpe que la tumeur poplitée, c'est un myxome de la dimension d'un gros œuf.

M. TILLAUX rappelle que l'année dernière M. Delore (de Lyon) fit une communication sur la cure du genou valgus. Sa méthode consistait à faire reposer le côté externe du membre inférieur sur un plan résistant et à produire sur la convexité interne du genou une pression suffisante pour amener le redressement brusque du membre. Il a modifié à peine cette manière de procéder ; il place la face interne de la cuisse sur le bord d'une table et se sert de la jambe comme de levier ; il lui a été facile ainsi de redresser les genoux d'un jeune garçon qu'il présente à la Société. Il est âgé de 16 ans et fortement constitué ; pas de rachitisme. Avant l'opération, les deux genoux se touchant, les malléoles internes étaient distantes de 16 centimètres ; outre que la marche était fortement gênée, ce jeune homme ne pouvait plus porter aucun fardeau, M. Tillaux pratiqua donc le redressement brusque, et après deux mois de séjour dans un appareil inamovible, le succès était complet. Il y a un an qu'il a été opéré ; la marche lui est redevenue beaucoup plus facile et il a pu reprendre son état. Mais depuis quelques jours il ressent dans le genou droit des douleurs lancinantes analogues à celles que produisent les corps étrangers de cette articulation. D'où cela provient-il? c'est ce que M. Tillaux se demande. Cette opération est-elle bonne ou mauvaise ? C'est ce qu'il n'est pas à même de dire encore ; il a opéré à peu près depuis un an une demi-douzaine de cas semblables qui ne lui ont pas donné le même résultat que dans le cas présent. L. B.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur la chloroformisation par un mélange titré d'air et de chloroforme; par P. BAUDELOCQUE.

Depuis quelque temps la question des anesthésiques et surtout du chloroforme est souvent le sujet de discussions devant les sociétés savantes : la thèse de M. Baudelocque dont les expériences fort intéressantes ont été faites dans le laboratoire de M. Paul Bert, vient confirmer l'opinion de ceux qui pensent que le chirurgien avant d'opérer, doit attendre que l'anesthésie chloroformique soit complète, elle apporte un nouveau contingent d'observations et de preuves à la loi exposée par MM. Budin et Coyne, sur les modifications de la pupille pendant l'anesthésie, et elle montre aussi qu'il faut bien se garder de confondre l'anesthésie chloroformique avec l'anesthésique asphyxique.

Il y a deux parties dans le mémoire de M. Baudelocque : dans la première il étudie l'action du chloroforme employé seul ; dans la seconde, l'action du chloroforme associé à la morphine. — Pour obtenir l'anesthésie et en même temps pour éviter tout accident, il faut que le chloroforme soit mélangé à l'air ; le titre du mélange aéro-chloroformé, capable de produire l'anesthésie complète chez les chiens, est de 20 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air ou de 3,90 pour 100 en volume. Tel est le résultat auquel est arrivé l'auteur : il est le même que celui obtenu jadis par M. Gréhaut. — Si on produit, non pas l'anesthésie chloroformique, mais l'anesthésie asphyxique, au lieu d'avoir l'immobilité et la contraction de la pupille, on observe, comme l'ont également montré MM. Budin et Coyne, une dilatation de cet organe. M. Baudelocque a en même temps constaté que le sang artériel coulant dans la crurale avait alors la même coloration foncée que celui qui circulait dans la veine.

Lorsque le chloroforme est associé à la morphine, on obtient des effets différents. Après avoir injecté sous la peau 6 à 8 centigrammes de morphine, on obtient l'anesthésie avec une dose beaucoup moins considérable de chloroforme ; mais si l'on obtient l'insensibilité complète, il est remarquable que les centres nerveux n'ont pas perdu avec cette dose moindre leur pouvoir réflexe : il est possible par des excitations de diverse nature, et surtout par l'excitation galvanique des nerfs sensitifs, de provoquer la dilatation pupillaire, l'accélération des battements du cœur et des mouvements respiratoires. Or, comme l'ont indiqué un certain nombre de chirurgiens et surtout M. Maurice Perrin, cette persistance du pouvoir excito-moteur des centres nerveux présente quelques dangers Quand on a administré préalablement la morphine, pour éteindre le pouvoir excito-moteur des centres nerveux, par rapport aux actions réflexes de la vie organique, il faut employer la *même dose* que lorsque le chloroforme est administré seul.

Tels sont les résultats auxquels une expérimentation bien dirigée a conduit M. Baudelocque, résultats que nous avons cru devoir signaler, car ils présentent une certaine importance au point de vue pratique.

VARIA

Hernie inguinale étranglée chez un enfant de 20 jours.

Voici un résumé du cas auquel il est fait allusion dans le travail de M. Kirmisson. — « Un exemple de hernie inguinale étranglée chez un enfant de vingt jours s'est offert, le mois dernier, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. M. Dupuytren, après avoir constaté ce genre d'affection, a pratiqué l'opération ; mais l'enfant a succombé aux accidents inflammatoires suivis de suppuration, qui sont survenus dans la portion du mésentère qui occupe la fosse iliaque droite. Bien que les cas de hernies inguinales soient assez fréquents chez les nouveau-nés, on ne connaissait aucun exemple d'étranglement à cet âge. (*Nouvelle Bibliothèque. médic.* 1828. T. II p. 141.

Nomination du Dr Lombe Atthill, Dublin.

Il existe à Dublin deux hôpitaux destinés aux accouchements: « *The Coombe Lying in Hospital* » et *the Rotunda Lying in Hospital* ». — Ce dernier est le plus important et il a une réputation universelle. A la tête de cet hôpital est un accoucheur qui en est en même temps l'administrateur : on l'appelle le *Master*. Le master est nommé pour sept ans. Les fonctions du Dr Georges Johnson étant arrivées à leur terme, on dut lui désigner: un successeur. Deux candidats se présentaient le Dr Cronyn et le Dr Lombe Atthill. Le Dr Lombe Atthill fut élu à une forte majorité. Il possède déjà une grande autorité comme gynécologiste et comme accoucheur. Il a publié un livre très-condensé, véritable manuel très estimé sur les maladies des femmes; il a beaucoup étudié, et l'un des premiers, les cautérisations intra-utérines, et c'est lui qui porta devant la Société obstétricale de Dublin la question des injections de perchlorure de fer destinées à arrêter les hémorrhagies graves survenant au moment de la délivrance. La plupart des masters de la *Rotunda* se sont rendus célèbres par de remarquables travaux, il suffit de citer les Drs Clarke, Collins, Macliutock, Johnson etc.

Personne ne doute que le Dr Lombe Atthill ne suive dignement leurs traces. Il est du reste actuellement Président de la Société obstétricale de Dublin.

Une nouvelle Faculté de médecine à Lille.

Le Président de la République française; — Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ; — Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu, — Décrète :

Art 1er. — Il est établi à Lille une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, à laquelle devront s'appliquer les lois et réglements qui régissent les Facultés actuellement existantes.

Art 2. — Les offres contenues dans la délibération du Conseil municipal de Lille, en date des 12 juillet 1872, 14 août et 21 octobre 1875, sont acceptées.

Art 3. — A l'époque de l'ouverture de la nouvelle Faculté, la moitié des professeurs sera nommée par décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après avis du Comité consultatif de l'enseignement supérieur. Les autres chaires seront confiées à des chargés de cours. Dans le délai de quatre années il sera pourvu, par décret, à la nomination des professeurs desdites chaires, sur la présentation des professeurs déjà en exercice et sur celle du Conseil académique de Douai, sans qu'il puisse être fait toutefois plus de trois nomiuations par année.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret. Fait à Versailles, le 12 novembre 1875.

Maréchal de MAC-MAHON, duc de MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, H. WALLON.

Ecole de Médecine de Paris.

Deux Commissions ont été nommées pour examiner, l'une, la question relative aux cours libres, l'autre, les fonctions qu'il convenait d'attribuer aux assesseurs. La première composée de MM. Broca, Charcot, Chauffard, Dolbeau, Gavarret et Sappey, s'est rapidement acquittée de son mandat et, dès cette semaine, les cours libres de l'École pratique ont recommencé. Les modifications apportées à l'ancien ordre de choses sont les suivantes : 1° L'autorisation est accordée ou refusée par la Faculté et non plus par le Ministre ; auquel, toutefois, la décision doit être soumise ; — 2° L'annonce sera faite pour tous les Cours libres sur une affiche blanche qui sera apposée par les soins de la Faculté, dans les mêmes endroits que les affiches des Cours officiels et là seulement ; — 3° Les professeurs libres qui, sans motifs plausibles, suspendront leurs leçons, se verront refuser à l'avenir une nouvelle autorisation.

Reconstruction de l'Ecole pratique et des Cliniques d'accouchement.

Projet de loi. — Le Président de la République, décrète : Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à l'Assemblée nationale par le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier. — Il sera procédé à la reconstruction de l'Ecole pratique et des cliniques de la Faculté de Médecine de Paris à frais communs par l'Etat et la ville de Paris, conformément à la Convention, passée entre le Ministre de l'Instruction publique et le Préfet, annexée à la présente loi.

Art. 2 — Il est affecté aux dépenses à la charge de l'Etat autorisées par la présente loi, un crédit de 2.370.000 fr. réparti en trois annuités ainsi qu'il suit:

790.000 fr.	en	1877.
790.000	en	1878.
790.000	en	1879.

La Ville sera reconnue propriétaire de la totalité des terrains et des constructions de l'Ecole pratique, l'Etat faisant abandon, à titre gratuit des droits qu'il pourrait faire valoir sur le bâtiment du musée Dupuytren et ses dépendances. Cette concession est faite à la condition que la Ville s'engage, d'autre part, à conserver à perpétuité dans lesdits terrains et constructions les services de la Faculté, à approprier les bâtiments à l'usage desdits services et à pourvoir à leur entretien.

Art. 3. — L'Etat cède à la ville de Paris, pour y transporter immédiatement les cliniques de la Faculté, moyennant une somme de 489.820 fr. un terrain d'une contenance de 3000 mètres déterminé par le plan ci-joint. Les constructions à édifier sur ledit îlot seront également reconnues propriété de la Ville aux conditions énoncées à l'article 3.

Projet de convention à passer avec l'Etat pour la construction à frais communs de l'Ecole pratique de médecine et de la Clinique d'accouchement, approuvé par le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 28 juillet 1875. Entre les soussignés : Wallon, Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, agissant au nom de l'Etat, d'une part ; Et Ferdinand Duval, Préfet de la Seine, agissant au nom de la ville de Paris, suivant délibération du Conseil municipal, en date du 28 juillet; d'autre part, a été convenu ce qui suit :

Article premier. — Il sera procédé à la reconstruction de l'Ecole pratique et des cliniques de la Faculté de médecine de Paris, à frais communs, par l'Etat et la ville de Paris.

Art. 2. — Les 2,370,000 fr. formant la part de l'Etat sur la dépense totale évaluée à 4,740,000 fr. seront payés de la manière suivante :

En 1877.	790.000 fr.
En 1878.	790 000
En 1879.	790.000

Il demeure toutefois entendu que le montant de la dernière annuité, qui peut varier en plus ou en moins, suivant le chiffre définitif de l'opération, n'est porté ici à 790 000 fr. qu'à titre d'évaluation.

Art. 3. — La Ville sera reconnue propriétaire de la totalité des terrains et des Constructions de l'Ecole pratique, l'Etat faisant abandon à titre gratuit des droits qu'il pourrait faire valoir sur le bâtiment du musée Dupuytren et ses dépendances. Cette concession est faite à la condition que la Ville s'engage, d'autre part, à conserver à perpétuité dans lesdits terrains et constructions les services de la Faculté, à approprier les bâtiments à l'usage desdits et à pourvoir à leur entretien, conformément à l'ordonnance du 6 novembre 1830.

Art. 4. — Les travaux seront exécutés par les soins de la ville de Paris et devront être terminés dans l'année où sera payée la dernière annuité de l'Etat.

Art. 5. — L'Etat cède à la ville de Paris, pour y transporter immédiatement les cliniques de la Faculté, un terrain d'une contenance de 3,000 mètres, provenant des anciennes pépinières du Luxembourg, rue d'Assas, ledit terrain indiqué par une teinte rose sur le plan ci-annexé, moyennant un prix de 489,820 fr. Les constructions à édifier sur ce terrain seront également reconnues propriété de la Ville aux conditions énoncées dans l'art. 3.

Pour le Préfet et par autorisation, etc.

Les affaires médicales et les journaux politiques.

Parmi les journaux politiques, il en est qui possèdent des reporters d'une légèreté vraiment inconcevable qui les conduit à faire insérer « *pour arriver premiers* » des faits divers absurdes ou bien à accepter comme des réalités les rêves de gens intéressés. Les exemples fourmillent ; nous n'en citerons que deux de date toute récente. Sous ce titre : « *Nouvelles de la Faculté de Médecine* » un journal du matin a publié, le 14 novembre, les renseignements suivants :

« Les professeurs ont désigné à l'acceptation de M. le Ministre de l'Instruction publique M. Maurice Renaud, agrégé, pour succéder dans la chaire d'histoire de la médecine, à M. Lorain, décédé. Le successeur de M. Hardy, qui quitte la chaire de pathologie interne pour venir occuper celle de clinique, laissée vacante à la Charité par M. Bouillaud, démissionnaire, paraît devoir être M. Potain, médecin de la Pitié et ancien agrégé. »

Autant de lignes, autant d'erreurs : 1° La vacance de la chaire de l'histoire de la médecine n'a pas été déclarée officiellement; quand elle le sera, les candidats auront, selon l'habitude, un délai de 20 jours pour faire valoir leurs titres.

Par conséquent, les professeurs de la Faculté de Médecine n'ont pu désigner personne, pas même M. Renaud, au choix de M. le Ministre de l'Instruction publique ; 2° l'agrégé qu'on désigne s'appelle Maurice Raynaud (et non Renaud), et ses opinions, franchement avouées, le désigneraient bien plutôt pour une chaire à l'Université de la rue de Vaugirard que pour une chaire à l'Ecole de Médecine de Paris ; 3° M. Potain, et non Potin, est médecin de l'hôpital Necker depuis fort longtemps, et n'a jamais été, que nous sachions, médecin de la Pitié. Nombre de journaux ont reproduit ces prétendus renseignements et sans en citer la source, ce qui aurait allégé leur responsabilité.

Voici notre second exemple : Un autre journal du matin, d'ordinaire bien

informé, a inséré en tête de ses nouvelles l'avis que « L'assistance publique venait d'organiser de la façon suivante le service des médecins dans les divers hôpitaux de Paris : *Hôtel-Dieu*. — Médecins : MM. Béhier, Guéneau de Mussy, Moissenet, Fauvel, Frémy, Hérard, Oulmont ; chirurgiens : MM. Richet, Cusco, G. Guériu. — *Hôpital de la Charité*. — Médecins : MM. G. Sée, Lancereaux, Bourdon, Empis, etc.

Or, cette organisation, qu'on nous donne comme récente, est vieille. Ainsi, tous les médecins de l'Hôtel-Dieu y sont depuis plusieurs années ; à la Charité, on indique comme appartenant à cet établissement un médecin qui fait partie du personnel médical de l'hôpital de Lourcine. Naturellement, les autres journaux politiques se sont empressés de copier cette « *antique nouvelle*, » sans citer le journal qui l'avait éditée. Qu'ils aient commis cette faute, cela se conçoit jusqu'à un certain point, car ils peuvent ignorer que les mutations, dans les hôpitaux, ont généralement lieu une fois par an, le 1[er] janvier, mais que la *Gazette des hôpitaux* se soit empressée de faire figurer ce fait divers dans sa chronique (numéro du 18 novembre,) c'est là une chose qui nous surprend.

Statistique médicale en Prusse.

Le bureau de statistique prussien vient de publier sur le mouvement des naissances, des mariages et des décès en Prusse, dans le cours de l'anuée 1874, des chiffres intéressants, que vous ne serez certainement pas fâchés de connaître.

La somme totale des naissances a été de 1,051,806, dont 542 640 garçons. En 1873, il y avait eu en tout 1,028,276 naissances. Il est donc né en moyenne, en 1874, 2883 enfants par jour. Dans ces 1,051,806 naissances, on en comptait 975,337 de légitimes et 76.466 d'illégitimes. La plupart des naissances ont eu lieu en septembre, puis en février, puis en janvier. Les mois où il y en a eu le moins sont d'abord juin, puis mai. Berlin a vu naître, en 1874, 40,061 enfants, dont 20,622 garçons.

Le nombre des accouchements doubles a été dans tout le royaume de 12.714, celui des accouchements triples de 119, celui des accouchements quadruples de 1 seulement.

Les mariages, pendant cette même année, ont été en tout de 244.773, dont 13,106 pour Berlin En 1873, il y avait eu en Prusse 252,872 ce qui accuse pour 1874 une diminution de 8,099. Il y a donc eu en moyenne, en 1874, 671 mariages par jour. La majeure partie des mariages a eu lieu en septembre ; viennent ensuite novembre, avril, mai, février, janvier, juin, juillet, décembre, octobre, août et mars. C'est en novembre qu'en 1878 il s'était fait le plus de mariages. Si, contrairement à une règle constante, il y a eu moins de mariages en octobre 1874 qu'au même mois des années précédentes, il faut l'attribuer à la loi coucernant le mariage civil, laquelle est entrée en vigueur le 1[er] octobre 1874.

Les décès en Prusse, ont accusé, en 1884, un chiffre total de 692,9e7 personnes, dont 364,547du sexe masculin. Il y a donc eu 46,343 décès de moins qu'en 1873.

Il est mort en moyenne, en 1874, dans tout le royaume, 1,899 personnes par jour. La plupart des décès ont eu lieu en mars, puis en août et en décembre, où la moyenne journalière a été de 2,031 pour mars, de 1,968 pour août et 1,958 pour décembre. Viennent ensuite novembre, février et décembre. La moyenne quotidienne des décès pour les mois restants a été de 1,841 1 2. Le nombre des décès à Berlin a été de 29,231, dont 15,532 d'individus du sexe masculin.

Les accidents de chemins de fer accusent un chiffre total de 1,779, dont 627 ont été mortels ou ont eu des suites mortelles. On a constaté 761 accidents dans les mines, borinages, etc. et, parmi ces accidents, 590 ont été suivis de mort. Le nombre des suicides a été cette même année, pour toute la Prusse, de 3,075 dont 2.527 de personnes du sexe masculin. A Berlin seulement, le chiffre des suicides a été de 255. (*Journal officiel.*)

FORMULES

66. Pommade contre le prurit vulvaire.

Pr. glycéré d'amidon .... 20 grammes.
Bromure de potassium .... » —
Sousnitrate de bismuth ââ .... 1 —
Calomel à la vapeur .... 40 centigrammes.
Extrait de belladone .... 20 —

67. Formule véritable de la poudre de Frère Cosme. — (Dr *Manec*).

Cinabre .... [illegible] parties.
Cendres de semelles de soulier ou éponges calcinées. 3 —
Arsenic blanc .... 1 —

Mêlez et réduisez en poudre très-fine.

S'applique très-efficacement sur les boutons chancreux de la face, en laissant un intervalle de 8 a 9 jours entre chaque nouvelle application.

En onctions, matin et soir. — (*Annales de la Soc. médico-chir. de Liége*).

68. Pommade contre les engelures. — (*Giacomini*).

Pr. axonge .... 32 grammes.
Acétate de plomb cristallisé. . 4 —
Eau de laurier-cerise .... 8 —

Enseignement médical libre.

3e *Examen de doctorat 1er de fin d'année*. — M. le Dr Lelorain, recommencera un cours préparatoire à ces examens le 22 novembre, à 1 heure, à son domicile, rue Bertin-Poirée, n° 9. Ce cours sera une récapitulation complète et substantielle des matières exigées aux examens. Chaque jour les élèves sont exercés à répondre aux interrogations. Le présent cours destiné plus spécialement aux examens de rentrée comprendra environ 75 leçons. (Six semaines). Deux leçons par jour, chacune de 1 heure et demie. Les deux premières leçons seront publiques. Histoire naturelle à 1 heure; physique et chimie (avec principales manipulations), à 2 heures et demie. Plantes fraîches et herbiers. — Libre disposition d'un droguier identique à celui dont les séries sont présentées aux examens. — Préparations microscopiques. — Etudes pratiques des familles aux jardins de botanique et aux serres. (Pour suppléer aux herborisations devenues impossibles.) On s'inscrit chez le docteur Lelorain, de 4 heures à 6 heures du soir, rue Bertin-Poirée, 9. Leçons particulières pour ces examens et pour le 4e examen.

Maladies des yeux. — Le docteur SICHEL recommencera ses conférences cliniques le Mardi 23 novembre, à une heure et demie, à sa clinique, 12, rue Jacob, et les continuera les Vendredis et Mardis suivants à la même heure.

Maladie des oreilles. — M. le dr Garigou-Desarènes a recommencé ses conférences cliniques le mercredi 17 courant, à midi et demie, 37, rue de l'Ecole-de-Médecine. Il les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Anatomie. — M. le Dr LASKOWSKI, professeur libre, a recommencé son cours d'anatomie, le lundi, 15 novembre à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique et le continuera tous les jours, à la même heure. Ce cours durera tout le semestre d'hiver et comprendra : l'anatomie générale, l'anatomie descriptive et l'étude des principales régions du corps. Les élèves, munis de cartes délivrées au secrétariat de la Faculté, seront exercés à disséquer sous la direction du professeur, dans le pavillon n° 7 de l'Ecole pratique, tous les jours jusqu'à 4 heures. On s'inscrit pour ce cours, rue des Saints-Pères 78, de 4 à 5 heures.

Accouchements. — Le Dr HAMON DE FRESNAY, commencera lundi 22 novembre à 3 heures de l'après-midi, un cours d'accouchements, qui sera continué les jeudi et samedi suivants, à la même heure. Ces leçons seront spécialement consacrées à la *dystocie*. Les élèves seront exercés à la manœuvre du forceps, du rétroceps, des appareils à tractions soutenues, des dilatateurs hydrostatiques et autres agents de délivrances, ainsi qu'à la pratique des opérations manuelles. On s'inscrit de 1 à 2 heures, 10, rue des Saints-Pères.

Cours complet d'anatomie descriptive. — M. le dr Fort a commencé son cours le mercredi 17 novembre. Ce cours se composera de deux leçons par jour, la première aura lieu à midi et demi dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique; la seconde à 4 h. dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois n° 2. Les élèves seront exercés aux dissections entre les deux leçons. Le cours durera jusqu'à la fin de mars; on en trouvera le programme complet, jour par jour, dans la dernière édition du *Guide de l'Etudiant*.

Conférence pour l'internat en pharmacie. — MM. Beauregard et Cautenot ont l'honneur de prévenir MM. les élèves en pharmacie, que des conférences pour l'internat en pharmacie commenceront en novembre 1875. M. Beauregard, licencié ès-sciences naturelles, préparateur des travaux micrographiques à l'Ecole de pharmacie interne lauréat des hôpitaux de Paris 1874-1875, lauréat de l'Ecole de pharmacie, traitera les questions de matière médicale, les lundis à huit heures du soir, et les jeudis à une heure. (Reconnaissance de substances). M. Cautenot, licencié ès-sciences physiques, préparateur des travaux pratiques de chimie à l'Ecole de pharmacie, interne lauréat des hôpitaux de Paris, 1874-1875, lauréat de l'Ecole de pharmacie, 1873-1874, traitera les questions de chimie et de pharmacie, les mercredis et vendredis, à huit heures du soir.

Prix des conférences : 60 fr. payables en s'inscrivant ; on s'inscrit tous les jours à l'Hôtel-Dieu, de dix à onze heures du matin, et rue d'Ulm, 38, de une heure à six heures du soir. (*Répert. de pharm.*).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le professeur CHARCOT reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le dimanche, 28 novembre, à 9 heures 1/2.

Hôpital Necker. — Service de M. POTAIN. Salle Saint-Louis : 2, insuffisance aortique, dicrotisme aortique, athéromes ; cataracte; 4, rhumatisme et sénilité, insuffisance aortique et mitrale; 5, cirrhose hypertrophique. — Salle Sainte-Anne : 2, néphrite interstitielle, bronchite chronique; 15, tuberculose pulmonaire, caverne du sommet droit, insuffisance aortique; 21, hémiplégie et éruption de nature syphilitique.

Service de M. DELPECH. — Salle Saint-Ferdinand : 1, pneumonie; 2, albuminurie; 4, sciatique; 9, entérite chronique; 1[illegible], rupia syphilitique; 14, rétrécissement et insuffisance aortique; 17, insuffisance mitrale; 23, paralysie générale; 24, arthralgie saturnine, 26, carcinome du foie; 31, fièvre typhoïde; 31 bis, eczéma. — Salle Sainte-Adélaïde : 1, *sclérose en plaques*; 2, fièvre typhoïde; 3, pelvi-péritonite, 9, métrite granuleuse; 10, chlorose; 11, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 13, carcinome du foie; 15, corps fibreux

de l'utérus; 16, paraplégie hystérique: 23, hémorrhagie cérébrale, aphasie; 24, pleurésie; 28, insuffisance mitrale.

Service de M. Laboulbène. Salle Sainte-Eulalie : 8, pelvi-péritonite, ascite; 11, tuberculose pulmonaire, dilatations bronchiques, 9, rhumatisme articulaire, endopéricardite; 15, néphrite chronique, accidents urémiques. — Salle Sainte-Thérèse : 1, insuffisance et rétrécissement mitral; 10, insuffisance mitrale, hydrothorax; 14, kyste de l'ovaire, 15, congestion médullaire chronique. — Salle Saint-André : 2. fistule hépato-bronchique: 7, cancer du foie; 13, dilatation aortique; 18, bronchite, pleurésie; 19, épithélioma de l'amygdale; 24, tuberculose aiguë.

Service de M. Chauffard. Salle Sainte-Cécile. crèche : 6, impétigo-larvalis, 7, 8, 9 et 24. coqueluches; 18, diarrhée chronique. — Salle Sainte-Eugenie (F.) : 1, épilepsie: 3, fièvre intermittente; 5, péritonite puerpérale; 6, tuberculose aiguë. — Salle Saint-Luc (H.): 1, rhumatisme, blennorrhagie: 3 et 30, hémoptysie chronique; 4, rhumatisme noueux: 5, albuminurie saturnine ; 11, pleurésie: 12, fièvre typhoïde; 14, (pneumonie) convalescence; 15. œdème de la glotte (trachéotomie); 17, fièvre typhoïde.

Service de M. Désormeaux. Salle Sainte-Marie : 1, hygroma prérotulien; 4 et 19. cancer du col de l'utérus, 6, épithélioma du nez; 13 et 23, corps fibreux de l'utérus; 15, sciatique invétérée (compression du nerf par un lipome; 22, fracture du col anatomique de l'humérus; 5, abcès du sein. — Salle Saint-Pierre : 14, hygroma prérotulien: 25, hématocèle du testicule; 30, squirrhe du testicule; 32, fistule urinaire: 32, désarticulation du poignet, 19, 20, 21, 28,29, rétrécissement de l'urèthre.

Service de M. Guyon. Salle Saint-Jean : 6, résection du calcanéum; 7, arthrites suppurées du pied; 9, kyste de l'épididyme transformé en hématocèle; 8, 15 et 18, fractures du péroné; 20, fracture du col anatomique de l'humérus compliquée de plaie; 21, synovite fongueuse ; 24, sarcome de l'orbite opération).

Hôpital Beaujon. — Service de M. Matice. (Suppléé par M. Lépine). Salle Beaujon : 3,cirrhose hépatique; 4, albuminurie saturnine; 12, sciatique; 13, fièvre intermittente. — Salle Sainte-Monique : 1, atrophie musculaire; 2, pelvi-péritonite; 4, endocardite; 10, hystérie ; 13, péritonite chronique; 14, métro-péritonite; 15, rétrécissement mitral; 17, myélite transverse.

Service de M. Axenfeld (suppléé par M. Audhoui. Salle Saint-Jean : 4, broncho-pneumonie; 13; 13, paralysie agitante; 15, cancer de l'estomac; 18, tumeur cérébrale; 23, rhumatisme articulaire aigu; 31, paralysie générale. — Salle Sainte-Paule : 1, paralysie hystérique; 10, rhumatisme mono-articulaire; 13, rhumatisme noueux; 21, syphilis secondaire.

Service de M. Moutard-Martin. Salle Saint-François : 5, cancer de l'œsophage; 10, hémorrhagie cérébrale et aphasie; 15, cirrhose du foie; 26, pleurésie; 29, atrophie musculaire. — Salle Sainte-Claire : 1, métro-péritonite; 7, rétrécissement mitral; 10, hydro-pneumo-thorax; 16, iritis syphilitique.

Service de M. Gubler. Salle Sainte-Marthe : 1, paralysie labio-glosso-laryngée; 2, albuminurie, 6, congestion de la moelle; 8, ostéo-périostite du tibia; 12, phlegmon péri-utérin; 19, insuffisance aortique. — Salle St-Louis: 1, diabète; 4, myélite transverse; 6, paralysie du diaphragme; 17, cachexie saturnine; 21. paralysie saturnine; 22, fièvre typhoïde.

Service de M. Dolbeau. Opérations le jeudi. Salle Sainte-Clotilde : 3, périostose du fémur; 5, kyste dentaire du maxillaire inférieur; 8, tumeur du bassin; 18, hyperostose du tibia; 21, carcinome de la mamelle: 28, mélanose ganglionnaire. — Salle Ambroise Paré : 17, abcès sous-pectoral ; 37, mélanose généralisée.

Service de M. Lefort. Opérations le mercredi. Salle Sainte-Agathe : 3, phlegmon du ligament large; 6, ovariotomie; 9, coxalgie, pied bot hystérique; 11, rétraction de l'aponévrose plantaire. — Salle Saint-Gabriel : 7, testicule tuberculeux; 10, fracture du crâne; 16, fracture de côte, hémo-pneumo-thorax; 25, phlegmon de la gaine du fléchisseur du petit doigt; 32, abcès de la cuisse: 33, phlegmon parotidien. — Salle Saint-Edmond : 36, ablation de l'œil; 30, cataracte; 40, abcès froid de la fesse.

Hôpital Sainte-Eugénie. — *Médecine.* Service de M. Bergeron. Visite à 8 h. Consultations lundi et jeudi. Salle Saint-Benjamin : 4, affection cardiaque, insuffisance mitrale; 13, méningite tuberculeuse; 14, croup. opéré; 20, fièvre typhoïde; 24, *ataxie locomotrice.* — Salle Sainte-Mathilde : 3, mal de Bright; 15, pneumonie; 23, angine diphthéritique; 26, pneumonie chronique: 30, contracture des extrémités.

Service de M. Triboulet. Visite à 8 h. 1|4. Consultations mercredi et samedi. Salle Sainte-Marguerite : 2, angine diphthéritique; 7, fièvre typhoïde; 14, pneumonie franche; 17, pneumonie caséeuse; 21, rechûte de fièvre typhoïde.

Service de M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1|2 Consultation le mardi et vendredi. Salle Saint Joseph : 11, paralysie diphthéritique généralisée, 16, atrophie musculaire, 17, fièvre typhoïde (rechûte); 18, 22, fièvre typhoïde.

Chirurgie. — Service de M. Sée. Visite à 8 h. 1|2. Consultation tous les jours. Salle Napoléon : 51. luxation du coude; 71, fracture des deux cuisses; 8, fracture de jambe: 11, plaie de la cornée; 46, résection de 18 centimètres du tibia. — Salle Sainte-Eugénie.; 1, grenouillette sublinguale; 3, ostéite du tibia, évidement: 8, ostéite du grand trochanter; 26, fistule lacrymale double; 31, kyste de la paupière inférieure.

— A partir de ce moment, tous les mercredis à 8 9. 1|2, M. le Dr Cadet de Gassicourt fera pendant la visite, au lit des malades, des leçons cliniques sur les maladies de l'enfance. Ces leçons auront lieu à la salle Saint-Joseph.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 12 novembre 1875, on a constaté 817 décès, savoir : Variole, 2 ; — rougeole, 6 ; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 19 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 33 ; — pneumonie, 53 ; — dyssenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5 ; — choléra nostras, [illegible] ; — angine couenneuse, 15 : — croup, 17 ; — affections puerpérales, 3 , — autres affections aiguës, 219 ; — affections chroniques, 389 dont 128 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 31 ; — causes accidentelles, 20.

Londres. — Population 3.445.160 habitants. Décès du 31 octobre au 6 novembre, 1.477, savoir : variole, 1 ; — rougeole, [illegible] ; — scarlatine, 129 ; — fièvre typhoïde, 18 ; — érysipèle, 10 ; — bronchite, 209 ; — pneumonie, 77 ; — dyssenterie, 3 ; — diarrhée, 24 ; — choléra nostras, 1 ; — diphthérie, 12 ; — croup, 15 ; — coqueluche, 51.

Cours d'anatomie. — A partir du 15 novembre des cours pratiques seront faits dans les pavillons par MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie. Ces cours auront lieu tous les jours à 3 heures, dans l'ordre suivant :

Pavillon I. — Farabeuf, névrologie, lundi, jeudi.

Pavillon II. — Humbert, splanchnologie. mercredi. samedi.

Pavillon III. — Pozzi, myologie, angéiologie, lundi et jeudi.

Pavillon IV. — Richelot, ostéologie, arthrologie, mardi et vendredi.

Nouveau journal. — M. le dr de Pietra Santa vient de fonder un *Journal d'Hygiène*, qui paraît le 1er et le 15 de chaque mois. — Paris, 16, rue des Moulins.

Conseil général de la Seine. — *Séance du 9 novembre.* — M. Lauth dépose une proposition pour l'inscription au budget spécial de l'instruction publique du département de la Seine d'un crédit de 24.000 fr. à titre de subvention pour les élèves de l'Ecole pratique des hautes études. Cette somme serait consacrée à la fondation de « bourses d'études » ou bourses de voyage à répartir entre les quatre sections de l'école dans les proportions suivantes: Sciences physique et chimiques, sciences naturelles, sciences mathématiques : 12,000 fr sciences historiques et philosophiques 12,000 fr. — Ces bourses seraient accordées sur la proposition de chacune des sections de l'Ecole des hautes études, réunie en conseil. (*France médic.*).

— Le Conseil adopte les articles suivants du budget de 1876 : Mesures contre les épizooties, 7,600 fr.; — Frais de surveillance des aliénés. 31,800 fr.; — Frais d'inspection des maisons de santé et de sevrages des bureaux de nourrices, 6,000 fr.; — Au sujet de l'article relatif aux frais d'inspection des établissements d'eaux minérales, 19.000 fr.; M. Jacques croit qu'il serait possible de réduire ce crédit, car la fabrication des eaux minérales a beaucoup perdu de son importance. (Séance du 15 nov.)

Externat. — 11 nov. : Muscles de la région antérieure de la jambe; — 13 nov. : Articulation tibio-tarsienne.

M. Béhier. — Des journaux avaient annoncé que M. Béhier, atteint d'une affection grave, était parti pour l'Italie. Nous sommes heureux de dire que cette nouvelle est controuvée. Le savant professeur de clinique de l'Hôtel Dieu n'a eu qu'une bronchite, pénible sans doute, mais sans gravité; il est rentré à Paris et se dispose à reprendre son enseignement à la fin du mois. (*Gaz. méd. de Paris*).

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Heckel, pharmacien de première classe, docteur-ès-sciences naturelles, est chargé du cours d'histoire naturelle médicale.

Prix. — *L'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques* décernera, dans sa séance annuelle de 1876, dont la date sera ultérieurement fixée, des médailles et mentions honorables aux travaux, mémoires et actes de bon concours qui auront le mieux répondu au but que l'Association se propose. Ces travaux et mémoires, les attestations de nature à éclairer le choix du Conseil d'administration, devront être parvenus au Conseil, à l'adresse du secrétaire général, au siége de l'Association, le 31 janvier 1876, au plus tard.

Libraire J.-B. BAILLIERE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Decaisne (E.). *La théorie tellurique de la dissémination du choléra, et son application aux villes de Lyon, Versailles et Paris en particulier*, In-8 de 20 pages.

Librairie BERGER-LEVRAULT et Cie, rue des Beaux-Arts. 5.

Heyfelder (O.). *Manuel de chirurgie de guerre*, Trad. par le Dr A. Rapp. In-12 de 368 p. avec 43 fig. gravées sur bois, 6 fr.

Librairie V.-A. DELAHAYE et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine

Archives de tocologie. des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J.-H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre.

Le numéro de *novembre* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

BARBASTE. — Vues sur l'enseignement supérieur. 1 vol. in-12, 5 fr.

CHÉRON (J. — Traitement des syphilides, in-8 de 28 p. 1 fr.

HOTTENIER (V. G.) Contribution à la pratique des accouchements, étude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans extraction qu'on pourrait appeler la version simple. In-8.

GUIEU (A.) — Guide du voyageur sur mer, in-12 de 96 p.

LEBERT. — Traitement de l'angine cuenueuse par la glace, iu-8 de 47 p. 1 fr. 50 c,

MAURIAC (Ch.) — Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, in-8 de 62 p. 2 fr.

Le gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

3e ANNÉE. — N° 48 BUREAUX: RUE DES ÉCOLES, 6. 27 NOVEMBRE 1875.

Le Progrès Médical

HISTOIRE ET CRITIQUE

Les myélites systématiques et le développement de la moelle.

Par **PIERRET**, interne des hôpitaux.

Si la valeur d'un principe scientifique doit se juger par les résultats qui découlent de son application raisonnée, il n'en est pas, à coup sûr, de plus fécond que celui de la systématisation des myélites. Emise et appliquée par MM. Charcot (1) et Vulpian (2) à l'analyse des affections des centres nerveux, cette loi pathologique est devenue la source de progrès aussi rapides qu'incontestables. En peu d'années, le clinicien doublé d'un anatomiste put se convaincre que la moelle devait être divisée en un certain nombre de départements morbides, susceptibles de subir isolément les causes d'irritation, et réagissant alors suivant leurs aptitudes physiologiques, de donner naissance à un syndrôme pathologique bien défini C'est alors, qu'apparurent successivement des études sur les *dégénérations secondaires*, la *sclérose primitive des cordons latéraux*, la *myélite aiguë ou chronique des cornes antérieures*. Guidé, nous aussi, par le même fil conducteur, nous eûmes l'occasion de reprendre, dans le laboratoire de la Salpêtrière, l'étude analytique des *faisceaux postérieurs de la moelle épinière* (3) Le résultat de ces études, fut de reconnaître dans ces faisceaux, jusqu'alors considérés comme homogènes, l'existence de deux régions pathologiques: les zônes radiculaires postérieures, et le faisceau de Goll. Bien plus, sous l'inspiration de M. Charcot, nous avons créé un nouveau mode de recherche, susceptible d'amener à la détermination topographique des différents faisceaux de la moelle épinière.

Partant de ce principe, que, pendant la vie intra-utérine, le système nerveux de l'homme passe par une série de transformations qui l'éloignent de plus en plus du type observé chez les vertèbrés inférieurs, nous avons pensé que les faisceaux blancs de la moelle épinière, si souvent disséqués par la maladie, présentaient, peut-être, dans leur développement embryologique, des particularités capables de les distinguer des faisceaux voisins.

Cette étude que nous annoncions dans un mémoire publié dans les *Archives de Physiologie*, en janvier 1873 (4), nous donna bientôt des résultats qui, en ce qui concerne les faisceaux postérieurs, furent exposés par notre maître, M. Charcot, dans l'amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, le 27 juin 1873. Un peu plus tard, dans un mémoire publié dans les Archives de physiologie (5), nous reprenions cette question en détail, et démontrions que l'étude de l'évolution des faisceaux blancs de la moelle épinière, vient éclairer celle des scléroses systématiques, et, par conséquent, aider à déterminer anatomiquement le siége des différents faisceaux médullaires.

Dans le cours de la même année, vers le mois de septembre parut dans les *Archiv der Heilkunde*, une courte note de M. Flechsig (6), dans laquelle cet auteur annonçait qu'il avait constamment vu chez les fœtus à terme les cordons latéraux incomplétement développés. Il indiquait, en outre, qu'il ne lui paraissait pas impossible de distinguer, par l'étude du développement des gaînes de myéline, des systèmes partiels dans l'écheveau des fibres du système nerveux central.

Sans nul doute, M. Flechsig n'avait pas eu connaissance des leçons de M. Charcot non plus que de notre mémoire sur le faisceau postérieur de la moelle épinière, où se trouve inauguré le mode de recherche dont il soupçonnait alors seulement la possibilité, car il se fût empressé de nous rendre justice.

L'exemple de cette manière d'agir lui fut donné par M. Charcot qui, dans des leçons cliniques faites à la Salpêtrière dans les derniers mois de cette même année 1873, n'omit pas de laisser à M. Flechsig tout le mérite de la découverte du développement incomplet de certaines parties des cordons latéraux chez le fœtus à terme. Il s'appuya même sur cette donnée et sur celles qui résultaient de l'examen de pièces embryologiques pour établir l'indépendance fonctionnelle des cordons latéraux et, partant, la possibilité de leur sclérose systématique.

Malheureusement M. Flechsig ignorait ces leçons comme il ignorait nos mémoires. Aussi ne fait-il aucune mention de travaux français dans une seconde communication préliminaire publiée par lui dans le *Centralblatt* en 1874 (1).

Ce travail, très-court, sobre de détails, contient quelques données intéressantes sur les irrégularités d'entre-croisement des cordons antérieurs et latéraux. Mais, jaloux d'utiliser ces résultats dont nous ne saurions contester l'exactitude, M. Flechsig s'élevait contre les affirmations des auteurs qui ont observé une atrophie unilatérale de la moelle chez les amputés. Suivant l'anatomiste allemand, c'est là une erreur d'interprétation, due à la coïncidence chez un amputé, d'une asymétrie congénitale des cordons antérieurs et latéraux.

En cette occasion, il nous semble que M. Flechsig porte un jugement peu juste On sait, qu'en France, c'est M Vulpian, surtout, qui s'est occupé des atrophies de la moelle liées aux amputations anciennes. Or, il ressort de ses travaux que l'asymétrie peut être produite artificiellement chez les animaux; et l'on nous concèdera sans peine, qu'il serait bien étrange de tomber sans cesse sur des animaux mal conformés. En outre l'interprétation de M. Flechsig peut à la rigueur s'appliquer aux asymétries de la région cervicale de la moelle, mais elle n'explique rien pour celle du renflement lombaire, car les irrégularités d'entre-croisement se corrigent presque toujours dans le tiers inférieur de la région dorsale, de sorte qu'il n'en existe plus trace à la région lombaire. Si donc l'erreur signalée par l'auteur allemand était à craindre, ce serait dans le cas réellement singulier, où un malade possédant un cordon antérieur trop développé du côté gauche à la région cervicale, se trouverait avoir été amputé précisément du bras droit. Cette coïncidence est possible, mais à coup sûr elle doit être rare.

Dans un troisième article préliminaire (2), M. Flechsig fait de nouveau pressentir un plus long travail, et s'appuie sur ces documents futurs pour attaquer directement les affirmations de M. Charcot, au sujet du développement de la moelle épinière. A vrai dire la critique est si peu sérieuse qu'elle mériterait à peine une réfutation. Cependant comme les recherches sur lesquelles se basait M. Charcot ont été faites par nous dans le laboratoire de la Salpêtrière,

(1) Charcot. *Note sur un cas de sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière, chez une femme hystérique Union médicale*, mars-avril 1865.

(2) Vulpian. *Archives de Physiologie*, Tome II, page 289.

(3) Pierret. *Note sur la sclérose des cordons postérieurs dans l'ataxie locomotrice. Archives de Physiologie. 1872.*

(4) Pierret. *Note sur un cas de sclérose primitive du faisceau médian des cordons postérieurs.* (Janvier 1873.)

(5) Pierret. *Considérations anatomiques et pathologiques sur le faisceau postérieur de la moelle épinière. Arch. de Physiologie.* 1873, septembre.

(6) *Ueber einige Beziehungen zwischen secundare Degenerationen und Entwickelung vergangen im menschlichen Ruckenmarck. Arch. der Heilkunde.* 1873. **XIV**. (464. 469.)

(1) Flechsig. *Centralblatt*. p. 567. 1874.

(2) *Centralblatt*. 1875.

nous croyons bon, non pas de justifier des affirmations, qui, reposant sur des pièces anatomiques, n'ont guère besoin d'être défendues, mais bien de faire voir que la critique de M. Flechsig découle elle-même d'une erreur d'appréciation.

Prenant à partie des dessins qui, dans un but didactique, facile à concevoir, ont été légèrement schématisés, M. Flechsig s'étonne de voir nettement indiqués chez un embryon de deux mois, des cordons latéraux et antérieurs, qui, dit-il, n'existent même pas chez les embryons de quatre mois. A coup sûr s'il était démontré qu'il n'existe rien de semblable aux cordons latéraux, chez les embryons de quatre mois, il serait illogique d'admettre qu'il en ait pu exister quelque trace auparavant. Mais l'erreur serait si grossière qu'elle ne s'expliquerait vraiment pas. Aussi croyons-nous que M. Flechsig joue sur les mots.

Nos préparations, que bien des personnes expérimentées ont pu voir et étudier, démontrent qu'après la formation des *zones radiculaires*, le canal central se rétrécit, et, que l'angle rentrant, formé par la saillie des cornes antérieures et postérieures au lieu de se creuser, ce qui devrait arriver si les parties suivaient simplement la rétraction des parois du canal central, se remplissent au contraire, et contribuent à donner à la moelle cette forme arrondie qui la rapproche de la moelle adulte. La substance qui remplit cet angle, tient exactement la place des cordons latéraux et, sous l'influence des réactifs, présente les mêmes réactions que d'autres parties de la moelle destinées, elles aussi, à servir de matrice à de la substance blanche. Pourquoi donc nous dénier le droit de considérer cet espace, comme représentant les cordons latéraux ?

Nous n'avons dit nulle part, que les fibres nerveuses des cordons antérieurs ou latéraux fussent entièrement développées chez les embryons de huit semaines ou même de quinze, mais, nous avons affirmé et nous affirmons encore que le terrain où doivent se développer les tubes nerveux apparaît à l'époque indiquée. M. Flechsig est d'autant moins autorisé à modifier le sens de nos affirmations, que ses propres recherches sur les cordons antérieurs et pyramidaux ont été acceptées par M. Charcot après vérification anatomique.

Qu'il nous permette à notre tour de trouver quelque chose à redire à ses recherches. Dans la constitution des cordons latéraux, M. Flechsig paraît ne tenir compte que des fibres qu'il nomme pyramidales (pyramiden seiten strang bahnen) et auxquelles il rattache absolument le système des cordons antérieurs. Or, il nous semble qu'il y a là, une exagération manifeste que l'auteur eût évitée s'il eût tenu plus grand compte des résultats fournis par lui-même à l'embryologie et de ceux plus importants encore que l'on doit à l'anatomie pathologique topographique.

Dans sa belle étude sur la sclérose latérale amyotrophique, M. Charcot insiste sur ce fait que les dégénérations descendantes qui occupent, on le sait, les fibres pyramidales seules, n'amènent que bien rarement des troubles trophiques dans les membres paralysés, tandis que la sclérose latérale primitive, entraîne presque toujours à sa suite une altération des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière et par conséquent, une atrophie musculaire.

A cette différence clinique correspondent des caractères anatomiques différents. Si l'on compare, en effet, au point de vue de l'étendue de la sclérose, la moelle d'un malade atteint de dégénération secondaire, à celle d'un malade frappé de sclérose latérale amyotrophique, on reconnaît, que dans celle-ci, la lésion occupe les cordons latéraux dans leur entier, sauf une faible couche de fibres corticales. Au contraire une dégénération secondaire, si étendue qu'elle soit, et alors même que dans le bulbe elle intéresse la pyramide antérieure tout entière, épargne toujours les fibres corticales et aussi les fibres blanches qui sont au voisinage immédiat de la substance grise.

La considération de ces faits anatomiques et cliniques, démontre que le cordon latéral est un faisceau complexe, contenant des fibres cérébro-spinales et des fibres simplement spinales.

D'un autre côté, la physiologie normale nous enseigne que nombre de fibres sensitives remontent dans les parties profondes de ces mêmes faisceaux. D'où il suit que le cordon latéral renferme au moins trois espèces de fibres et que si la loi de développement à laquelle M. Flechsig se rallie est vraie, il est impossible d'admettre que toutes les parties des cordons latéraux se développent en même temps. Indiquer avec précision l'époque exacte de l'apparition de chacune de ces parties n'est pas un travail aussi facile que M. Flechsig semble l'imaginer. Il y faut mettre beaucoup de temps et de patience, et surtout se garder des idées préconçues.

Avant de terminer cette apologie, dont nous prions le lecteur de nous pardonner la longueur, nous tenons à nous élever contre la prétention de M. Flechsig à s'attribuer la découverte de cette loi : que les régions du système nerveux physiologiquement distinctes jouissent d'une évolution anatomique spéciale et le plus souvent suffisante pour faire prévoir leurs aptitudes pathologiques.

La connaissance de cette loi, que M. Flechsig ne craint pas de donner comme un résultat nouveau de ses recherches, est le fruit déjà ancien de celles que nous avons entreprises sous la direction de M. Charcot, à la Salpêtrière. Appliquée d'abord à la moelle seule, le puissant moyen d'analyse anatomique que constitue l'étude du développement a relativement donné de tels résultats qu'il est facile de prévoir le jour où il pourra venir en aide aux travailleurs curieux de déterminer exactement les rapports des centres cérébraux et des faisceaux médullaires.

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus ;

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris (2).

IV. *Des diverses lésions qui compliquent parfois l'élongation.* — Très-souvent l'hypertrophie est simple, c'est-à-dire qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion réellement inflammatoire. Dans ce cas, le museau de tanche se présente avec ses caractères et ses éléments normaux. Ailleurs, sa surface est rouge, enflammée et même érodée ou exulcérée. Ces ulcérations peuvent être assez considérables ; ainsi, nous avons signalé chez la malade de l'observation I une ulcération, à fond grisâtre, dont l'étendue était à peu près celle d'une pièce d'un franc. Ces dernières lésions s'accompagnent généralement d'une hypersécrétion [illegible]use, muco-purulente ou sanguinolente.

Enfin, l'hypertrophi[illegible] compliquer de diverses lésions ou affections utérines [illegible]s : tantôt celles-ci viennent augmenter considérable[illegible]fficultés de l'intervention chirurgicale, voire même [illegible]ngereuse ou impossible ; tantôt elles deviennent, au [illegible]e indication pressante d'opérer. Leur étude ne ma[illegible]érêt au point de vue de la pratique chirurgicale [illegible]ns leur consacrer quelques instants.

Les *folliculites*, les *Kystes fol*[illegible]s états inflammatoires ou néoplasiques peu[illegible]r sur le col hypertrophié et ne point s'étendr[illegible]es diverses complications sont sans gravité. Il [illegible] lorsque la lésion, au lieu de rester limitée au[illegible]orps de l'utérus. Dans l'observation suivante, [illegible] développée dans la paroi postérieure de [illegible] maladie un caractère beaucoup plus grave [illegible] d'un simple allongement, et contribua, avec [illegible] faire rejeter la résection du col. Il importe donc, [illegible]treprendre cette dernière opération, de bien s'assu[illegible] corps de la matrice est sain et s'il n'existe aucune des complications que nous venons de signaler. L'oubli de cette précaution pourrait amener des résultats déplorables.

(1) Voir les nos 42, 43 et 46.

Observation III. — *Elongation hypertrophique de la portion sous-vaginale du col. — Complication de tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus. — Pas de résection du col. — Mort.* — (Observation recueillie dans le service de M. Demarquay, par Launay, interne des hôpitaux *Gazette des hôpitaux.* 1861.)

Madame X., âgée de 50 ans, fait remonter à l'époque de son premier accouchement ce qu'elle appelle sa descente de matrice. En montant un escalier, elle fit un faux pas, et éprouva la sensation d'un déplacement ou de la chute d'un corps dans les parties. En arrivant chez elle, elle constata avec le doigt, l'existence d'une tumeur faisant fortement saillie dans le vagin, et qui arrivait presque jusqu'à la vulve. — Une sage-femme lui appliqua, à plusieurs reprises, des pessaires qui ne purent être mainteuus en place. Souffrant peu, elle éprouvait une simple gêne, une pesanteur insurmoutable qui augmentait quand elle faisait une marche un peu longue ou qu'elle restait longtemps debout. — Deux mois après l'apparition de cette tumeur, elle devint enceinte pour la deuxième fois; et fit une fausse-couche à six semaines. Il lui est resté, depuis cette époque, un mal de reins presque continuel, un poids sur le bassin qui rend la marche difficile. Elle fut obligée, dès ce moment, de se servir d'une serviette pour soutenir sa tumeur qui, lorsqu'elle restait debout quelque temps, apparaissait à la vulve. Elle eut deux ou trois ans après, une troisième et quatrième grossesses qui n'aggravèreut point son état.

Il y a deux ans, sans cause aucune, survinrent des pertes qui prirent bientôt un caractère sérieux. Ce fut d'abord une simple exagération des menstrues, puis l'écoulement sanguin apparaissant à des époques irrégulières et de plus en plus rapprochées; en même temps les douleurs s'exaspérèrent dans les lombes et dans les aines, la marche devint de plus en plus difficile. Dans le mois de février dernier, uu médecin essaya de faire rentrer sa prétendue descente à l'aide d'un gros pessaire ovalaire; il parvint, en refoulant de bas en haut la tumeur, à faire remonter, dans le vagin, la portion qui préominait au dehors. A partir de ce jour, les pertes diminuèrent et bientôt elles s'arrêtèrent tout à fait.

Mais, dès le lendemain de l'application du pessaire qui, déjà dans la première journée avait beaucoup gêné la malade, apparurent des douleurs vives dans les deux côtés de l'hypogastre. Ces souffrances devinrent intolérables : la malade eut en même temps de la dyspepsie flatulente et sa constitution commença à s'épuiser. — Elle garda le pessaire pendant sept semaines, et, enfin, voyant que ses douleurs, au lieu de diminuer, allaient en s'aggravant de jour en jour, elle enleva cet instrument. décidée à entrer à la Maison de santé. Là, on constate l'état suivant : Malade très-affaiblie par les souffrances causées par le pessaire et les métrorrhagies. — Douleurs périodiques; anorexie. — La marche est devenue impossible, à cause de l'exaspération des douleurs et de la gêne causée par la présence de la tumeur entre les cuisses. — Située dans la cavité vaginale qu'elle remplit, cette tumeur est allongée, de forme conoïde à base supérieure. Si, avec le doigt, on fait le tour de cette base, on seut qu'elle se continue sans ligne de démarcation avec les parois vaginales, qui semblent se replier sur elle-même en faisant un cul-de-sac. L'extrémité inférieure ou sommet de ce cône est bifide. Une fente transversale, irrégulière, comme dentelée, la divise en deux lèvres : l'une antérieure, plus petite; l'autre postérieure, plus grosse et descendant plus bas. Ces deux lèvres sont globuleuses, d'un rouge vif, non ulcérées. Quand la malade est dans la position verticale, elle fait hors de la vulve uue saillie de 2 centimètres. L'ouverture transversale qu'on y remarque n'est autre chose que l'orifice du col. En y introduisant le doigt, on peut, grâce à la facilité avec laquelle ce col se laisse dilater, pénétrer jusqu'à l'orifice cervico-utérin; *là, on sent une tumeur arrondie en avant, paraissant du volume d'une petite orange et faisant corps avec la paroi postérieure de l'utérus.* Cette tumeur est dure, de consistance fibreuse Le cathétérisme utérin indique une profondeur de 13 centimètres, à partir de l'orifice inférieur du col. — La portion de cet organe qui fait saillie daus le vagin a 7 centimètres pour la paroi autérieure et 9 centimètres pour la paroi postérieure.

En raison de l'extrême débilité de la malade et de la présence de cette tumeur du corps de l'utérus, M Demarquay rejette l idée de la résection du col; et, cédant aux instances de la malade, il se borne à cautériser le col au fer rouge. Cette cautérisation fut faite de manière à produire une eschare d'un centimètre et demi d'étendue dans tous les sens. — Les jours suivants, on applique, chaque jour, dans le cul du sac postérieur du vagin, un tampon de coton fortement imbibé de laudanum. Cette médication procura à la malade un soulagement notable. — Madame X. mourut assez longtemps après, à la suite d'accidents abdominaux.

Outre la complication de tumeur fibreuse, plusieurs faits intéressants ressorteut de la précédente observation, à savoir : 1° la cause déterminante de l'hypertrophie qui ne peut être attribuée sérieusement qu'à la première grossesse de la malade; 2° la possibilité de concevoir malgré une élougation très-prononcée, Madame X.... contracta, en effet, quatre grossesses, dont une seule n'aboutit point ; 3° l'emploi de pessaires, par suite d'erreur de diagnostic, ayant entraîné une aggravation fâcheuse ; 4° les métrorrhagies répétées, causées non par l'élongation, mais par la tumeur fibreuse qui la compliquait.

Un second groupe de complications est d'un pronostic moins défavorable : nous voulons parler des divers *déplacements de la matrice* : abaissement ou déviations. Très-souvent ils sont une conséquence de l'hypertrophie du col et guérissent rapidement après l'amputation de ce dernier..... *sublata causa tollitur effectus.*

Pour l'abaissement de la matrice, le fait est incontestable : l'hypertrophie du col, qui parfois augmente considérablement de poids, peut être la seule cause de ce déplacement. Quant aux déviations en avant et en arrière, elles ne nous semblent pas très-rares; nous avons pu recueillir plusieurs cas d'élongation du col s'accompagnant soit de rétro-version, soit d'anté-version du corps de l'utérus. Aussi nous sommes-nous demandé s'il n'existait point de rapport de *causalité* entre ces deux ordres d'affections. L'élongation du col a-t-elle une tendance à produire la rétroversion de la matrice ? La proposition inverse serait-elle vraie ?

Et d'abord établissons *à priori* la proposition suivante : Étant donné une élongation hypertrophique, toute action exercée latéralement sur le col aura pour effet de faire basculer le corps de l'utérus en sens inverse, si toutefois les ligaments suspenseurs ont un certain degré de laxité. Pour peu que cette action soit continue ou qu'elle se répète souvent, elle pourra donner lieu à une déviation utérine.

Or, l'acte sexuel n'est pas impossible, même avec une élongation dépassant la vulve ; daus ce cas, le pénis presse sur les côtés du col hypertrophié et le refoule devant lui. Nous nous trouvons donc exactement dans les conditions que nous venons de supposer. Les renseignements que nous avons recueillis auprès d'une malade, dont on trouvera l'observation ci-dessous, confirment pleinement notre hypothèse.

Observation IV. — *Elongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus.* (Observation personnelle.)

Madame X., âgée de 42 ans, est entrée, le 16 mars 1872, à la Maison municipale de santé (Service de M. Demarquay.) .

Sa santé est habituellement bonne; madame X. a toujours été bien réglée, depuis l'âge de 15 ans jusqu'à l'an passé. — Depuis cette époque, la menstruation est irrégulière. Elle a eu deux enfants qui n'ont point vécu; d'autre part, elle a, en outre, fait une fausse-couche. Il y a 23 ans que madame X. est mariée. et depuis ce moment elle a constamment souffert de la matrice. Les rapports sexuels, nous dit-elle, ont toujours été pour elle excessivement douloureux, et elle ne les tolérait que par devoir.

Madame X fait remonter à l'époque de sa dernière couche l'origine de ce qu'elle appelle sa descente de matrice. Il est probable que l'élongation primitive, d'abord peu prononcée, est restée longtemps stationnaire. En effet, M. Demarquay, consulté il y a un an environ, nous dit avoir trouvé le col utérin peu allongé La lèvre antérieure lui sembla surtout hypertrophiée; on y sentait, en outre, de l'induration.

21 *mars.* — Nous constatons les symptômes suivants : le col utérin sort du vagin d'une longueur de 2 à 3 centimètres; son diamètre transversal est peu considérable; il se termine sensiblement par une extrémité assez nettement arrondie, quoique effilée vers le bas. Les deux lèvres du col sont également hypertrophiées; l'orifice externe est légèrement entr'ouvert, sa situation est transversale. Le col est flasque et sans la moindre turgescence; il est d'aspect pâle et ridé. — Tous ces caractères lui donnent l'apparence d'un véritable pénis. Le doigt introduit dans le vagin pénètre facilement dans le cul-de-sac postérieur; le vagin est très-large, et l'on seut le col allongé qui s'y maintient comme flottant. — En avant, le col est appliqué plus exactement contre la paroi vaginale antérieure et la symphyse du pubis. Dans l'acte sexuel, le pénis pénètre en arrière du col, et vient buter contre le cul-de-sac vaginal; il occasionne ainsi des tiraillements fort douloureux. — L'utérus est en position parfaitement normale; non-seulement il n'est point abaissé, mais eucore il ne présente aucune déviation latérale. — M. Demarquay contrôle avec l'hystéromètre les résultats fournis par la palpation hypogastrique et le toucher vaginal et rectal.

La longueur mesurée du fond de l'utérus à l'orifice externe du col est de 13 centimètres. En mesurant la longueur du col avec l'hystéromètre appliqué contre celui-ci et poussé jusqu'au cul-de-sac vaginal postérieur, on trouve 7 centimètres.

Les signes fonctionnels que présente madame X. sont les suivants : Surtout après la marche, douleurs très-vives au bas-ventre, prononcées au contraire daus les lombes. Pertes blanches peu abondantes par l'orifice utérin. — Lacune dans la miction ; les gardes-robes ont une régularité parfaite. Nous n'avons pas à revenir ici sur les difficultés et les douleurs survenant dans l'acte sexuel.

L'état général est bon; néanmoins madame X. souffre de palpitations, et nous trouvons les battements du cœur assez énergiques, mais aucune trace de bruits de souffle. — M. Demarquay propose à la malade de lui faire la résection du col : celle-ci avait d'abord consenti à l'opération et la désirait

même vivement ; mais elle changea d'avis dans la suite, et quitta brusquement la Maison de santé.

Une année environ après, madame X. rentra dans le service de M. Demarquay, bien décidée à se faire débarrasser par une opération de sa triste infirmité.

Son état général était moins bon qu'à l'époque où nous l'avons observée pour la première fois : elle a un peu maigri, elle est épuisée par la leucorrhée qui est incessante.

De plus, les troubles cardiaques se sont accentués et plusieurs fois le médecin habituel de cette malade a dû lui administrer de la digitale.

L'opération fut faite par M. Demarquay, à l'aide de l'écraseur linéaire; elle fut très-bien supportée par la malade. L'écoulement sanguin fut peu considérable ; la portion de col enlevée, mesurait 6 à 7 centimètres ; l'examen histologique fait par le Dr Nepveu, démontra qu'il s'agissait d'une hypertrophie ayant porté également sur tous les éléments anatomiques du col.

Nous avons su, dans la suite, que cette dame, parfaitement guérie de son affection utérine, avait succombé quelques mois après l'opération par suite de l'aggravation de symptômes cardiaques.

Bien que chez cette femme le col fût allongé au point de faire à la vulve une saillie de deux à trois centimètres, les rapports sexuels ne sont pas empêchés. Ceux-ci néanmoins sont douloureux et suivis d'une irritation assez forte pour avoir déterminé Madame X..... à réclamer les bénéfices d'une opération. Les explications qui nous ont été fournies, indiquent avec précision que le pénis, pendant l'acte sexuel, était introduit *dans le cul-de-sac postérieur, en arrière du col hypertrophié.* Dès lors, le coït a pour effet de pousser en avant le col de la matrice : celle-ci éprouvant un mouvement de bascule, doit avoir une tendance à la rétro-version.

Cette complication n'est pas constante ; ainsi, elle n'existe pas chez notre malade, et voici pourquoi : Ayant eu plusieurs enfants, elle a le vagin très-large et dilatable ; d'autre part, le col est long mais aminci et peu volumineux, de telle sorte que la pression du pénis sur celui-ci doit être insignifiante. Quant à la douleur causée par le coït, nous l'attribuons au tiraillement du cul-de-sac utéro-vaginal et de la paroi vaginale postérieure. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. G. HAYEM, agrégé, suppléant M. le professeur BOUILLAUD.

Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde (1)

Leçons recueillies par BOUDET DE PÂRIS, externe du service.

CINQUIÈME LEÇON. — 15 avril 1875 (Fin).

Appendice. Les diverses pièces anatomiques, recueillies dans ce cas de gangrène typhoïde, ont été de ma part l'objet d'un examen microscopique minutieux.

La relation succincte des principaux résultats que nous avons obtenus servira de complément aux leçons précédentes.

1° *Examen du cœur après durcissement.* — Cette étude confirme et complète celle qui a été faite, à l'état frais, à l'aide de la dilacération. Sur des coupes, comprenant toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire, on constate très-nettement les caractères anatomiques d'une myocardite intense, qui acquiert son plus haut développement dans la couche interne sous-jacente à l'endocarde. A ce niveau, dans le tissu interstitiel : exsudat amorphe ou granuleux, plus ou moins abondant suivant les points ; amas de cellules qui ont les unes les caractères de cellules plates gonflées, les autres, ceux de cellules embryonnaires.

Le picro-carmin fait apparaître presque partout une quantité considérable de noyaux, tant dans le tissu interstitiel que dans les fibres elles-mêmes.

Les vaisseaux capillaires des parties internes, voisines de l'endocarde sont extrêmement dilatés et contiennent des globules rouges pressés les uns contre les autres. Dans quelques points on trouve des amas diffus de globules rouges extravasés qui infiltrent le tissu conjonctif.

Ces particularités répondent à cette portion de la paroi du cœur qui était rouge à l'œil nu.

La plupart des fibres musculaires sont atrophiées et cette atrophie est même notable dans les points où les fibres ont conservé leur striation. Les parties les plus altérées forment sur les coupes des sortes de plaques ou îlots irrégulièrement disséminés au niveau desquels les fibres ont subi la dégénérescence vitreuse ou la dégénérescence granulo-graisseuse.

L'endocarde qui répond à ces parties malades et particulièrement aux colonnes de premier ordre est assez fortement altéré. Il est épaissi ; sa couche interne, irrégulièrement tuméfiée, est constituée par plusieurs couches de cellules plates tuméfiées et par quelques cellules embryonnaires. Le tissu conjonctif sous-jacent à cette membrane interne contient une quantité surabondante de fibres élastiques et il est infiltré çà et là par une sorte d'exsudat granuleux.

Dans quelques-uns des plis formés par l'endocarde ainsi altéré, on trouve des fragments de caillots adhérents. Ces petits caillots sont composés presque exclusivement par un grand nombre de globules blancs granuleux, pressés les uns contre les autres.

2° *Examen des caillots cardiaques après durcissement.* — Ces caillots sont constitués sur les coupes par des tractus irrégulièrement concentriques, d'aspect vitreux, se colorant en rouge par le carmin et circonscrivant des espaces arrondis ou des fentes allongées, d'aspect verdâtre.

Les parties rouges sont composées de globules blancs altérés ; celles qui sont devenues verdâtres sous l'influence du liquide de Müller contiennent surtout des globules rouges ; on y voit aussi des globules blancs granuleux disséminés au milieu des rouges.

Cette structure est celle des caillots dits actifs. A l'aide de la dilacération, on n'y trouve qu'une très-petite quantité de filaments fibrillaires, caractéristiques de la fibrine, et cela seulement dans les couches superficielles.

3° *Examen des artères.* — *Poplitée.* La partie inférieure de cette artère contient un caillot peu volumineux libre, ou à peine adhérent à un point limité de la membrane interne.

Celle-ci est notablement épaissie et atteinte d'endartérite. Sur les coupes faites en allant successivement de la partie inférieure de la poplitée à sa partie supérieure, on voit que, presque partout, la lumière vasculaire est notablement rétrécie par l'endartérite. Le caillot n'obstrue que le tiers ou le quart de cette lumière et, sur quelques coupes, il est réduit à quelques fragments granuleux, inégaux, qui adhèrent plus ou moins à la paroi interne.

Ce caillot est d'une structure analogue à celle des parties les plus granuleuses des caillots cardiaques.

Il est composé de couches concentiques colorées en rouge par le carmin, et qui laissent entre elles des espaces granuleux. Au centre, il est le siége d'une sorte de ramollissement caséeux, caractérisé par la présence d'une substance granuleuse dans laquelle on reconnaît encore quelques globules blancs et qui contient des sels calcaires.

Artères iliaques et crurales. — L'artère iliaque primitive gauche contient un caillot volumineux stratifié, nullement adhérent et qui occupe inférieurement une partie seulement de la lumière vasculaire.

Sur les coupes qui se rapprochent de l'aorte, le caillot devient plus volumineux et adhérent dans une partie de son étendue ; plus haut encore, il oblitère presque complétement la lumière vasculaire et adhère plus fortement à la membrane interne.

Les mêmes particularités s'observent sur l'artère iliaque primitive droite, sur les artères iliaques externes et les deux crurales. Sur un grand nombre de coupes, la lumière de ces vaisseaux est complétement obstruée.

Aorte. — L'aorte est complétement oblitérée dans l'étendue de plusieurs centimètres (3c.5) près de sa bifurcation et au-dessus presque complétement dans l'étendue de 4 centimètres.

Le caillot aortique adhère assez fortement à la membrane interne, sauf çà et là sur certaines coupes, où l'on peut

(1) Voir les nos 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 41, 42 et [illegible].

voir après les manipulations, un petit espace entre le coagulum et la paroi vasculaire.

Dans les préparations de ces dernières artères (iliaques, crurales, aorte) faites en très-grand nombre, on ne trouve que des traces d'endartérite.

Cette inflammation est toujours limitée à de petites portions de la membrane interne et sur plusieurs préparations elle fait totalement défaut.

Les caillots ont presque partout le même aspect et la même structure. Ils sont tous stratifiés et leur partie centrale rappelle complétement la structure des caillots cardiaques. Leur partie périphérique paraît être en général de formation plus récente et plus riche en amas de globules rouges.

Artère rénale droite. — Dans le but de faire contrôler ces résultats précédents par M. Pitres, qui s'occupe particulièrement de l'étude des coagulations sanguines, j'ai prié cet observateur de vouloir bien faire quelques coupes des caillots cardiaques et de l'artère rénale droite.

Sur les préparations de M. Pitres comme sur les miennes, le caillot artériel offre une structure analogue à celle du caillot cardiaque. De plus, bien que l'artère rénale soit complétement obstruée, sa paroi est parfaitement saine et l'on ne saurait invoquer ici l'influence d'une endartérite pour expliquer l'obturation.

Cette étude microscopique, qui n'est relatée ici que dans ses traits principaux, vient donc à l'appui des considérations présentées précédemment. Elle permet de rattacher d'une manière décisive la gangrène et les infarctus multiples à des embolies d'origine cardiaque, et les caillots du cœur à une myocardite tres-intense, compliquée d'une légère endocardite pariétale.

Carcinomes développés dans deux myomes attenant à l'utérus et faisant saillie dans la cavité péritonéale. Carcinome de la capsule surrénale gauche;

Par **A. BOISSIER**, interne des hôpitaux, et **V. CORNIL**, chef du laboratoire de la Charité.

La nommée R.., âgée de 53 ans, cuisinière, entre le 5 juin 1875, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 19 (service de M. EMPIS).

Bons antécédents héréditaires, bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Une seule grossesse à 21 ans, sans accidents. — Début de la maladie lent et sourd, si bien que les renseignements de la malade à cet égard sont assez confus. Depuis plusieurs mois (3 ou 4), elle se plaignait de douleurs lancinantes abdominales, surtout après les repas, et de crampes assez fortes dans les jambes. A cette époque, aucune tumeur abdominale.

Ce n'est que depuis deux mois que l'appétit a disparu, que les forces de la malade se sont rapidement perdues, en même temps que le sommeil. C'est alors qu'elle s'est aperçue que son ventre était dur, douloureux à la pression; digestions pénibles, suivies de douleurs parfois atroces; selles sanguinolentes pendant 12 jours à cette époque; jambes enflées. Rien du côté de la menstruation. Quelques flueurs blanches depuis un an. Ménopause depuis 10 ans. Les forces diminuant de jour en jour, le ventre continuant à grossir, la malade, obligée de cesser tout travail, se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. Teinte profondément cachectique; amaigrissement extrême. Perte absolue des forces; face grippée, exprimant la souffrance. Voix faible, à demi éteinte.

Ventre distendu par une grande quantité de liquide. En déprimant ce liquide, on sent sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, une tumeur dure, résistante, globuleuse, dont on apprécie mal les limites, à cause de l'abondance du liquide. Au-dessus et dans toute la région abdominale, le ventre est dur, douloureux à la pression; on y sent en maints endroits des inégalités et des bosselures qui se laissent déprimer en totalité sous l'effort d'une pression légère, mais continue.

Par le toucher vaginal et la palpation abdominale combinés, on a la sensation d'une tumeur complétement adhérente à l'utérus et suivant ses mouvements. Le col n'est pas entraîné en haut par le gros de la tumeur; il est à gauche, en arrière et assez difficile à trouver, il n'est pas entrouvert et ne paraît pas déchiqueté.

Depuis plusieurs jours, la malade est prise de vomissements fréquents; elle ne peut rien prendre sans être presque aussitôt forcée de le rendre. Pas d'œdème des jambes. Rien dans les sommets des poumons. Rien au cœur.

7 *juin.* Ponction abdominale, au lieu d'élection, à droite: on retire 5 litres 1/2 d'un liquide sanguinolent, contenant des grumeaux blanchâtres en assez grande quantité (1).

Après la ponction, on sent très-bien plusieurs tumeurs, dont la principale, de la grosseur d'une tête de fœtus, paraît toujours dure, résistante, globuleuse; de chaque côté, on en sent quelques-unes, plus petites, paraissant faire corps avec elle.

Au-dessus de cette masse, en déprimant la paroi abdominale, on sent une masse dure, étalée, présentant çà et là des noyaux durs.

Les vomissements verdâtres continuent et le liquide ne tarde pas à se reproduire en assez grande quantité. L'amaigrissement fait de nouveaux progrès. Le pouls est fréquent, petit, filiforme; la malade ne peut prendre aucune nourriture, sans la rendre immédiatement et au milieu des plus vives douleurs.

Rien de nouveau les *jours suivants.* Sensation de brûlure et de plénitude à l'estomac. Rien du côté de la vessie; la malade urine bien, et va à la selle avec des lavements.

Le 15 *juin*, dans la nuit, la malade est prise de violentes douleurs irradiées dans tout le ventre. La piqûre faite par le trocart se rouvre et il s'écoule une grande quantité de liquide · ce qui soulage un peu la malade.

Toute la journée du 16 *juin*, de la sérosité s'écoule encore en assez grande quantité. Vers le soir, la malade meurt en proie aux plus violentes douleurs et se plaignant d'étouffer. (Péritonite suraiguë)

Il était évident que nous avions affaire ici à un cancer généralisé au péritoine et à ses dépendances, ayant probablement débuté dans un des organes génitaux pelviens. Mais dans lequel? Voilà la difficulté qui n'a pu être résolue par l'affirmative, du vivant de la malade.

AUTOPSIE, faite par M. CORNIL le 18 *juillet.*

Le grand *épiploon* forme une masse charnue, large, étendue de la partie inférieure de l'estomac et du colon transverse qui sont unis par elle, jusque dans la fosse iliaque, et qui est lobulée à sa partie inférieure, de manière à présenter surtout deux parties séparées par un grand sillon vertical. Ces parties charnues de l'épiploon sont vascularisées, épaissies, végétantes surtout à la partie inférieure; l'épaisseur de l'épiploon est de deux à trois centimètres. Quand on incise, on voit un tissu blanchâtre qui laisse couler un liquide séreux tenant en suspension des flocons grisâtres formés de sang; par le râclage on a aussi un suc laiteux. Le liquide épanché dans le ventre, qu'on peut estimer à 1 litre 1/2, est filant comme du fromage fondu et mêlé à du pus lactescent et des flocons grisâtres. La surface des *intestins* est partout couverte de végétations vasculaires. Le mésentère est aussi très-épaissi et certainement cancéreux avec de gros bourgeons saillants.

Par le toucher vaginal, on note que le col de *l'utérus* est petit et resserré; le col est libre, mais le corps confondu avec la masse de la tumeur. Les mouvements imprimés à l'utérus se transmettent à cette masse; cependant on sent à droite une petite grosseur paraissant adhérente, bien qu'indépendante. Vessie normale.

La partie principale de la *tumeur* est bosselée, et a des points ramollis, paraissant constitués par des kystes. Ailleurs la tumeur, qui a le volume d'un cerveau d'adulte, présente des

(1) L'examen microscopique du liquide permet d'affirmer qu'il s'agit d'un carcinome. En effet, au milieu du liquide composé d'un grand nombre de globules de pus et de sang, on voit des grumeaux qui sont constitués par une agglomération de cellules très-volumineuses contenant des noyaux en nombre variable, tous extrêmement volumineux, mesurant de 11 à 12 millièmes de millimètre, ovoïdes ou sphériques, possédant de gros nucléoles brillants qui se colorent évidemment pour le picro-carmin. V. C.

tumeurs secondaires hémisphériques, surtout abondantes en bas. L'incision du vagin fait arriver sur le col, qui est petit. On peut introduire à grand peine un stylet dans l'orifice; le col est très-long, et, derrière le museau de tanche fermé, il y a un liquide colloïde. Petits kystes à l'intérieur du col.

Le corps de l'utérus est coudé presque à angle droit sur le col. Le col se coude à un angle droit à 8 centimètres de son orifice inférieur, pour se continuer à gauche de la tumeur avec la cavité de l'utérus, dilatée, et mesurant 9 centimètres environ; cette cavité est lisse et contient un liquide muqueux filant; elle est bien limitée par des fibres charnues musculaires de l'utérus, très-faciles à reconnaître à l'œil nu, à droite du corps de l'utérus; au niveau des points de courbure, se trouve une masse analogue à une amande, faisant corps avec la tumeur principale située au-dessus. Cette tumeur, qu'on énuclée facilement, et qui fait corps avec la paroi du tissu utérin, est constituée par des fibres blanches disposées en cercles concentriques et ne donne pas de suc par le râclage; elle est élastique, fibreuse, très-dure, elle a l'aspect et la consistance d'une tumeur fibreuse.

Au-dessus du point où se termine le corps utérin, on note deux gros noyaux, dont l'un est mou avec un centre jaunâtre caséeux, de la grosseur d'une petite noix; l'autre est petit, formé par un tissu serré et dense avec des points jaunes et noirâtres. En fendant la tumeur principale, on note d'abord une couche appartenant au péritoine épaissi; une 2me couche analogue aux fibres musculaires de l'utérus. La tumeur, fendue dans sa totalité, a l'aspect d'une tumeur ramollie à son centre entouré de toutes parts par les deux couches sus-nommées. Au-dessous de la couche vasculaire, appartenant probablement à l'utérus, on voit un tissu ferme, dur, formant la partie périphérique de la tumeur, et ramolli en un détritus caséeux dans la portion centrale; il résulte de là une cavité pleine de liquide opaque caséeux, en assez grande quantité, jaunâtre et donnant un suc jaunâtre.

Le *poumon gauche* est un peu emphysémateux et congestionné en bas, pas de nodules sur la plèvre. *Poumon droit* : indurations séniles du sommet, rien à la plèvre.

Le *diaphragme*, examiné par sa face supérieure, montre sur toute son étendue des lignes blanches et des plaques cancéreuses; les premières sont évidemment des lymphatiques cancéreux en rapport avec l'infiltration cancéreuse du ligament falciforme du foie et avec les adhérences unissant le foie avec la face intérieure du muscle. A la face inférieure du diaphragme, le péritoine est recouvert de végétations cancéreuses.

Cœur petit; fibres jaunâtres; valvules saines.

Foie assez gros, congestionné par places à la superficie; *estomac* plein de bile; *rate* petite et molle; *pancréas* sain. — En arrière de la rate et au-dessus du rein gauche, est une tumeur faisant corps avec le rein, de ce côté. Cette tumeur, qui coiffe le rein comme un casque, est distincte du rein et lui adhère par des vaisseaux et du tissu conjonctif; elle occupe la place de la *capsule surrénale* absente, ou, pour mieux dire, remplacée par elle. Cette tumeur a le volume d'un œuf de dinde, elle est sphérique; incisée, elle paraît entourée d'une coque fibreuse. La masse homogène est constituée par un tissu encéphaloïde, demi-transparent à la surface, opaque et un peu jaunâtre au centre; le tout très-ramolli, et d'une friabilité telle que tout se réduirait en liquide à la moindre pression.

L'*intestin grêle* est plein de bile; le *gros intestin* a des matières presque solides; les *ganglions* prévertébraux sont transformés; le *mésentère* est très-épaissi; le *rein* droit est petit, presque normal.

Les *ovaires*, recherchés avec le plus grand soin, ne sont pas aperçus, englobés qu'ils sont par la masse cancéreuse, et dégénérés probablement; pourtant, du côté gauche, on peut suivre un cordon dur, ressemblant à la trompe et conduisant à un noyau globuleux qui, à l'œil nu, peut être regardé comme l'ovaire de ce côté. A droite, les recherches sont infructueuses.

Examen histologique, par M. V. Cornil.

A. Examen à l'*état frais*. Les muscles du cœur ne sont pas en dégénérescence graisseuse évidente; les fibres ont beaucoup de pigment jaune; à l'examen fait à l'état frais de la grosse tumeur, on constate, au-dessous du péritoine épaissi, une membrane fibreuse qui recouvre une couche charnue, rosée, constituée par du tissu fibreux, dans lequel des faisceaux musculaires de la vie organique sont disposés sous forme de fibres parallèles, dirigées dans le sens de la tumeur. Ces faisceaux sont assez considérables pour être bien vus à l'œil nu; lorsqu'on les dissèque avec des aiguilles, et qu'on les colore par le carmin, on reconnaît de grandes fibres-cellules dont les noyaux allongés se recroquevillent sous l'influence de l'acide acétique, et sont très-caractéristiques. Au-dessous de ces couches de fibres musculaires normales, on voit un tissu jaune opaque, assez épais, constitué par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires, dont les cellules sont en dégénérescence graisseuse.

Lorsque, en effet, après avoir dissocié les fragments de ce tissu, on les colore par le carmin, et on les traite par l'acide acétique, on voit les fibres-cellules remplies de grosses granulations réfringentes, ce qui n'empêche pas d'y reconnaître le noyau caractéristique.

Dans la partie centrale de la tumeur, qui présente à l'œil nu une opacité presque complète et un tissu jaunâtre, alternant avec de petits îlots rosés, on obtient, par le râclage, un suc épais; les éléments contenus dans ce liquide sont de grandes cellules à gros noyaux, les mêmes que celles des portions récentes du carcinome du péritoine, mais qui sont infiltrées pour la plupart de granulations graisseuses.

Dans la partie centrale de la tumeur, examinée sur des coupes minces à l'état frais, on voit un stroma composé de fibres de tissu conjonctif et de fibres musculaires en dégénérescence graisseuse.

La pièce tout entière a été conservée dans l'alcool, de telle sorte qu'avant de pratiquer l'examen histologique sur les parties durcies, on a pu faire de nouvelles coupes sur ces pièces et s'assurer que la grosse tumeur, annexée à la droite de l'utérus, et le tissu de la petite située à gauche, se continuaient directement et sans intermédiaire avec le tissu utérin.

B. Capsule surrénale. La portion corticale la moins ramollie de la capsule surrénale a été durcie dans l'alcool absolu. Sur les sections minces, on y voit un stroma formant des alvéoles assez larges, qui sont remplis de grosses cellules épithélioïdes polymorphes avec de gros noyaux et nucléoles. Ces cellules y sont libres, sans union les unes avec les autres, et sont chassées facilement par l'action du pinceau.

La *grosse tumeur* unie très-intimement à l'*utérus*, si bien qu'il est impossible de voir une limite ni une différence de tissu entre la couche musculo-fibreuse corticale de cette tumeur et la substance musculo-fibreuse du corps utérin, nous a présenté les particularités suivantes :

1° A sa surface, dans une couche de 5 à 6 millimètres, on ne trouve que des faisceaux de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif, dont la direction générale est circulaire suivant la surface périphérique de la tumeur. Il y a très-peu de cellules lymphatiques dans cette couche, et les cellules de tissu conjonctif y sont normales.

Au-dessous, et se continuant insensiblement avec cette dernière, on trouve une couche à peu près de la même épaisseur (de 4 à 5 millimètres), qui est composée presque uniquement d'un tissu conjonctif feutré contenant aussi quelques fibres-cellules reconnaissables et une grande quantité de cellules lymphatiques en dégénérescence granulo-graisseuse. Il y a de plus, de distance en distance, des gouttelettes huileuses assez grosses, ayant de 0,02 à 0,03. Ce tissu est assez opaque et difficile à déterminer, à cause de la dégénérescence caséeuse de ses cellules.

La masse centrale, qui est de beaucoup la plus considérable, est formée par le tissu précédent, qui est traversé par un réseau de vaisseaux entourés par une zone de tissu carcinomateux.

A l'œil nu, et à l'état frais, on voyait, sur un fond jaune et opaque, des îlots arrondis ou ovoïdes ou allongés, de 1/2 à 1 millimètre ou 1 1/2 de diamètre, formés d'une substance grise moins opaque, et, au centre de chacun de ces îlots, on pouvait distinguer une section d'un vaisseau.

Sur les préparations examinées au microscope, cette disposition est très-facile à constater à un faible grossissement. Au milieu de chaque îlot ou zone moins opaque, on voit un

vaisseau, artère ou veine, rempli de sang et de fibrine. Avec un grossissement plus considérable (300 diamètres) on reconnaît la paroi du vaisseau qui est normale, et son contenu consistant en un réticulum fin de fibrine contenant des globules rouges et des globules blancs. Autour du vaisseau, le tissu est formé par un réticulum de fibres de tissu conjonctif limitant des mailles assez étroites. Les travées de ce stroma contiennent aussi des fibres-cellules reconnaissables à leur noyau étroit et allongé. Dans les espaces de ce réseau, on voit de grosses cellules avec un gros noyau et un nucléole volumineux, éléments que nous avons examinés et décrits sur la pièce fraîche. Il y a donc là un tissu carcinomateux très-net, dont les cloisons sont formées par du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses, et qui renferment des cellules épithélioïdes. Les mailles du réseau sont beaucoup plus étroites que celles de la capsule surrénale. Ce tissu existait seulement autour des vaisseaux.

La *petite tumeur* présentait absolument les mêmes caractères histologiques : mêmes fibres musculaires lisses, même tissu carcinomateux au milieu d'un tissu fibreux caséeux.

Les *ganglions* et les parties dégénérées du *péritoine* présentent les lésions caractéristiques du carcinome mou.

Réflexions. — Voici maintenant les hypothèses qu'on peut faire en face de ce fait : le début du carcinome est-il dans les tumeurs soudées à l'utérus, ou dans la capsule surrénale ? C'est là une question que je ne suis pas en mesure de trancher.

Pour ce qui touche les deux tumeurs qui font corps avec l'utérus, il n'est pas douteux qu'il s'agisse de myomes préexistants au carcinome. Il serait impossible d'admettre qu'un carcinome développé primitivement dans l'utérus se soit accompagné d'une formation de couches de fibres-cellules qui l'auraient entouré de toutes parts. Le carcinome est développé certainement le long des vaisseaux de deux tumeurs préexistantes, très-riches en fibres de tissu conjonctif et en fibres musculaires lisses, si bien que les alvéoles du carcinome sont limités par ces éléments. C'est là un fait très-commun dans les carcinomes des parois utérines, où on observe un stroma qui contient des fibres musculaires lisses. Il en est de même ici, où le carcinome s'est formé dans un tissu analogue.

Maintenant, ces deux tumeurs sont-elles des myomes ayant pris leur point de départ dans la paroi utérine et faisant leur saillie du côté du péritoine, ou bien s'agit-il des deux ovaires transformés complétement en myomes et devenus cancéreux plus tard ? C'est là une question assez difficile à résoudre. L'enveloppe de couches musculaires épaisses autour de ces tumeurs plaide en faveur de la première hypothèse ; l'absence des deux ovaires qui n'ont pas été trouvés à l'autopsie sur les bords ou dans les environs de l'utérus ferait pencher pour la seconde. En tout cas, et de quelque façon qu'on interprète ce fait, que le carcinome soit primitif ou secondaire, qu'il s'agisse de tumeurs ovariennes ou utérines, il n'en est pas moins constant que le tissu carcinomateux pénétrait avec les vaisseaux et autour d'eux dans des myomes préexistants.

Concours des prix de l'Internat.

Le concours s'est terminé mercredi dernier, par les nominations suivantes :

Première division. (Internes de 4ᵉ et de 3ᵉ années) : Médaille d'or, F. Raymond ; — Médaille d'argent, P. Reclus ; — 1ʳᵉ mention, V. Hanot ; — 2ᵉ mention, H. Duret. — Les candidats ont eu à traiter, comme questions orales : *De l'épithélioma de la langue;* des *hemorrhagies dans la fièvre typhoïde.*

2ᵉ *division.* (Internes de 2ᵉ et de 1ʳᵉ année) : Médaille d'argent, Kirmisson ; — Accessit, M. Schwartz ; — 1ʳᵉ mention, H. de Boyer ; 2ᵉ mention, M. Léger. Les candidats ont eu à traiter comme questions orales : *Nécrose phosphorée* ; *varicelle.*

C'est avec un très-grand plaisir que nous annonçons ces nominations. Les quatre lauréats de la première division comptent parmi les principaux rédacteurs du *Progrès médical* et deux de nos nouveaux collaborateurs, MM. Kirmisson et de Boyer, sont parmi les lauréats de la seconde division. Les succès obtenus par nos amis, assurent nos lecteurs que le *Progrès Médical* continuera à suivre la voie scientifique qui lui a valu la sympathie du public médical.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Assistance publique. — Suppression du Bureau central.

Depuis la démolition du pavillon de l'Hôtel-Dieu où fonctionnaient autrefois les divers services du Bureau central, ces services ont été transportés dans une partie du nouvel Hôtel-Dieu. Cette installation provisoire ne pouvant durer telle qu'elle est, l'administration de l'Assistance publique a nommé une commission pour examiner s'il y avait lieu de conserver l'ancienne organisation. Voici, sur les travaux de cette commission, les renseignements qui nous ont été transmis et que nous croyons aussi exacts que possible.

« C'est par erreur que la *France médicale* a annoncé un rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les modifications à apporter au bureau central. Nommé comme étant le plus ancien membre du bureau central, ce médecin a pris part aux délibérations au même titre que les autres membres de la Commission. Celle-ci, présidée par M. de Nervaux, se composait de MM. Moissenet, A. Guérin, Le Dentu et Dujardin-Beaumetz, médecins et chirurgiens des hôpitaux et du bureau central et de MM. Brelet et Isnard, inspecteurs des hôpitaux, Bailly, secrétaire-général de l'administration, Havée, chef de division des hôpitaux.

» Le préfet de la Seine, d'après les vœux formulés par le Conseil municipal et le Conseil des hôpitaux ne pouvant pas maintenir dans les nouveaux bâtiments de l'Hôtel-Dieu, le bureau central qui y a été transféré il y a deux ans, demandait à cette commission s'il ne serait pas possible de modifier ou de supprimer le bureau central tel qu'il fonctionne aujourd'hui.

» Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ont été unanimes pour réclamer le maintien intégral du bureau central et qui se compose de consultations spéciales maladies des femmes, du larynx, des yeux, des dents, les teignes, les bandages), de consultations gratuites où des médicaments sont donnés et de l'admission dans les hôpitaux. Les principales raisons invoquées par ces Messieurs sont les suivantes :

» 1° *L'importance du Bureau central.* — Ce Bureau a donné, en effet, l'année dernière, 27,000 consultations et a reçu 10,000 malades et comme ces dernières admissions se font sur un nombre assez considérable d'individus (au moins le double des admis) on peut dire, sans exagération, que près de 50,000 individus fréquentent, par an, le Bureau central.

» 2° *Le triage des malades.* — Les hôpitaux ne pouvant recevoir tous les individus qui y réclament leur admission d'une part, et de l'autre la distribution de ces hôpitaux dans les divers quartiers de la ville, n'étant pas proportionnée au nombre des habitants pauvres, il faut choisir chaque jour les plus malades d'entre eux et pour faire ce choix, il est nécessaire de réunir tous les malades en un seul point, ce qui permet de les comparer et d'admettre les cas les plus urgents.

» 3° *L'anonymat du Bureau central.* — Certains médecins refusent à tort les phthisiques qui se présentent à l'hôpital, considérant que cette maladie ne peut que s'aggraver dans les services hospitaliers. Ces derniers forment donc le plus grand nombre des malades qui fréquentent le Bureau central, et comme le médecin du Bureau central n'est pas, le plus souvent, chargé d'un service actif, il n'a aucun motif pour refuser ou accepter telle ou telle catégorie de malades.

» Ces raisons ont été d'ailleurs, admises en principe par l'Assistance publique qui cherche en ce moment un local pour y transporter les services du Bureau central, tels qu'ils existent aujourd'hui. »

Nous avons le regret de ne point partager l'opinion des membres distingués de la Commission. Afin de mieux faire comprendre les motifs de cette divergence, nous devons rappeler rapidement le mode de fonctionnement des consultations dans les hôpitaux, en insistant plus particulièrement sur la consultation médicale.

Tous les matins, sauf le dimanche, un des médecins et un des chirurgiens de chaque hôpital font une consultation. D'abord, ils passent en revue les malades qui demandent à entrer à l'hôpital, choisissent entre eux, acceptant ceux qui leur paraissent les plus malades et renvoyant les autres soit à la consultation du lendemain, soit à celle du Bureau central. Que deviennent ces derniers malades, c'est ce que nous verrons tout à l'heure.

Les solliciteurs de lits s'étant retirés, c'est à ce moment que commence la véritable consultation ; elle se fait plus ou moins rapidement, selon les circonstances ; car

le médecin d'hôpital, qui a déjà consacré en général près de deux heures, et avec raison, à la visite de ses salles, est matériellement dans l'impossibilité d'examiner longuement tous les malades, surtout lorsqu'ils sont très-nombreux. Supposons la consultation faite aussi bien que possible. Les malades, rentrés chez eux, exécutent ce que le médecin leur a conseillé; mais le lendemain ou le surlendemain, soit parce qu'ils ne vont pas mieux, soit parce qu'il est survenu de nouveaux accidents, ils reviennent à la consultation de l'hôpital. Que trouvent-ils? Un autre médecin consultant qui est obligé de les examiner et de leur faire raconter à nouveau toute l'histoire de leur maladie. De telle sorte que en huit jours de temps, si le malade vient trois ou quatre fois à la consultation, il aura affaire à trois ou quatre médecins différents. Est-ce là l'idéal d'une consultation, telle qu'on la conçoit de la part des médecins les plus instruits? Certes non.

Voyons maintenant ce qui se passe au Bureau central. Là aussi se donnent des consultations. A qui? Aux malades de toute la ville. Le médecin consultant pourra être le même pendant toute la durée de leur affection. C'est là un avantage sérieux; mais cet avantage les malades l'achètent au prix de longs déplacements, souvent dispendieux, et si la consultation était faite plus méthodiquement dans l'hôpital de leur quartier, ils auraient tout bénéfice à s'y rendre et à ne pas se déranger.

Au Bureau central, de même que dans les hôpitaux, on distribue des lits aux malades; aussi retrouvons-nous là les malades qui n'ont pu avoir de lits dans les hôpitaux. Les uns, venant par exemple de la Maison Blanche, ont déjà fait une station à l'hôpital de la Pitié. Il peut alors se présenter deux conditions: ou bien ils obtiendront un lit; dans quel hôpital? Le hasard est si grand que ce sera peut-être dans ce même hôpital de la Pitié, où quelques heures auparavant, il n'y avait pas de places. Il pourra aussi arriver qu'ils soient dirigés sur l'hôpital Beaujon.

Les autres, moins heureux, n'ont pas de lits. Les vacances sont comblées. Ils sont donc obligés de retourner à la Maison Blanche et, le lendemain, ils recommenceront le voyage au Bureau central avec sa station à la Pitié. Et il est possible que ces voyages, ces stations se répètent plusieurs fois. Au prix de quelles souffrances, le malheureux obtient-il enfin l'assistance, qu'on lui donne dans les hôpitaux!

Celui-là même qui a été le plus favorisé, c'est-à-dire qui a obtenu un bulletin d'admission pour l'hôpital Beaujon, est-il assisté comme il devrait l'être? Il est permis d'en douter. Comment ses parents, ses amis, ouvriers comme lui, pourront-ils aller le visiter, le consoler, l'aider quelque légèrement que ce soit. Supposons-les pleins de dévouement. Ils s'acquitteront de ce pieux devoir. Mais c'est un véritable voyage qu'il leur faudra entreprendre: ils perdront un temps précieux. Et si la maladie se prolonge, un moment ne viendra-t-il pas où, ressources épuisées, dévouement fatigué, le malheureux sera presque tout-à-fait délaissé?

Le Bureau central comprend encore des services pour les bandages herniaires, pour les vaccinations, l'extraction des dents, etc. Ces services spéciaux doivent-ils se faire de toute nécessité au Bureau central? Nous ne le pensons pas. Comment, voilà un hernieux qui habite Grenelle, c'est au parvis Notre-Dame qu'il devra se rendre pour avoir un bandage et il y a sur son passage l'hôpital Necker, l'hôpital Temporaire, la Charité. Est-ce que, délivré au Bureau central, le bandage revient à meilleur marché que donné à l'hôpital Necker? Est-ce que le chirurgien du Bureau central est plus expérimenté que les chirurgiens de l'hôpital Necker, de l'hôpital Temporaire, que les professeurs éminents de l'hôpital de la Charité? Personne n'oserait le soutenir. Pourquoi donc faire voyager ce malheureux? Ne serait-il pas plus simple, plus humain, de lui accorder le bandage dont il a besoin dans l'hôpital de son quartier?

Les défauts du système actuel nous paraissent indéniables. Voyons maintenant s'il est possible de supprimer le Bureau central et de le remplacer par une meilleure organisation.

Les consultations des hôpitaux pourraient être faites: 1° à tour de rôle par chacun des médecins ou des chirurgiens de l'établissement; 2° par un médecin et un chirurgien du Bureau central. Voici quel serait la fonction de chacun d'eux: Le médecin ou le chirurgien de l'hôpital, auquel le directeur ferait remettre, à 10 heures, le nombre des lits vacants, viendrait examiner les malades qui sollicitent un lit et, jusqu'à concurrence des vacances, il donnerait des bulletins d'admission, désignant d'une façon spéciale pour ses salles les malades qu'il préfère. Quant aux employés, ils ne devraient recevoir que les malades appartenant à la circonscription de l'hôpital, laquelle serait facilement établie par le chiffre des lits de l'hôpital, proportionné à la population. De cette façon, rien ne serait changé pour les médecins des hôpitaux, en ce qui concerne le recrutement de leur service, si ce n'est que tout individu, vraiment malade, phthisique ou non, devrait être reçu dans l'hôpital de son quartier.

La consultation proprement dite, c'est-à-dire l'examen et le traitement des malades externes, *out patients*, comme disent les Anglais, sera faite par un médecin et un chirurgien du Bureau central, qui, comme aujourd'hui, les médecins et les chirurgiens d'hôpital, ne changeraient pas tous les jours de la semaine, mais feraient ce service pendant trois ou quatre mois. Alors, les malades externes seront soignés, pendant toute la durée de leur maladie, par le même médecin, qui s'intéressera naturellement plus à eux que ne peuvent le faire actuellement, malgré la meilleure volonté du monde, les médecins des hôpitaux.

Au point de vue administratif, ce système aurait l'avantage de permettre de ne pas recevoir à l'hôpital, mais de traiter, en les laissant chez eux, un grand nombre de malades, qui ne se décident à entrer à l'hôpital que pour avoir des soins médicaux réguliers et obtenir des médicaments. Or, rien ne s'oppose à ce qu'on étende à tous les hôpitaux, la distribution des médicaments qui se fait déjà dans les hôpitaux consacrés aux enfants et à l'hôpital Saint-Louis. Mais c'est là une question qui mérite d'être approfondie.

Quant à la distribution des bandages, à l'extraction des dents, etc., elles s'opéreront tout aussi bien par les chirurgiens du Bureau central, faisant les consultations dans un hôpital, que par les mêmes chirurgiens siégeant au parvis Notre-Dame.

Nous aurons, sans doute, l'occasion de revenir avec plus de détails, sur cette question, que nous n'avons fait qu'effleurer aujourd'hui, et nous terminerons par les conclusions suivantes: 1° Suppression du Bureau central; 2° division de Paris en circonscriptions hospitalières; 3° réception des malades indigents dans l'hôpital de leur circonscription; 4° consultation pour l'admission dans les hôpitaux,

par les médecins et les chirurgiens titulaires ; 5° consultations externes, vaccinations, distribution des bandages, des bas-varices, etc., par les médecins et les chirurgiens du Bureau central ; 6° distribution des médicaments, dans tous les hôpitaux, aux malades externes par les internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien en chef.

Une semblable organisation, fondée sur l'intérêt des malades qui, en fait d'assistance publique, prime toute autre considération, nous paraît en outre respecter les prérogatives non-seulement des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, mais aussi des médecins et des chirurgiens du Bureau central. Enfin, en fournissant les moyens de donner des soins sérieux aux malades externes, elle permet à l'assistance de réaliser des économies qui l'aideront à soulager un plus grand nombre de malheureux — ce qui doit toujours être son principal objectif.

Congrès de Bruxelles. — Incident Hyernaux-Tarnier.

Tous les médecins français qui ont assisté au congrès de Bruxelles et ceux qui ont lu les comptes-rendus de ses séances ont été péniblement surpris de voir un accoucheur éminent, M. le Dr Tarnier dont tous les collègues estiment le caractère et apprécient le talent, attaqué d'une façon violente et *en son absence* par un accoucheur belge M. Hyernaux. M. Hyernaux pratiquait en cette circonstance d'une façon bizarre les devoirs de l'hospitalité, car si les discussions vraiment scientifiques sont permises, il est certains termes, certaines qualifications, certaines insinuations qu'on ne doit jamais y voir paraître (1).

Le tort de M. Hyernaux était d'autant plus grand qu'il prêtait à M. Tarnier des opinions *exactement contraires* à celles professées et publiées par lui en maintes circonstances depuis dix ans.

M. Tarnier dans une lettre adressée à la *Gazette médicale* (20 novembre 1875) a cru devoir remettre sous les yeux de tous les médecins et en particulier sous ceux de M. Hyernaux (qui paraît ne les avoir pas assez lues) le texte exact de ses publications. Il l'a fait avec un calme et une modération dont on ne peut que le féliciter et qui contrastent beaucoup avec les procédés de l'accoucheur belge. En ce qui concerne les résultats obtenus, M. Tarnier n'a jamais exprimé sur le forceps-scie de Van Huevel qu'une opinion favorable ; se voir accusé d'être le détracteur de cet instrument alors qu'en France il passe pour en être le partisan, ce fait l'a beaucoup étonné.

De plus, si M. Tarnier a imaginé un nouveau forceps-scie plus perfectionné que celui de Van Huevel, ce qui prouve qu'il trouve la méthode bonne, que M. Hyernaux veuille donc prendre patience jusqu'au jour où il plaira au Professeur de la Maternité de Paris de faire connaître lui-même et son invention et les résultats qu'il aura obtenus. La patience doit être une des qualités de l'accoucheur. M. Hyernaux n'eût jamais dû l'oublier (2). BOURNEVILLE.

(1) Voyez le *Progrès médical* du 25 septembre 1875, p. 551 et la *Gaz. médic. de Paris*, 30 octobre 1875.

(2) Nous venons de recevoir au dernier moment la *Revue médicale de l'Est*, qui contient sur le même sujet un article dû à un accoucheur distingué et bien connu, M. le Dr Putégnat (de Lunéville). Nous le signalons au lecteur.

L'enseignement médical des Universités Catholiques.

Nous nous faisons, paraît-il, de l'enseignement médical libre des idées absurdes et paradoxales ; c'est la *Revue médicale* qui l'affirme, ne pouvant le démontrer. D'après elle, « voici ce qui occupera et avant tout l'enseignement libre » contre l'enseignement autoritaire : l'exposé des prin- » cipes subversifs de celui-ci et leur mise en présence » comparative des principes salutaires de celui-là. *Les* » *leçons de pratique viendront après* et sortiront de là. »

Mais Mgr de Toulouse écrivait dans sa circulaire du 26 septembre : « Il ne faut pas d'ailleurs se faire illusion sur la » qualité des professeurs qui conviennent à notre ensei- » gnement supérieur. S'il se présente des hommes d'éclat, » acceptons-les ; mais si nous pouvons nous associer de vrais » savants, capables d'en former d'autres, donnons-leur ordi- » nairement la préférence. Dans les universités libres, il ne » s'agira de distraire un public blasé, mais de former des » étudiants. Le plus grand lustre du maître ne sera pas dans » le brillant de sa forme, il sera *dans le succès de ses* » *élèves aux examens*.... Les cours de nos universités » devront rester *une préparation efficace aux grades* » *supérieurs*.

Combattons des principes subversifs, dit la *Revue médicale* ; — Préparons aux examens, dit la circulaire archiépiscopale. Entre le journaliste et l'archevêque, flattés de nous rencontrer avec l'un, plus flattés encore d'être absurdes pour l'autre, nous ne saurions hésiter. Croyons-en plutôt Mgr Florian et laissons, pour emprunter le langage attique de la *Revue médicale*, « laissons divaguer les rédacteurs, qui parlent sans trop savoir ce qu'ils disent. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. LEVEN communique à la Société les résultats de ses recherches sur les mouvements de l'estomac. Ils ont été reproduits dans le compte-rendu de la séance de l'Académie du 14 novembre.

MM. PICARD et MALASSEZ ont continué leurs expériences relatives aux fonctions de la rate. De leurs précédentes recherches résultaient deux faits : augmentation dans la proportion des globules et de l'hémoglobine dans le sang qui sort de la rate, surtout lorsqu'elle est paralysée ; diminution de la quantité de fer contenue dans cet organe dans les mêmes conditions. Est-ce bien la paralysie qui amène l'appauvrissement de la rate en fer ? Ces expérimentateurs se prononcent pour l'affirmative, en s'appuyant sur des analyses du tissu splénique, faites avant et après la paralysie.

Dans une expérience notamment, la quantité de fer est tombée de $\frac{0.19}{100}$ à $\frac{0.08}{100}$ le fer est sans doute employé dans la rate à la formation des globules.

M. BROWN-SÉQUARD communique à la Société les résultats d'une expérience sur les effets de la cautérisation du cerveau. Après avoir cautérisé la surface de l'encéphale d'un côté, il sectionne le grand sympathique du côté opposé. Des deux côtés, il obtient les effets de la paralysie du grand sympathique, les uns plus prononcés à droite, les autres au contraire plus marqués à gauche ; la température de l'oreille est plus élevée du côté soumis à la cautérisation.

M. BROWN-SÉQUARD fait part ensuite à ses collègues d'un fait intéressant qu'il a récemment observé. Un chien noir, mort après cautérisation du cerveau, sans perdre de sang, était resté par mégarde sur le plancher du cabinet d'expériences pendant 7 ou 8 jours, jusqu'à putréfaction. A cette époque, en l'enlevant, on trouva sur le plancher le portrait en noir de

l'animal. Il doit y avoir eu dans ce cas imprégnation du noir par le pigment de l'animal.

M. LABORDE, en étudiant l'action de l'aconitine, a constaté qu'elle était très-variable suivant la provenance de la plante qui a servi à sa préparation. Il injecte sous la peau d'un chien un milligramme d'azotate d'aconitine. L'aconit suisse amène la mort en 40 minutes, l'aconit du Dauphiné en 1 heure et demie. L'aconit des Vosges à cette dose n'est que peu toxique et l'animal survit à cette expérience. Aussi est-ce cette dernière variété d'aconit que le médecin doit prescrire à la dose d'un quart de milligramme ; répété au besoin deux ou trois fois dans la journée, l'azotate d'aconitine des Vosges a donné à M. Laborde d'excellents résultats dans certaines névralgies faciales. On ne doit jamais employer les autres préparations d'aconit (teinture, alcoolature, etc.), qui sont très-dangereuses, souvent parce qu'on ne s'informe pas de la provenance de la plante.

M. FOURNIÉ, après avoir montré combien il existe d'espèces d'aconit napel, ajoute qu'il faut peut-être tenir compte de l'époque pendant laquelle on a cueilli la plante. C'est ainsi que l'action de la bryone varie beaucoup suivant le moment de la récolte.

M. Cl. BERNARD fait remarquer qu'il résulte de ces intéressantes recherches une conclusion importante : l'aconitine ne saurait être considérée comme un corps pur et nettement défini. Un esprit scientifique ne saurait admettre qu'un corps défini puisse avoir une action différente, suivant qu'il a telle ou telle provenance.

M. LEVEN ajoute que Duquesnel, d'après les procédés duquel a été préparée l'aconitine employée par M. Laborde, ne considérait pas ce produit comme une substance unique et définie. Il y a peut-être dans l'aconitine plusieurs alcaloïdes différents. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. BROCA a reçu du directeur de la statistique générale de France une lettre en réponse à la rectification qu'il lui avait soumise et dont il avait fait part à l'Académie dans la précédente séance. L'erreur tient à ce que le chiffre imprimé de la population pour 1872 est erroné, de sorte que la proportion 24,4 doit être maintenue.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les *troubles de la vision au point de vue du service militaire.*

M. GIRALDÈS ne veut pas que l'Académie, par son silence, semble manifester un acquiescement aux théories énoncées par M. J. Guérin dans son récent discours. De ce discours, en effet, se dégagent deux points : une négation et une affirmation. 1° Une négation : M. J. Guérin conteste aux ophthalmologistes *de tous les camps* que, dans l'accommodation, il se fasse un changement de courbures du cristallin et il oppose à cette assertion, parfaitement démontrée aujourd'hui, les modifications produites dans les milieux de l'œil par la rétraction des muscles droits. C'est vouloir nier les recherches et les expériences indiscutables de Crammer, Helmholtz, Donders, etc.

2° Une affirmation : M. J. Guérin prétend que l'accommodation est produite par une action des muscles extérieurs de l'œil et fait servir à la démonstration du fait des observations personnelles et ses travaux sur les maladies de muscles appartenant à d'autres parties du corps : comme si on pouvait établir une relation entre les muscles moteurs du pied et les muscles moteurs du globe oculaire. La myopie résultant de ce que que la distance focale est plus courte que la longueur du diamètre antéro-postérieur de l'œil, l'action musculaire s'exercera en vain sur les parties extérieures du globe et ne pourra faire varier le rapport entre la distance focale et le diamètre. Le staphylôme, qui est la seule maladie que puisse produire la rétraction des muscles droits, n'empêche en rien la *myopie* ; bien plus, cette rétraction ne peut produire que l'*hypermétropie.*

Pour M. J. Guérin, myopie, diplopie, astigmatisme, hypermétropie, tout cela se développe sous la même influence de rétraction musculaire. Ce sont là des affirmations qu'il faut prouver par des expériences probantes, et M. J. Guérin n'a jamais ni fait ni voulu faire ces expériences, quoique l'occasion lui en ait été récemment fournie au congrès de Bruxelles par M. Donders et M. Giraldès lui-même.

M. J. GUÉRIN résume en quelques mots la première partie de son discours et regrette que M. Giraldès l'ait argumenté sur la deuxième partie qui n'a pas encore été prononcée. M. Giraldès a dit que la théorie des courbures du cristallin était la seule admissible. Je réponds que les auteurs de la démonstration sont plus difficiles que lui-même. MM. Perrin et Giraud-Teulon, dans leurs ouvrages, partagent cette manière de voir : ils ont écrit que le mode d'action du muscle ciliaire n'était pas connu. Je me propose d'exposer ma doctrine dans la prochaine séance.

M. GIRALDÈS. — M. J. Guérin confond le mécanisme et le fait en lui-même. Le fait de l'accommodation est constant; mais le mécanisme est encore à expliquer : ce sont deux choses bien différentes.

M. J. GUÉRIN. — Si le mécanisme ne se comprend pas, l'action ne doit guère se comprendre. J'ai cherché à courber des cristallins, je n'y suis pas arrivé et je dis que cela ne se peut pas.

M. GIRAUD-TEULON. — M. J. Guérin confond un fait démontré et un mécanisme inconnu. La démonstration du fait s'exécute à l'aide des lumières de Purking et Samson ; tandis que le mécanisme du changement survenu dans les courbures du cristallin donne lieu encore à des discussions.

M. J. GUÉRIN. — Je voudrais que M. Giraud-Teulon nous montre le fait ici.

M. GIRAUD-TEULON. — Le fait est démontré depuis longtemps. — A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Note sur un cas de microcéphalie ; par le Dr J. MIERZEJEWSKI et le Dr BOUCHEREAU.

Marie-Joséphine D..., née à Genève, le 23 juillet 1870, est entrée à l'asile Sainte-Anne en 1874. A ce moment âgée de 4 ans, elle est maigre, sa peau est mince et pâle; la longueur de son corps (depuis la partie la plus élevée du crâne jusqu'au talon) est de 70 cent. 1|2. Des épines iliaques supérieures antérieures jusqu'au talon : il y a 31 cent.; et de la partie scapulaire de l'humérus jusqu'à l'extrémité de l'index, 28 cent. 1|2.

Son crâne est plus développé dans la partie postérieure que dans la partie antérieure. La grande circonférence horizontale de la tête est de 42 cent. 1|2 ; la courbe occipito-frontale de 24 cent. 1|2 ; la courbe auriculaire de 25 cent. 1|2.

Dans la mâchoire supérieure et inférieure, il y a 20 dents de chaque côté ; et dans chaque mâchoire, il y 2 dents molaires, 1 canine, 2 incisives. Les pupilles sont dilatées, égales; les paupières clignent continuellement.

Cette enfant reste toujours couchée dans un lit, sur le dos. Son visage est immobile, sans expression. Toute la musculature est flasque et extrêmement atrophiée. La vue paraît conservée, mais peu distincte. Quand on approche le doigt, il y a un clignement des paupières. Quand on apporte de la lumière, l'idiote cligne des yeux. Elle fixe certains objets, mais elle ne paraît reconnaître ni sa mère, ni les personnes qui lui donnent des soins habituellement.

Le goût est très-distinct et bien conservé, l'enfant ne mange que des mets très-sucrés et très-chauds ; quand on sucre moins les mets qu'on lui donne ou si on les lui apporte froids, elle crie et refuse de manger. Elle n'est pas privée d'ouïe ; quand une autre malade crie, elle se met à pleurer jusqu'à ce que la malade turbulente soit éloignée. La sensibilité générale paraît conservée ; quand on place un objet froid sur son corps, elle se met à pleurer. Quand elle urine ou laisse échapper une selle, elle pleure. Par moments, elle pousse des cris inarticulés, quelquefois sans motifs appréciables. Elle pleure souvent, mais ne crie jamais.

Il lui est impossible de marcher; elle peut remuer les ambes, mais ne peut les soulever; elle a une tendance à la flexion des jambes sur les cuisses, elle peut étendre les jambes, mais elles reviennent bientôt dans la même position, sans raideur marquée. Elle peut remuer les doigts, les bras, les déplacer, mais nou les soulever.

Cette enfant est morte de pneumonie en 1875.

Autopsie. — Les os du *crâne* sont très-minces, la fontanelle fronto-pariétale est cartilagineuse, la fontanelle occipito-pariétale postérieure est effacée. Les sutures médio-frontale, fronto-pariétales, sagittales, lambdoïdes, fronto-sphénoïdales et pariéto-temporales sont bien marquées, et de couleur plus claire que les corps des os. La synostose sphéno-basilaire est cartilagineuse.

Le poids du *cerveau* (avec les membranes) est de 593 grammes.

La dure-mère adhère dans toute son étendue aux parois du crâne. Sur sa surface interne correspondant à la convexité des lobes pariétaux, se trouvent de chaque côté des fausses membranes très-minces, avec de petites hémorrhagies récentes. La pie-mère de la convexité n'est pas épaissie, et n'est pas adhérente à la surface du cerveau. Les circonvolutions sont aplaties, principalement dans les lobes pariétaux et occipitaux; à la base du cerveau la fosse médiane du crâne est remplie presque complétement des deux côtés par des kystes séreux. Les parois des kystes sout couvertes par l'arachnoïde, et la pie-mère de la base du cerveau dans les parties correspondant aux lobes sphénoïdaux. Chacun des kystes a presque la grandeur d'un œuf de poule.

La paroi des kystes est très-mince. Le contenu est un liquide séreux jaunâtre, et ne communique pas avec l'espace sous-arachnoïdien. La poche séreuse, en se soulevant en haut et en arrière, a atrophié les lobes occipitaux, aplati les lobes pariétaux, eu formant un sillon profond entre ces derniers et les lobes occipitaux. De ce sillon part la paroi des kystes, qui consiste en une transformatiou des lobes sphénoïdaux en sac séreux.

Le *poumon* droit adhère à la cage thoracique par les brides qui unissent les deux feuillets de la plèvre épaissie. La substance du poumon droit est formée de granulations tuberculeuses, les lobes inférieurs sont incrustés de gros noyaux de pneumonie caséeuse et de granulations tuberculeuses, en voie de ramollissement. Le foie et la rate sont incrustés de graulations tuberculeuses disséminées.

Le *cerveau* de cette microcéphale ressemble à première vue, par sa forme extérieure, au cerveau d'un chameau; il est aussi oblong, très-bas, et le cervelet n'est pas couvert par les hémisphères cérébraux. Mais cette ressemblance est illusoire. L'arrangement des circonvolutions, l'énorme développemeut de la moelle allongée et les autres caractères du cerveau du chameau, rendent cette ressemblance seulement apparente. Ce cerveau est unique entre tous les cerveaux de microcéphales, connus dans la science, par la *petitesse de son diamètre frontal*.

Les deux hémisphères du cerveau sont presque égaux et symétriques. Chaque hémisphère est oblong longitudinalement. L'axe de l'hémisphère immédiatement en arrière du bourrelet du corps calleux, se recourbe en dehors, sous un angle obtus, de manière que la partie postérieure et médiane du lobe quadrangulaire, aiusi que le lobe triangulaire, se trouvent dans le plan postérieur oblique; entre les lobes po[sté]rieurs du cerveau se forme une échancrure, dans laquelle se trouve loge le cervelet, qui n'est pas recouvert par le cerveau.

Les lobes frontaux sont énormément développés, les lobes pariétaux et occipitaux le sont très-peu; le sillon de Rolaudo se trouve presque au milieu de la moitié postérieure de tout l'hemisphère; le sillon pariéto-occipital passe de la surface médiane a la surface externe de chaque hémisphère, et se transforme en un véritable sillon transverse, séparant les lobes parietaux des lobes occipitaux. Les lobes sphénoïdaux sont transformés en sacs séreux disposés symétriquement dans chaque hémisphère, la partie postérieure du lobulus lingualis et du lobule fusiforme existe seulement. Le sac des lobes sphénoïdaux commence auprès de la circonvolution courbe.

Ce sac passe dans une vaste lacune creusée dans la substance blanche des parties environnantes du cerveau. Cette lacune ne communique pas avec les ventricules cérébraux.

La paroi du sac est formée, par places, par une mince plaque de tissu cérébral de 140 millimètres d'épaisseur. Ce tissu consiste en une substance fondamentale, granuleuse, légèrement striée et composée d'une couche de cellules embryonnaires; quelquefois on trouve trois couches de pareilles cellules. (Il est évideut qu'il y a eu ici un véritable arrêt de développement des élémeuts nerveux, dans les premières phases de la vie fœtale.) La surface interne de la lacune et des feuillets qui forment les parois du sac, est incrustée par des dépôts calcaires très-abondants, qui envahissent dans quelques endroits toute l'épaisseur des parois du sac. Ces dépôts calcaires sont quelquefois entourés et traversés par des tractus de tissu conjonctif réticulaire.

Sur la surface libre de la lacune, on trouve des vaisseaux qui forment comme des brides unissant parfois deux points éloignés de la surface inégale de la lacune.

Les lobes orbitaires sont très-bieu développés. Le lobe de l'insula est recouvert par le sac du lobe sphénoïdal et limité en avant, par le lobe orbitaire, en dehors par la 3[me] circonvolution frontale et les circonvolutions centrales (frontale et pariétale ascendante en arrière et en dedans par les circonvolutious de l'hippocampe. L'insula présente un large mamelon lisse, sans plis ni circonvolutions séparées, une véritable table rase.

Les *nerfs* de la base du cerveau sont bien développés, mais les bandelettes optiques, principalement en arrière du chiasma, paraissent comparativement moins développées que les autres nerfs de la base.

Le *pédoncule* cérébral droit est moins large que le pédoncule gauche. La moitié droite du *pont de Varole* et principalement le pédoncule du cervelet droit sont beaucoup moins développés que le gauche. La pyramide et l'olive droite paraisseut aussi arrêtées dans leur développement. L'hémisphère droit du cervelet est moins volumineux que le gauche. Le corps calleux et le trigone sont extrêmement minces. La commissure antérieure n'existe pas même comme commissure moyenne; l'ergot de Morand et la fimbria sont dans un état rudimentaire.

Le corps strié, le noyau lenticulaire sont prodigieusement développés, la couche optique est comparativement arrêtée dans son développement. La mince bandelette optique passe de chaque côté, dans le corps genouillé.

Le corps genouillé externe est plus volumineux que l'interne, quoique les deux soient très-petits. Les corps quadrijumeaux autérieurs n'existent presque pas, les corps quadrijumeaux postérieurs sont bien développés.

Toutes les cornes sont très-vastes, mais principalement les cornes postérieures et descendantes. Une coupe pratiquée dans le pont de Varole entre les nerfs trijumeaux et pathétiques montre que la calotte est moins large que le pied, dans la proportion de 1, 4 à 2); le pied est plus que trois fois plus long que la calotte. Dans la substance blanche de la circonvolution frontale ascendante droite, dans la partie qui se trouve au voisiuage de la 2[e] circonvolution frontale, se trouve un *gliome* avec trausformation colloïde; la longueur de ce gliome est de 1 cent.; sa largeur 1/2 cent., sa hauteur de 1 cent.

Les élémeuts uerveux de la substance grise des circonvolutions frontales et pariétales sont bien développés, quoi[q]u[e] moins volumineux que chez l'homme adulte. Le volume des cellules uerveuses de la couche grise des circonvolutions des hémisphères cérébraux dans leur plus grande largeur est de 9 a 112 μ, dans leur plus grande longueur de 30 μ. La largeur de la couche grise des circonvolutions frontales et pariétales est de 1, 2 à 1, 4 mil.; la largeur de la couche grise des circonvolutions occipitales est de 1 millim.

Dimensions. — *Cerveau.* Longueur, 15 cent.; largeur, 5 cent.; hauteur, 4,3 cent.; distance entre le sommet du lobe frontal jusqu'au sillon de Rolando, 9 cent.; du sommet du lobe frontal jusqu'a la fissure pariéto-occipitale, 12 cent. (hémisphère droit), 12,5 cent. (hémisphère gauche); de la fissure

pariéto-occipitale jusqu'au sommet du lobe occipital, 3,5 cent. (hémisphère droit), 3 cent. (hémisphère gauche); longueur du troisième ventricule entre l'extrémité postérieure de la couche optique et le trou de Monro, 3 cent.; hauteur du troisième ventricule entre le corps mamillaire et le corps calleux, 1,3 cent.; longueur du corps calleux, 6 cent.; épaisseur du corps calleux au milieu, 0,3 cent.; épaisseur du corps calleux dans sa partie postérieure, 0,2 cent.; épaisseur du bourrelet du corps calleux, 0,22 cent.; largeur du genou du corps calleux dans sa partie la plus épaisse, 0,8 cent.; longueur du corps strié, 4,5 cent.; largeur du corps strié, 2,7 cent.; longueur de la couche optique, 2 cent.; la plus grande largeur de la couche optique, 1,5 cent.; entre le trou de Monro et la partie antérieure du lobe frontal, 4,8 cent.; entre l'extrémité postérieure de la couche optique et l'extrémité postérieure du corps quadrijumeau postérieur, 1,2 cent.; entre les bords externes des corps quadrijumeaux postérieurs, 1,3 cent.; longeur de chaque corps quadrijumeau postérieur, 0,3 cent., largeur de chaque corps quadrijumeau postérieur, 0,4 cent.; largeur du pédoncule cérébral (sur une coupe pratiquée par le pont de Varole, entre les nerfs trijumeau et pathétique), 2 cent.; la plus graude hauteur du pédoncule sur la même coupe, 3 ceut.; largeur de la calotte sur la même coupe, 1,4; hauteur de la calotte sur la même coupe, 0,8 cent.; largeur du pédoncule cérébral sur la base du crâne avant son passage dans la couche optique, côté droit, 1,2 cent., côté gauche 1,3 cent.; longueur des pédoncules du cerveau (sur la base du crâne), 1,5 cent.; longueur du pont de Varole au milieu, 2 cent.; la plus grande largeur du pont de Varole, 2,3 cent.; largeur de la moitié droite du pont de Varole, 0,8 ceut.; largeur de la moitié gauche du pont de Varole, 1,2 cent.; largeur du pédoncule du cervelet droit, 1 cent.; largeur du pédoncule du cervelet gauche, 1,2 cent.; longueur de la moelle allongée jusqu'au bord antérieur du pont de Varole, 1,8 cent.; largeur de la moelle allongée entre les bords internes des olives, 0,5 ceut.; épaisseur de la moelle allongée au milieu et tout de suite en arrière du bord postérieur du pont de Varole, 0,9 cent.

Cervelet. La plus graude largeur des deux hémisphères, 10 cent.; la plus grande longeur des deux hémisphères, 4,2 cent.; longueur de l'hémisphère droit du cervelet, 2 cent.; longueur de l'hémisphère gauche du cervelet, 2,2 ccnt.; la plus grande largeur de l'hémisphère droit, 4,5 ceut.; la plus grande largeur de l'hémisphère gauche, 5,5 cent.

24. Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine; compression de la trachée par le corps thyroïde; par M. Martinet, interne des hôpitaux.

Naudet, Uranie, âgée de 46 ans, entra le 14 janvier 1875, salle Saint-Augustiu, n° 3, service de M. le Dr Verneuil. Cette femme portait un volumineux kyste uuiloculaire de la régiou ovarique gauche qu'on avait déjà trois fois ponctionné dans son pays. Après chaque ponction, la récidive s'était reproduite plus rapide et la malade avait été adressée à M. Verneuil.

M. le Dr Boinet, ayant vu la malade avec M. Verneuil, proposa une nouvelle ponction suivie d'une injection iodée. Deux pouctions successives furent faites à trois semaines d'intervalle par le chirurgien; un mieux sensible accompagna chaque opération, mais le liquide se reproduisit presque aussi rapidement que lors des ponctions simples.

Une troisième tentative fut faite par M. Verneuil, mais cette fois le pus figurait dans le liquide en plus grande abondance, la poche fut vidée et lavée avec le plus grand soin, et on acheva l'opération par l'injection iodée.

La malade fut, comme d'habitude, soulagée, mais un mois envirou après cette deruière ponction, à la suite d'un accroissement considérable des douleurs, elle succomba avec tous les symptômes d'une péritouite suraiguë.

A l'autopsie, nous en avons trouvé la cause dans une petite perforatiou qui s'était faite sur le bord gauche du kyste; les différentes ponctions avaient été pratiquées du côté droit.

Le traitement par les injectious iodées n'a ici produit aucun résultat; il n'a pas même modifié la marche de l'épanchement, quoique le liquide ne fut pas épais et filant comme il l'est dans certaius cas.

Le kyste était bien uniloculaire, sans adhérences, à pédicule long et étroit; aussi est-il permis de supposer que si la malade avait subi l'ovariotomie, elle aurait eu les plus grandes chances de guérir.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, nous avons observé des phénomènes curieux du côté du poumon. Elle se plaignit un jour de gène de la respiration, et nous trouvâmes aux deux sommets, mais surtout à droite, sans matité notable, de l'expiration prolongée et soufflante, mêlée parfois de râles humides. Les jours suivants, on a pu constater un véritable souffle accompagné de gros râles humides. Ces divers symptômes disparaissaient à peu près complétement à la suite de chaque ponction pour reparaître peu à peu, en même temps que le liquide du kyste.

A l'autopsie, les poumons étaient absolument sains; la trachée seule était comprimée par le corps thyroïde, et diminuée de calibre sur une étendue de 3 centimètres environ.

Cette femme, en effet, portait un goître assez volumineux et on ne peut attribuer les symptômes observés, en l'absence de toute autre lésion, qu'à la compression de la trachée.

Restent à expliquer l'intermittence des symptômes et leur marche parallèle avec les progrès de l'épanchement. Lorsque le liquide était en train de se reproduire, la malade poussait des cris incessants; de là, congestion de l'extrémité céphalique, gonflement du corps thyroïde, compression plus immédiate de la trachée, et signes cavitaires du côté du poumon. Après chaque ponction, la malade étant plus calme, ne poussait plus de cris, son goître se décongestionnait, la trachée reprenait son calibre et la respiration redevenait normale.

25. Macrocéphalie; pachyméningite: néomembranes tapissant toute la boîte crânienne; fausses membranes; intégrité de l'encéphale; rachitisme des os du crâne; par M. L. Landouzy, interne des hôpitaux.

Colson (Louis), âgé de 24 mois, fut admis le 8 mars 1875, à l'hôpital des Enfants malades, service de M. Labric, avec le diagnostic hydrocéphalie chronique.

En amenant son enfant à l'hôpital « à cause de sa grosse tête » la mère raconte qu'elle a eu quatre garçons : l'aîné, aujourd'hui fort et bien portant, a eu des convulsions; le second et le quatrième sout morts, entre douze et dix-huit mois, de convulsions.

Les renseignements fournis au sujet du troisième enfant (Louis, amené à l'hôpital) sont les suivants: la grossesse s'est passée sans accidents ni malaise; l'accouchement s'est fait facilement, rapidement; le développement de la tête et du corps était naturel.

L'enfant est élevé loin de Paris; aussi, pendant trois mois, la mère reçoit-elle peu ou pas de nouvelles jusqu'au jour où la nourrice écrit que « l'enfant, qui profite beaucoup de la tête, a des convulsions ». L'enfant est ramené à Paris : sa tête est grosse, ses yeux sont animés de mouvements incessants, les convulsions coutinuent. Daus l'intervalle des convulsions, la mère ne remarque qu'une chose, c'est que son enfant est « maladroit du bras gauche et ne voit pas clair ».

L.... est ameué à la cousultation de Ste-Eugénie et soumis à l'iodure de potassium : rapidement les convulsions cessent, la maladresse du bras disparaît et la vue revient. Une seule chose persiste, le développement anormal du crâne pour lequel on amène l'enfant à l'hôpital.

Les renseiguemeuts fournis sur la santé du père sont satisfaisants, et permettent, jusqu'à un certain point, de rejeter, de sou chef au moius, la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme, comme pouvant expliquer les convulsions dont ont souffert les quatre enfauts.

Du côté de la mère semblent aussi manquer les antécédents tuberculeux.

Sauf le volume énorme de la tête (circonférence maxima 56 c.), sauf l'opposition très-marquée entre le développement du crâne et celui de la face qui donne à l'enfant l'aspect d'un hydrocéphale classique, rien d'important à noter qu'un nystagmus latéral.

Les membres sont bien conformés, les extrémités des os

ne sont pas volumineuses, il n'y a pas trace de chapelet costal, l'occipital n'est ni mou ni dépressible ; la fontanelle postérieure est fermée ; les os du crâne sont soudés partout, excepté au niveau de la fontanelle antérieure, dont la largeur surpasse celle d'une pièce de cinq francs.

La sensibilité sensorielle et générale est intacte : la motilité est complète et pourtant l'enfant est condamné par le poids de la tête aux décubitus dorsal ou latéral. Son intelligence est certainement moins développée que celle des enfants de son âge : L... n'est nullement indifférent à ce qui se passe autour de lui, mais les impressions les plus vives qu'il ressente sont celles qui ont trait à la vie végétative : l'enfant pleure ou rit, suivant qu'on lui refuse ou qu'on lui donne les aliments dont il est très-avide. L'appétit est insatiable, les digestions se font normalement, sans vomissements ni diarrhée.

25 *avril* : circonférence maxima du crâne, 575 mm. L'examen ophthalmoscopique, essayé à plusieurs reprises, est rendu impossible par le nystagmus latéral : pupilles égales et contractiles.

Rien de particulier n'est observé pendant toute la durée du séjour à l'hôpital : l'enfant meurt de pneumonie lobaire double le 22 *mai*.

Jamais la compression de la fontanelle antérieure ne provoqua ni convulsions, ni contractures, ni résolution musculaire, ni coma : la seule chose qu'elle sembla déterminer fut de la douleur, que le malade manifestait par des cris qui cessaient avec la compression.

Autopsie. — Taille 0,81. Circonférence crânienne, 575 mm. Distance de la protubérance externe à la racine du nez, 37 c. Diamètre bi-auriculaire, 39 c.

Des traits de scie sont faits sur tous les points de la calotte crânienne, de façon à enlever celle-ci sans intéresser ni les méninges ni l'encéphale : la calotte, quoique sciée dans toute sa circonférence, résiste aux tractions qui tiraillent fortement la dure-mère, solidement adhérente au crâne. La dure-mère est alors incisée (entre les lèvres osseuses de la boîte crânienne) avec des ciseaux : au moment où la pointe des ciseaux fait une boutonnière à la dure-mère, il s'écoule, en petite quantité, du liquide séreux, en même temps que se produit un sifflement dû à l'issue d'une petite quantité de gaz.

La dure-mère, singulièrement dure et épaisse, ayant été incisée dans toute sa circonférence, on parvient, après déchirure de la faux du cerveau et de la tente du cervelet, à enlever la boîte crânienne qui est doublée d'une calotte fibreuse épaisse de plusieurs millimètres : celle-ci est à son tour tapissée de fausses membranes gélatineuses, floconneuses, épaisses et nombreuses. Ces fausses membranes, quoique abondantes, ne le sont pas assez pour occuper tout l'espace compris entre la calotte crânienne et l'arachnoïde viscérale, avec laquelle elles n'ont aucune adhérence. Ces fausses membranes, d'aspect cotonneux et gélatineux, sont formées de flocons de fibrine : elles paraissent plus abondantes dans la partie droite que dans la partie gauche de la cavité encéphalique.

Du fait de la néomembrane et des flocons fibrineux qui la tapissent, les choses ressemblent étonnamment à ce que l'on observe journellement dans les autopsies de pleurésies déjà anciennes : la comparaison peut se poursuivre de tous points.

Comme dans les vieilles pleurésies, la séreuse (feuillet pariétal arachnoïdien) est singulièrement épaissie par formation de néomembranes, lesquelles sont tapissées de fausses membranes œdématiées. Si l'hydrocéphalie externe n'a pas été trouvée plus abondante, cela tient vraisemblablement à ce qu'une partie du liquide a été résorbée dans les derniers jours de la vie. Il n'est pas jusqu'à la dilatation de la tête, jusqu'à l'épaississement et l'altération des os du crâne, qu'on ne puisse comparer à la voussure thoracique et aux productions ostéophytiques rencontrées dans certaines pleurésies.

L'encéphale apparaît avec son aspect et son volume ordinaires, quoique, au premier abord, du fait même du développement osseux, il semble atrophié.

Rien à noter du côté de la pie-mère, ni des vaisseaux de la base : en aucun point de l'encéphale on ne voit trace de foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement ancien ou récent, nulle part il n'y a de tumeur. Les cavités ventriculaires, vides, ont leur volume ordinaire, l'aspect de l'épendyme est lisse et normal.

Sur les pariétaux, sur le frontal surtout, traces évidentes de rachitisme. Les côtes ne paraissent pas rachitiques : les os des membres ne peuvent être examinés.

En somme, toutes ces lésions ne sont pas celles de l'hydrocéphalie chronique ordinaire, à laquelle nous croyions avoir affaire, mais bien celles d'une pachyméningite des plus évidentes. Cette pachyméningite a eu assez d'intensité et de durée pour former un revêtement complet à la boîte crânienne ; ce revêtement de plusieurs millimètres d'épaisseur occupe aussi bien la base que la voûte et les parois latérales du crâne, en formant à l'encéphale une véritable calotte fibreuse excessivement résistante. Tandis que la partie inférieure de cette calotte (celle qui tapisse la base du crâne) est lisse dans sa presque totalité ou revêtue de lamelles très-ténues, ressemblant à des toiles d'araignées, les parties supérieures et latérales ont un aspect tomenteux qui rappelle celui du péricarde enflammé. Au-dessous de ces dépôts tomenteux fibrineux, se voient quelques taches ecchymotiques.

Quant au mode de formation de cette pachyméningite qui a produit l'hydrocéphalie sus-arachnoïdienne ou externe, il nous échappe complétement. Les causes habituelles de l'inflammation de la dure-mère chez l'enfant, peuvent être admises ou rejetées ici sans aucune raison démonstrative ; ce qui doit ressortir de notre observation, c'est que si la pathogénie de cette pachyméningite nous échappe, les moyens de ne pas confondre l'hydrocéphalie sus-arachnoïdienne avec l'hydrocéphalie interne nous faisaient complétement défaut, puisque l'affection dont le mode de début nous échappait se traduisait seulement par le développement anormal de la tête.

M Parrot. Il est fâcheux que les os des membres n'aient pas été examinés ; car il est bien probable qu'ils offraient les lésions du rachitisme. En effet, le crâne présente au plus haut degré les caractères du rachitisme ; c'est un des plus beaux exemples que l'on puisse voir.

M. Rendu. Il est évident, ainsi que l'a dit M. Landouzy, qu'il ne s'agit point ici d'une hydrocéphalie ordinaire, et l'on peut se demander s'il n'aurait pas été possible de faire le diagnostic pendant la vie. En effet, dans l'hydrocéphalie habituelle, presque toujours les sutures sont toutes disjointes ; ici, au contraire, elles étaient soudées, et l'antérieure seule existait encore à l'état de fente.

M. Landouzy. Je ne crois pas que ce caractère soit absolu ; car il se retrouve dans tous les cas où l'hydrocéphalie n'est pas congénitale, et cela même dans les cas où il s'agit d'une hydrocéphalie ordinaire.

Je ferai remarquer que, dans ce fait, le cerveau n'était pas atrophié ; et j'appelle aussi l'attention sur la pachyméningite qui existait à un degré si marqué. Le rachitisme crânien n'a-t-il pas été singulièrement influencé par la pachyméningite ? on pourrait le supposer par ce fait que les os des membres ne présentaient pas, au moins quant à leurs caractères extérieurs, l'aspect rachitique.

M. Parrot. Le rachitisme du crâne est très-commun chez les enfants au-dessous d'un an, tandis que la pachyméningite est extrêmement rare, de sorte que je ne crois pas que le rachitisme exerce aucune influence sur l'état de la dure-mère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1875.

M. Tillaux présente au nom de M. J. Bœckel, chirurgien-adjoint des hôpitaux civils de Strasbourg, un mémoire sur l'*ostéotomie dans les déviations rachitiques des membres*, M. Tillaux fera un rapport verbal sur cette question importante.

M. Duplay ayant remarqué depuis longtemps, les grandes difficultés que présente dans la lithotritie périnéale, le second temps de l'opération, c'est-à-dire, la dilatation du col de la

vessie, a cherché à différentes reprises à modifier les instruments employés à cette manœuvre.

Le dilatateur de M. Dolbeau est incommode, il faut trop longtemps pour l'introduire ; il est même dangereux, car les nombreuses lames qui le composent ont souvent produit des déchirures de la prostate et même de la vessie. M. Duplay emploie pour dilater le col vésical un dilatateur analogue, au dilatateur de l'anus, qu'il a présenté l'an dernier à la Société ; ce dernier, d'ailleurs, n'était qu'une légère modification du dilatateur de Voillemier. M. Guyon avait fait construire un dilatateur semblable ; mais, après de nombreuses expérimentations sur le cadavre, il ne s'aventura pas à l'employer sur le vivant. Il se compose de deux lames métalliques accolées de façon à former un cône soudé par sa base sur une série de mandrins, qui permet de produire rapidement l'écartement des lames et par conséquent de produire la dilatation. C'est ainsi que M. Duplay a pu effectuer ce temps de la lithotritie en 7 à 8 minutes, même chez un vieillard à grosse prostate. Ce chirurgien a également déplacé le point d'articulation des tenettes de telle façon que l'écartement des mors ne puisse dépasser le diamètre de la plaie et que le grave inconvénient d'une tenette ayant saisi un calcul trop volumineux pour être extrait directement et ne pouvant plus être lâché par la pince, ne se représente plus. Enfin, M. Duplay a donné à cette tenette des mors en cuillière à bords coupants pour ne point entraîner au dehors des débris de calcul dont les aspérités pourraient labourer le col vésical.

M. GUYON conserve toutes ses prétentions à la propriété de l'instrument ; il l'a fait construire par M. Colin et après l'avoir expérimenté sur le cadavre, il n'a pas renoncé à s'en servir, mais a seulement attendu.

Une courte discussion à laquelle prennent part MM. TRÉLAT, PAULET, Marc SÉE et DUPLAY, a lieu sur les avantages et les inconvénients de cet instrument.

M. TERRILLON présente un jeune malade qui offre un cas remarquable de *frottement sous-scapulaire* dû à une bourse séreuse. L'atonie des muscles de l'épaule est considérable. M. Terrillon croit que les professions sont la cause la plus fréquente de ces affections. (Une commission analysera le travail deposé par l'orateur relativement à ce malade). I. B.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. **Sur l'avortement spontané dans les trois premiers mois de la grossesse ;** par M. le Dr A. LEBLOND (*Annales de Gynécologie*, Août 1875).

II. **Détermination de l'âge de la grossesse par la longueur du fœtus et la hauteur de l'utérus, etc ;** par le Dr SOLTOUGUINE (*de Saint-Pétersbourg*). (*The obstetrical Journal, septembre 1875*.)

III. **Craniométrie intra-uterine ;** par le Dr MATTHEWS DUNCAN, (*The obstetrical Journal, septembre 1875*)

IV. **Comparaison entre le forceps, la version et l'accouchement prématuré dans les retrécissements du bassin**, par ANGUS-M[illegible]. *The obstetrical Journal*, [illegible]bre 1875).

V. **Supériorité de l'accouchement prematuré artificiel uni à la version sur le forceps et la crâniotomie dans le cas de rétrécissement du bassin;** par Alexander MILNE. (*The obstetrical Journal, mars 1874 et Archives de Tocologie, août et septembre 1875*).

VI. **Sur la version dans les retrécissements du bassin;** par William GOODELL (*de Philadelphie*).

VII. **Sur la fréquence relative des différentes positions dans les presentations du sommet;** par J. G[illegible] S[illegible] (*The obstetrical Journal, septembre 1875*.)

VIII. **Hypertrophie du corps thyroide pendant la grossesse;** par LAWSON TAIT. (*The obstetrical Journal, juin 1875*.)

IX. **Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et les nouvelles accouchées;** par J. M[illegible]. *Th[illegible] P[illegible] 1875*.

1. Étant donné un avortement survenu dans les trois premiers mois de la grossesse, est-il possible, d'après l'état d'intégrité ou de non-intégrité des membranes, de reconnaître si l'avortement a été spontané ou provoqué? Telle est la question que M. le Dr A. LEBLOND dans un intéressant travail s'est efforcé de résoudre. En très-peu de temps, sans rechercher celles publiées dans les auteurs, il a pu recueillir sur ce sujet onze observations qu'il rapporte et il est arrivé à formuler les conclusions qui suivent. Lorsque les membranes présentent des altérations pathologiques, on ne peut, si elles sont rompues, rien conclure de leur examen; il est probable que l'avortement est la conséquence d'une maladie de l'œuf. — Lorsque l'avortement s'est fait en bloc, c'est-à-dire lorsque l'embryon est contenu dans des membranes saines exemptes de solution de continuité, il est très-probable que l'avortement a été spontané, ou tout au moins n'a pas été provoqué par un instrument perforant. Si, au contraire, les membranes, tout en étant saines, sont rompues, on doit en conclure que très-probablement l'avortement a été provoqué.

II. Le travail de M. Soutonguine est fondé sur un très-grand nombre d'observations, il paraît le résultat exact de laborieuses recherches : cet auteur a, du reste, confirmé les remarques d'Ahlfeld dont il a perfectionné les procédés. Son mémoire est divisé en deux parties : dans la première, il montre qu'il est possible de mesurer la longueur du fœtus dans la cavité utérine; dans la seconde, il insiste sur les chiffres obtenus en pratiquant cette mensuration et il expose leur importance.

Il est aujourd'hui démontré, et M. Soutonguine apporte à cette démonstration un nouveau contingent de preuves, que la longueur du fœtus est le meilleur moyen qui permette de reconnaître son âge, et que le volume de la tête fœtale est en rapport avec le poids du corps (Pfannkuch), ce qui peut avoir une certaine importance dans les accouchements laborieux. Or, la longueur du fœtus replié sur lui-même dans la cavité utérine est exactement la moitié de la longueur totale après sa naissance (Ahlfeld). Obtenir la longueur du fœtus, c'est donc connaître son âge. Cette longueur on peut la mesurer directement dans les présentations du sommet, car il y a une relation constante entre la hauteur du fond de l'utérus et la longueur de l'enfant : cette hauteur du fond de l'utérus est de 5 à 8 mm. plus considérable que la longueur de l'enfant.

Pour savoir à quel niveau au-dessus la symphyse pubienne se trouve le fond de l'utérus on se servira du pelvimètre de Baudelocque. L'ombilic ne saurait être un point de repère car il est tantôt à 15, tantôt à 22 cent. au-dessus de la symphyse ; on ne saurait non plus se servir d'un mètre en étoffe qui peut donner des variations de 2 à 13 cent. ; ces variations sont dues à l'épaisseur des parois abdominales qui sont plus ou moins chargées de graisse et à la forme plus ou moins convexe de l'utérus.

M. Soutouguine a obtenu les résultats suivants : 40e semaine. Hauteur du fond de l'utérus, 25 cent. 2. —Longueur du fœtus 24 cent. 4. Longueur de l'enfant après la naissance 48 cent. 4— 38e semaine. Hauteur du fond de l'utérus, 24 cent. 4. Longueur du fœtus, 23 cent. 9. Longueur de l'enfant après la naissance, 46 cent., 6 etc.. Toutes ces mensurations doivent être prises la femme étant couchée, avant tout début de travail ou dans l'intervalle des contractions, si la femme est droite, on constate pendant le dernier mois de la grossesse un léger abaissement de l'utérus. Il est aussi important de constater s'il existe un rétrécissement du bassin ou une présentation du siége, car dans ces cas le fond de l'utérus est de 2 à 3 centimètres plus élevé que dans les présentations du sommet et dans les bassins normaux.

III. Le travail de l'accouchement est un problème de dynamique dans lequel entrent trois facteurs: 1° le fœtus, corps qui doit sortir, 2° le canal pelvien qui doit être traversé par l'enfant, 3° la force représentée par l'utérus et les muscles de l'abdomen. On a jusqu'ici beaucoup étudié le canal pelvien et surtout les diverses méthodes qui permettent de constater ses rétrécissements, mais on n'a guère cherché à pratiquer la mensuration intra-utérine de la tête, qui est la partie la plus volumineuse et surtout la moins dépressible du fœtus.

M. J. MATTHEWS DUNCAN essaie, autant que cela est possible à l'époque actuelle, de combler cette lacune, ou mieux de poser quelques jalons. Il montre l'importance de la plasticité (mouldability) du crâne de nouveaux-nés: plus elle sera grande, plus facile pourra être l'expulsion. Il montre aussi qu'il faut tenir compte de la race, de la taille, de l'âge du père et de la mère, du nombre des gestations antérieures, de l'âge de la

grossesse, du sexe et de la longueur du fœtus, de la largeur de la fontanelle antérieure et de l'étendue de la suture sagittale. Il rappelle enfin que dans certains cas, surtout lorsqu'il y a un rétrécissement du bassin ou si l'enfant est atteint d'hydrocéphalie, il est possible, à travers les parois abdominales, de mesurer approximativement ce volume de la tête fœtale. « Il est évident, ajoute avec juste raison M. J. Matthews Duncan, que ces indications sont fort imparfaites et de peu de valeur. Les chercheurs ne doivent cependant pas se laisser aller au découragement surtout s'ils considérent combien la pelvimétrie elle-même, après tant de travaux remarquables, est encore aujourd'hui peu avancée. Quant aux cliniciens, ils ne dédaignerons pas ces indications, si peu précises qu'elles soient, car la crâniométrie intra-utérine pourra venir compléter la pelvimétrie. »

IV. Le Dr A. Macdonald ayant, devant la Société obstétricale d'Edimbourg, soulevé la question du traitement à suivre dans les cas de rétrécissement du bassin, avait conclu en repoussant l'accouchement prématuré, en repoussant aussi la version parce qu'elle constitue une opération dangereuse pour l'enfant et en donnant la préférence au forceps.

V. Ces conclusions provoquèrent M. Alexander Milne à publier un travail sur la supériorité de l'accouchement prématuré artificiel combiné à la version. Si les expressions dont il s'est servi envers ses contradicteurs dans la première partie de son mémoire sont un peu vives, les faits qu'il a rapportés dans la seconde n'en sont pas moins fort curieux. Il relate l'histoire de six femmes ayant des bassins viciés : un bassin était rétréci dans tous ses diamètres et son conjugué mesurait 7 cent 1|2. Les cinq autres étaient rétrécis suivant leur diamètre antéro-postérieur, 4 mesuraient dans ce sens 7 cent. 1|2, le cinquième 6 cent. 1|4. 4 mesuraient dans ce sens 7 cent. 1|2, le cinquième 6 cent. 1|4. Ces six femmes avaient mis au monde 12 enfants dont 11 avaient succombé pendant l'accouchement, soit qu'on ait appliqué le forceps, soit qu'on ait fait la crâniotomie. Dans toutes les grossesses qui suivirent M. Alexander Milne provoqua l'accouchement prématuré et fit la version : Sur 38 cas, il obtint 35 enfants vivants, 3 seulement vinrent morts. Et la plupart de ces enfants ont survécu : 7 sont morts pendant leur jeunesse, le sort de 11 d'entre eux est ignoré, 17 sont vivants. M Milne, pense donc que son procédé est de beaucoup préférable aux autres.

VI. M. Goodell (de Philadelphie) a aussi apporté son contingent clinique (10 observations) à la question du traitement dans les rétrécissements du bassin, il discute seulement la version, le forceps et la crâniotomie pratiqués à terme. Il donne la préférence à la version, excepté dans les cas où le bassin est rétréci dans tous ses diamètres. Il opère cette version d'une façon toute spéciale. L'angle sacro-vertébral faisant une saillie exagérée, M. Goodell admet avec M. Barnes qu'avant de suivre la filière pelvienne et la courbe de Carus, la tête doit d'abord pivoter sur le promontoire et décrire autour de ce point comme centre un arc de cercle à concavité dirigé en arrière.

L'un des pariétaux restant fixe, l'autre glisse derrière le pubis ; ce mouvement permet à la tête de s'engager à travers le détroit supérieur rétréci. C'est pourquoi, dès que la version est faite, dès que le corps est sorti, dès que le crâne repose par sa base sur le détroit supérieur, il porte le tronc de l'enfant en avant et en haut, l'applique sous la symphyse pubienne et tire directement en avant. Pendant ce temps, un aide, appuyant avec les deux mains sur la tête qui est au-dessus du pubis, exerce sur elle une vigoureuse pression et la repousse en bas et en arrière vers la concavité du sacrum. L'opérateur continue ses tractions et les augmente tout en portant le tronc en bas et en arrière vers le coccyx. Il réussit de la sorte à engager la tête ; s'il n'y parvient pas, pendant que l'aide recommence des pressions sus-pubiennes, il porte de nouveau le tronc en haut et l'abaisse en tirant : il fait de la sorte une série de mouvements analogues à ceux qu'on exécute lorsqu'on fait manœuvrer le bras d'une pompe.

Par cette méthode, dans laquelle il allie de vigoureuses tractions sur le tronc à une forte pression sur la tête fœtale, M. Goodell a obtenu un certain nombre d'enfants vivants, mais chez la plupart d'entre eux existaient des lésions telles que enfoncement du crâne, luxation de la clavicule, etc.

VI. M. Griffiths Swayne revenant sur des résultats qu'il a déjà publiés en 1852, rapporte mille faits nouveaux observés par lui. Il s'agit de présentations du sommet : il trouve les positions suivantes : O.I.G A. 792 ; — O.I.D.A. 152 — O.I.D.P. 19 ; — O.I.G.P. 37. — Il est donc complétement en désaccord avec l'opinion de Nœgelé, P. Dubois, etc ; il est complétement en désaccord avec ce qu'il nous est permis de constater chaque jour. En ce qui concerne les O.I.D.P. qui sont regardées en général comme les plus fréquentes après les O.I.G.A il n'en a observé que 19 cas. et 5 fois seulement sur 19 il y a eu rotation spontanée du sommet; 4 fois seulement aussi sur 37 O.I G.P. il a observé la rotation spontanée. Donc 47 fois sur 56 le sommet est resté en arrière. M. Griffiths Swayne en conclut que dans les occipito-postérieures, si l'on n'intervient pas, soit avec la main, soit avec les instruments, il est beaucoup plus fréquent de les voir persister que de les voir se transformer spontanément en occipito-antérieures.

C'est le contraire qui est généralement admis, et le travail de M. Swayne n'étant pas marqué au coin d'une véritable rigueur scientifique, nous ne croyons pas qu'il puisse prévaloir. En effet, il n'indique ni comment, ni à quelle époque il a fait son diagnostic. S'est-il servi du toucher seulement, a-t-il pratiqué l'auscultation ou a-t-il profité des renseignements si féconds fournis par le palper? A-t-il fait son diagnostic à la fin de la grossesse, avant l'apparition des premières douleurs, ou bien au commencement, ou même seulement à la fin du travail ? Voilà ce qu'il eût été important d'exposer et ce qu'il ne dit pas.

VIII M. Lawson Tait vient d'ajouter quelques renseignements nouveaux à l'étude du goître pendant la grossesse, sujet qui avait déjà été étudié chez nous par MM. Tarnier et A. Ollivier. M. Lawson Tait n'a jamais observé un cas de goître chez l'homme. Il rapporte 12 observations qui sont intéressantes parce que ses malades ont eu de nombreuses grossesses. Toujours, une seule fois excepté, le goître est apparu après une ou plusieurs gestations.

Le goître ou bien persistait après la délivrance, ou bien disparaissait et reparaissait en augmentant toujours de volume dans les grossesses suivantes. M. Lawson Tait a remarqué une tendance aux hémorrhagies utérines après l'accouchement et aussi au moment des règles. Ces hémorrhagies étaient diminuées par l'emploi des sels de potasse, du chlorate de potasse et surtout du bromure de potassium. Enfin, dans beaucoup de cas, il y eut des fausses couches assez nombreuses consécutives au développement du goître.

IX M. Moret, reprenant une question déjà étudiée par MM. Devilliers et Alfred Fournier, s'efforce de montrer l'influence pernicieuse de la grossesse sur la marche de la syphilis. « La grossesse, dit-il, détermine, dans la plupart des cas, l'apparition plus évidente des manifestations syphilitiques locales ou générales. Le plus souvent elle est une condition aggravant la syphilis ; non-seulement les manifestations sont plus tenaces et plus accentuées, mais la marche de la syphilis est profondément modifiée, l'évolution en est plus rapide, l'ordre chronologique des accidents altéré. »

M. Moret rapporte de nombreuses observations qui appartiennent soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire ou à une période intermédiaire à la secondaire et à la tertiaire. Il montre combien le traitement est important : et il conseille, avec M. Lancereaux, le traitement mixte auquel il faut ajouter les toniques. Si ce traitement n'arrête pas le développement des accidents syphilitiques chez la mère, il peut permettre à l'enfant d arriver à terme et de naître vivant.

— Il nous semble qu'il manque un chapitre au travail de M. Moret. On pourrait croire, en le lisant, que, toujours, la grossesse détermine l'apparition de manifestations graves chez les syphilitiques. Il n'en est rien. Il est fréquent de voir des femmes atteintes par la vérole soit avant, soit après la conception et chez lesquelles la maladie a une marche bénigne. Chercher à déterminer exactement dans quel rapport ces manifestations graves existent, voilà, à notre humble avis, ce qui eût complété la thèse d ailleurs si instructive de l'auteur.

P. Budin.

VARIA

Conseil général de la Seine. — BUDGET DES ASILES D'ALIÉNÉS.

Séance du samedi 20 novembre. — Sur le rapport de M. Thulié, le Conseil adopte les articles suivants du budget de 1876 : Dépenses d'entretien des aliénés, 4,000,000 fr.; frais de transport 40,000 fr.; traitements divers, 51,000 fr.

M. Talandier exprime le désir qu'on ne transporte pas les malades aliénés dans les asiles de province lorsqu'ils ont à Paris une famille qui peut les visiter.

M. Raspail se fait l'interprète de plaintes qui lui sont parvenues sur la mauvaise nourriture de l'hospice de Bicêtre, qui a même causé récemment des indispositions graves parmi le personnel de cet établissement. La quantité de vin (un peu moins d'un litre pour sept personnes et par jour) est insuffisante. En revanche, le personnel logé dans l'hospice recevrait des suppléments auxquels il n'a pas droit.

A Ivry, les pensionnaires de l'Assistance publique, anciens militaires pensionnés, ont reçu l'injonction de remettre à l'administration leurs titres de rentes, et celle-ci prélève une part des sommes qu'elle touche en leur lieu et place. Un paralytique a été exclu, parce que son casier judiciaire a révélé qu'il avait été condamné à trois jours de prison il y a dix-neuf ans. M. Raspail demande que des réformes soient apportées dans le plus bref délai au régime des hôpitaux.

M. Martin signale les inconvénients qui résultent pour la ville de Paris du trop court délai exigé par la loi de vendémiaire, an II, pour avoir droit aux secours de la commune. Il demande que l'on porte à cinq ans le délai nécessaire pour acquérir le domicile de secours et propose au Conseil d'émettre un vœu dans ce sens.

M. Ch. Loiseau trouve que, d'une manière générale, la nourriture donnée aux malades dans les hospices de la Seine est salubre et suffisante.

M. Clémenceau ne partage pas complétement l'optimisme actuel de M. Ch. Loiseau qui, devant le précédent conseil, avait manifesté des opinions beaucoup moins favorables à l'administration de l'Assistance publique. Il demande qu'il soit fait une enquête sur les faits signalés par M. Raspail et que M. le directeur de l'Assistance publique vienne en apporter les résultats devant le conseil.

M. le préfet fait observer que la plupart des critiques de M. Raspail s'adressent à l'administration de l'Assistance publique, institution municipale qui n'est point placée sous le contrôle du conseil général. Il attendra que ces critiques soient portées devant le conseil municipal pour y répondre. En ce qui concerne les aliénés, M. le préfet déclare que le département de la Seine a à sa charge 7,179 aliénés, sur lesquels 1,800 seulement peuvent être logés dans les asiles. L'administration a pris des mesures pour que les asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard soient agrandis. Dans ces asiles, les aliénés peuvent se livrer aux travaux agricoles et sont dans des conditions de bien-être beaucoup plus favorables à leur rétablissement que celles que présentent les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, dont l'installation laisse beaucoup à désirer.

M. le préfet déclare qu'il n'accepte pas le vœu émis par M. le rapporteur pour le rétablissement des cliniques d'aliénation mentale. Les professeurs de clinique faisaient servir à leurs démonstrations scientifiques les malades des asiles, qui comparaissaient dans les amphithéâtres devant un nombreux auditoire.

M. le préfet n'admet l'enseignement par la leçon clinique qu'à une condition essentielle : c'est que le malade consente à être l'objet de cette leçon. Ce consentement peut être tacite dans les hôpitaux où l'on traite des personnes jouissant de leur raison ; mais un aliéné n'est pas en état de donner un consentement valable aux expériences dont on veut le rendre l'objet.

M. le préfet n'entend pas enlever aux médecins la possibilité de faire leurs études. Il a autorisé chaque médecin des asiles d'aliénés à se faire accompagner dans ses visites quotidiennes par cinq personnes, médecins ou étudiants en médecine. Il ne peut aller au-delà sans abandonner le droit de protection qu'il est tenu d'exercer à l'égard des aliénés. Le professeur peut faire son cours sans qu'il soit nécessaire de montrer l'aliéné à tout un public d'élèves.

M. Thulié, rapporteur, estime que jamais un cours ne remplacera une clinique. Dans tous les cours d'aliénés depuis 1840, on amène le malade devant les élèves. Pour un malade aliéné qui n'a plus conscience des choses extérieures, l'examen clinique fait en public n'offre aucun des inconvénients que M. le préfet redoute pour les malades ordinaires, l'absence de consentement, par exemple. Aucun malade n'a jamais protesté contre l'exhibition clinique, parce qu'il sait que c'est dans son intérêt que ces soins lui sont donnés et qu'ils ne seraient pas plus efficaces s'ils étaient rétribués à prix d'argent.

M. le préfet répond qu'il existe des établissements de l'Etat, comme Charenton, par exemple, où cet enseignement doit être professé. D'ailleurs, pourquoi les aliénistes n'ouvrent-ils pas des cliniques dans les établissements privés qu'ils possèdent presque tous ?

M. Charles Loiseau s'étonne qu'il ait fallu attendre jusqu'à ce jour pour supprimer les cliniques autorisées par MM. de Rambuteau, Berger, Haussmann, enfin par tous les prédécesseurs de M. le préfet de la Seine depuis plus de soixante ans.

M. le préfet ne croit pas qu'il soit possible d'imposer au malade entrant dans un hôpital l'obligation de se soumettre à une opération publique.

M. Clémenceau fait observer qu'on violente bien les malades en les obligeant d'aller à la messe, et qu'à leur dernière heure on leur impose bien l'assistance de l'aumônier, dont l'intervention inopinée avance souvent le fatal dénouement. M. Clémenceau trouve fâcheux que M. le préfet se refuse à inviter M. le directeur de l'Assistance publique à venir devant le Conseil donner des explications à M. B. Raspail, qui, n'étant pas membre du conseil municipal, ne pourra entendre les observations de ce fonctionnaire.

M. Clémenceau fait appel, sur ce point, au bon vouloir de M. le préfet, et le prie de convoquer M. le directeur de l'Assistance publique.

M. le préfet de la Seine répond que l'Assistance publique n'est pas sous la juridiction du Conseil général. En ce qui concerne la liberté de conscience dans les hôpitaux demandée par M. Clémenceau, M. le préfet le rend juge du fait suivant : un aliéné détenu à la Ville-Evrard ayant manifesté l'intention d'être enterré civilement, l'aumônier ne crut pas devoir assister à son enterrement et les médecins de l'asile furent les premiers à blâmer la discrétion de cet aumônier.

M. Clémenceau ne voit pas ce que prouve le fait de l'enterrement civil d'un aliéné. Quant à lui, il ne comprend pas qu'on ait à donner le caractère civil ou religieux à l'enterrement d'un aliéné. Quoi qu'il en soit M. Clémenceau persiste dans son opinion, qu'on ne respecte pas assez la liberté de conscience des malades dans les hôpitaux.

Sur une observation de M. le préfet qui répète que les hôpitaux dépendent de l'administration municipale et non de l'administration départementale, M. Clémenceau déclare qu'il présentera des observations à la prochaine session du conseil municipal.

M. Béclard déclare que l'intérêt de la science, c'est-à-dire l'intérêt de l'humanité, domine toute la question des cliniques. Si l'enseignement clinique est nécessaire pour la médecine générale, il est indispensable pour l'étude des maladies mentales. En effet, le certificat du premier médecin venu suffit, aux termes de la loi de 1830, pour faire enfermer un citoyen. Or il n'existe pas à la Faculté de Paris de chaire d'aliénation mentale. Où veut-on donc, si l'on ferme les cliniques, que le médecin, investi par la loi de pouvoirs si absolus, aille chercher l'enseignement dont il a besoin pour être bon juge en pareille matière ?

Le projet de délibération présenté par la commission est mis aux voix et adopté.

Le conseil approuve un projet de vœu de M. Raspail tendant à fixer à deux ans la durée de domicile exigée pour avoir droit à l'assistance publique.

Le conseil adopte un projet de vœu présenté par la Commission pour que des réparations soient faites à Bicêtre et à la Salpêtrière en vue de recevoir un plus grand nombre de malades.

La séance est levée à sept heures.

Séance du 21 novembre. — Le conseil général adopte, entre autre, l'article suivant ; Traitement du médecin attaché au service scolaire, 3,000 fr.

Le vœu suivant, présenté au Conseil général dans la séance du 22 novembre 1875, par M. le Dr Paul Dubois et signé par un grand nombre des membres du Conseil général parmi lesquels nous remarquons le nom de M. le Dr Béclard, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, rapporté dans la séance du 24 par M. le Dr Villeneuve, a été adopté à l'unanimité par le Conseil.

Considérant : 1° Que la loi de 1838 donne à tout docteur en médecine français le droit de faire entrer d'urgence dans un établissement d'aliénés toute personne qu'il a jugée affectée d'aliénation mentale.

2° Qu'un très-grand nombre de docteurs en médecine jusqu'au moment où leur diplôme leur a été délivré, n'ont jamais eu l'occasion d'examiner un aliéné, l'enseignement des affections mentales n'existant pas dans les Facultés de France.

3° Qu'il est impossible que le Gouvernement continue de donner un tel droit à des hommes dont la plupart sont incompétents.

Les soussignés émettent le vœu que M. le Ministre de l'Instruction publique étant mis au courant de cette situation, un enseignement clinique des affections mentales soit créé dans le plus bref délai à la Faculté de Médecine de Paris (1).

Affaire de Saint-Omer; arrêt de la cour de Douai.

On sait que la cour d'appel de Douai avait évoqué l'instruction de l'affaire de l'aliéné Leprêtre, qui avait été l'objet d'une fusillade ordonnée par le sous-préfet de Saint-Omer et le substitut du tribunal de cette ville.

Par suite de l'arrêt d'évocation, en date du 30 octobre dernier, l'information a eu lieu par M. le conseiller Honoré, en présence de M. le premier avocat général Carpentier.

Cette instruction terminée, l'affaire est revenue devant la chambre des mises en accusation à l'audience du 20 novembre dernier.

La Cour, sur les conclusions conformes du ministère public, a rendu un arrêt par lequel elle se déclarait incompétente et a délaissé, par application des articles 479 et 483 du Code d'instruction criminelle, le procureur général à se pourvoir :

(1) Cet enseignement n'est pas à créer à la *Faculté* de Médecine, où M. Ball fait un cours : — ce qui est à *créer*, c'est l'enseignement *clinique*. Or, on voit, d'après le résumé de la séance du 20 novembre, que M. le Préfet n'en veut pas.

1° Contre le substitut du procureur de la République de Saint-Omer, sous l'inculpation du délit d'abus d'autorité. (Art. 186 du Code pénal.)

2° Contre le sous-préfet de Saint-Omer qui, inculpé, de son côté, à raison des mêmes faits et du même délit, devient justiciable de la même juridiction, à raison de la connexité.

L'article 479 précité édicte que lorsqu'un membre du parquet sera prévenu d'avoir commis un délit emportant une peine correctionnelle, le procureur général le fera citer devant la cour d'appel qui prononcera sans qu'il puisse y avoir appel. L'affaire doit, assure-t-on, être portée devant la Cour le 6 decembre prochain. Voici le texte de l'article visé dans l'arrêt :

« Art. 186. Lorsqu'un fonctionnaire ou un officier public, un administrateur, un agent ou un préposé du gouvernement ou de la police, un exécuteur des mandats de justice ou jugements, un commandant en chef ou en sous-ordre de la force publique, aura, sans motif légitime, usé ou fait user de violence envers les personnes, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, il sera puni selon la nature et la gravité de ces violences, et en élevant la peine suivant la règle posée par l'article 198 ci-après :

» Art. 198. Hors les cas où la loi règle spécialement les peines encourues pour crimes ou délits commis par les fonctionnaires ou officiers publics, ceux d'entre eux qui auront participé à d'autres crimes ou délits qu'ils étaient chargés de surveiller ou réprimer, sont punis comme il suit :

» S'il s'agit d'un délit de police correctionnelle, ils subiront toujours la peine attachée à l'espèce de délit ; S'il s'agit d'un crime, ils seront condamnés, savoir :

» A la réclusion, si le crime emporte contre tout autre coupable la peine du bannissement ou de la dégradation civique ;

» Aux travaux forcés à temps, si le crime emporte contre tout autre coupable la peine de la réclusion ou de la détention ;

» Et aux travaux forcés à perpétuité, lorsque le crime emportera contre tout autre coupable la peine de la déportation ou celle des travaux forcés à temps. — Au delà des cas qui viennent d'être exprimés, la peine commune sera appliquée sans aggravation. »

Ecole de pharmacie de Paris.

La distribution des prix à l'Ecole de pharmacie de Paris a eu lieu le 18 novembre. La séance a été ouverte par M. le directeur qui a prononcé l'allocution suivante ;

Messieurs, Au premier rang des antiques usages dont notre vieille et bien chère Université de France s'enorgueillit de garder pieusement le souvenir, il faut compter celui qui nous rassemble chaque année, maîtres et élèves, en un même jour de fête.

Les maîtres s'y rappellent le temps, souvent hélas bien éloigné, où, dans cette même enceinte, ils trouvaient la consécration de leurs premiers efforts ; les élèves en y recevant la récompense de leurs laborieuses études, viennent y prendre l'engagement de poursuivre courageusement celles-ci jusqu'au moment où, nous quittant, ils iront grossir les rangs des pharmaciens savants qui sont l'honneur du corps.

Quant à ceux d entre-vous, Messieurs, dont les hasards de la lutte ont trahi les espérances, ils applaudiront aux succès de leurs camarades, et se prépareront à prendre une revanche que le travail ne refuse jamais, soyez-en sûrs, aux âmes généreuses et vaillantes.

Durant l'année qui commence, vous devrez malheureusement continuer vos travaux dans des amphithéâtres dont l'insuffisance éloigne, dès les premiers jours, bon nombre d'entre-vous, dans des laboratoires improvisés où vous vous entassez intrépidement, bravant tout à la fois et les accidents des opérations chimiques et le danger glorieux d'être ensevelis sous les ruines de la maison légendaire, mais effondrée, de Nicolas Houël.

Espérons que bientôt, dans un quartier plus central, nous verrons enfin s'élever une nouvelle école plus en rapport avec les besoins multiples de nos études, et répondant aux légitimes exigences de l'enseignement moderne, récemment complété et rendu le même pour tous nos élèves.

Souhaitons d'y porter ensemble les traditions que nous ont légué nos devanciers, et de marcher comme eux dans la voie de la science et du progrès. C'est sur ce vœu que je termine, ne voulant pas retarder davantage le moment où vous allez recevoir des récompenses si bien méritées, et vous souhaitant la bienvenue pour l'année qui commence et que vous couronnerez, j'en suis certain, par de nouveaux et féconds succès, garantie de vos destinées. — Les prix ont été distribués dans l'ordre suivant :

Concours généraux. — 3e *année* : 1er prix, M. Demelle ; Second prix, M. Gérard ; Mention avec honneur, M. Dardel,

Deuxième année : Premier prix, M. Leger ; Second prix, M. Simonnet ; Mention avec honneur, M Ruyssen.

Première année : Premier prix, M. Degrave ; Second prix, M. Bourquelot ; Mention avec honneur, M. Lecœur.

PRIX DES TRAVAUX PRATIQUES :

Troisième année (chimie) : Médaille d'or, M. Demelle ; Médaille d'argent, M. Gérard ; Médaille de bronze, M Dardel ; Mention avec honneur, M. Duvin. — 2e *année* (chimie) : Médaille d'or, M. Ruyssen ; Médaille d'argent, M. Dubouisson ; Médaille de bronze, M. Léger ; Mention avec honneur, M. Pouleng-Weil.

Première année (chimie) : Médaille d'or, M. Guinochet, Id. M. Allain ; Médaille d'argent, M. Lepetit ; Id. M. Richard, Médaille de bronze, M. Dumont ; Id. M Kuenemann ; Mention avec honneur, MM. Barré, Gautrelet, Laboureur, Chiron.

Première année (botanique) : Médaille d'or, M. Bourquelot : Id., M. Hariot ; Médaille d'argent, M. Tarin. Id., M. Mailfait ; Médaille de bronze, M. Plisson ; Id., M. Liégard ; Mentions avec bonneur : MM. Guignard, Masse, Richard, Lahauré, Auvray et Guinochet.

Médaille d'argent : M. Galimard, élève des hautes études.

Prix Desportes (botanique) : M. Lecœur.

Réservistes ; cas d'insoumission.

Nous avons déjà fait connaître à plusieurs reprises les mauvais cas où peuvent se trouver les réservistes, qui ne font pas connaître leur domicile ou qui changent de domicile sans en avertir l'autorité militaire. Les conseils de guerre de Paris viennent de statuer sur des cas nouveaux. Ainsi M. D..., étudiant en médecine, réserviste de la classe de 1867, n'avait pas répondu à l'ordre d'appel adressé à son père dans la Creuse. Le père déclara qu'il ne savait pas où habitait son fils. Celui ci fut arrêté à Paris. Devant le conseil de guerre, il déclare qu'il croyait être de la classe de 1868. Il a été condamné à deux mois de prison.

Les cours de l'Ecole pratique.

Le rapport relatif aux cours libres de l'Ecole pratique a été adopté par la Faculté réunie le *jeudi* 11 *novembre*, et a été envoyé au Ministre de l'Instruction publique Depuis ce temps aucune réponse n'a été donnée, de telle sorte que pas un cours n'a été commencé à l'Ecole pratique. Et cependant nous sommes *déjà au* 25 *novembre*, il est certains cours qui intéressent vivement le public et les étudiants qui préparent leurs examens, en particulier les cours de pathologie interne et externe, de thérapeutique, etc.

69. Traitement des maladies du cœur. (M. *G. Sée*).

Dans les affections cardiaques, et surtout dans les cas où il existe un œdème plus ou moins marqué, M. le professeur G. Sée emploie avec succès le traitement suivant :

1° Lait à la dose de 2 ou 3 litres par jour.

2° 3 ou 4 des pilules suivantes :

Extrait alcoolique de digitale.....	ââ 0,025
Poudre de digitale............	

Faire une pilule,

3° Potion avec 3 ou 4 gr. de bromure de potassium.

Les doses sont parfois un peu modifiées suivant les cas, mais les trois prescriptions sont toujours associées.

NÉCROLOGIE

Mort de A. F. Gary, externe des hôpitaux.

Nous avons à enregistrer une mort nouvelle dans le personnel des hôpitaux déjà si éprouvé depuis le début de cette année. Dès les premiers mois, à l'hôpital temporaire, Vallérian succombait aux atteintes d'une variole gagnée au lit du malade. Quelques semaines plus tard, Gipoulou, son ami, mourait a son tour emporté par une angine diphthéritique, également gagnée dans les salles de l'hôpital. Enfin la même affection, l'angine diphthéritique, enlevait il y a deux jours : *Aubin-François* GARY, l'un des externes les plus zélés et les plus méritants de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Pour lui, comme pour Vallerian, comme pour Gipoulou, l'origine, la cause de la maladie, n'est point douteuse : c'est à l'hôpital, à l'hôpital seul, où le croup et l'angine diphthéritique se rencontrent en si grand nombre à cette époque de l'année, qu'il a pu puiser les germes de cette terrible affection.

Mardi dernier, on lui rendait à Neuilly les derniers devoirs. Un nombreux cortège de parents, de maîtres, d'amis se pressaient autour de sa tombe et venaient lui rendre un dernier hommage. L'Administration de l'Assistance publique était représentée par M. le Directeur de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Sur la tombe, l'un des médecins de l'hôpital, M. le docteur CADET DE GASSICOURT, le dernier maître de Gary, a prononcé les paroles suivantes qui ont vivement impressionné l'assistance.

Messieurs,

Aubin-François Gary est mort à 25 ans, plein de jeunesse et de courage. Vous tous qui m'entourez, parents, maîtres, amis, vous, qui l'avez connu, vous, qui l'avez aimé, vous savez que c'était un homme.

Toute sa vie peut se résumer d'un seul mot : *Devoir*, et il a poussé le devoir jusqu'au sacrifice Partout où il a passé, partout où il a vécu, il a su se faire juger ; à Neuilly, où il comptait autant d'amis que de voisins ; dans les hôpitaux où il avait autant d'amis que de camarades. Mais pour le bien comprendre, il fallait le voir de plus près encore, car il était de ces natures d'élite dont le charme doux et pénétrant agit surtout par la fréquentation quotidienne. J'étais son maître et son ami, et j'ai pu apprécier les rares qualités de son esprit, les qualités plus rares encore de son cœur, auprès

du berceau des enfants, dans cet hôpital Sainte-Eugénie où il dépensait sa vie et où il a trouvé la mort. Toute sa douceur, toute sa tendresse, toute sa sollicitude, il les mettait au service de ces êtres chétifs, qu'une rude parole fait pleurer, qu'une caresse console et fait sourire au plus fort de leurs souffrances. Il était la bien à sa place ; il avait pour ces malheureux enfants tous les sentiments d'un père.

Mais un jour, c'était l'autre semaine, il ne vint que jusqu'au seuil de l'hôpital et la force lui manquant, il retourna chez lui et ne revint plus. On s'étonna de son absence, on était si sûr de son zèle !... Bientôt on sût qu'il avait une angine couenneuse ; il ne fallait rien moins pour l'arracher à son devoir. Depuis quelque temps, nous le trouvions fatigué. Quoiqu'il fût d'une robuste constitution, il fléchissait évidemment sous le poids des nombreux travaux qu'il s'était imposés. L'automne dernier, il remplaçait pendant un mois un médecin de ses amis ; tous les matins il traversait Paris pour venir faire un service fatigant à l'hôpital; dans la journée, il allait au bureau central ; il donnait chaque soir des répétitions de grec et de latin. Ce qui ne l'empêchait pas de traduire pour les journaux de médecine des articles extraits des feuilles scientifiques d'Espagne et d'Angleterre. Un tel labeur l'écrasait, et quand vint la maladie, elle l'accabla.

Il luttait pourtant, et quand je le vis mardi soir, il semblait résister avec avantage. Apparence trompeuse, hélas! Malgré les soins empressés que lui prodiguèrent MM. les docteurs Boulé et Touzé, malgré ceux que je lui portai moi-même, la diphthérie inexorable poursuivait sa marche envahissante. Le samedi matin, elle s'étendait aux grosses bronches; le dimanche matin elle arrivait plus loin encore, et à une heure, Gary s'éteignait sans que l'art pût intervenir.

Le pauvre garçon a vu la mort, Messieurs, car il avait sa pleine connaissance, mais loin d'être effrayé de cette terrible appproche, il profita de ses derniers instants pour donner à sa famille de nouveaux témoignages de tendresse et de fermeté.

— Pourquoi pleures-tu? disait-il à sa sœur, je ne pleure pas, moi! — Donnez-moi votre main, ma mère ; j'éprouve une grande joie à la sentir dans la mienne. Mais ne vous approchez pas trop, vous pourriez gagner la maladie qui me tue C'est assez d'une victime.—Pauvre petit frère! ajoutait-il, en pensant à son jeune frère absent, je ne le verrai plus, mais il m'aimera toujours. Et c'est ainsi qu'il s'est éteint, c'est ainsi qu'il est mort doucement, avec une résignation vraiment chrétienne, entouré de tous ces cœurs aimants, si tendrement aimés.

Il est mort victime de son courage, victime de son dévouement, victime de son humanité. Car, c'est à l'hôpital, près du lit des pauvres enfants qu'il soignait avec tant de zèle, qu'il a pris la terrible maladie qui l'a emporté. Il est mort comme Gillette, il est mort comme Blache, comme Gipoulou, comme Vallérian, comme tant d'autres, martyrs de l'humanité. Car, il faut qu'on le sache, Messieurs, ou plutôt, il ne faut pas qu'on l'oublie : la science et l'humanité ont leurs martyrs et leurs héros, héros obscurs le plus souvent, mais d'autant plus dignes de respect et d'admiration que dans leur sacrifice, ils n'ont cherché ni le bruit ni la gloire, mais la satisfaction du devoir rempli.

Soyons fiers, Messieurs, de tels exemples, et sachons y puiser de viriles consolations. Et vous-mêmes, vous, qui le touchiez de plus près, vous que les liens du sang unissaient à lui, sachez le bien : le jour où les premiers aiguillons de la douleur se seront émoussés, le jour où le temps aura pansé la plaie aujourd'hui saignante de votre cœur, vous éprouverez comme une sorte de joie noble et grave à vous dire : C'était une belle âme !

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — M. le professeur CHARCOT reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le dimanche, 28 novembre, à 9 heures et 1|2.

Hôpital de la Charité. — Service de M. SÉE, Salle Saint-Charles : 2, fièvre typhoïde; 4, 7, 8, 15; affection cardiaque; 19, névromes multiples; 22 mal de Pott avec parésie du membre inférieur. — Salle Sainte-Anne : 2, arthrite pendant la grossesse; 14, angine granuleuse; 24, carcinome utérin avec ascite; 25, colique de plomb.

Service de M. WOILLEZ. Salle Saint-Félix : 2, insuffisance mitrale; 14, phthisie pulmonaire, pneumothorax; 16, pleurésie purulente, vomiques; 1, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Vincent : 7, hystérie, chorée ; 10 et 13, fièvre typhoïde; 24, hystérie, chorée, paraplégie guérie subitement.

Service de M. TRÉLAT. Salle Sainte-Rose : 2, iritis syphilitique; 3. gangrène traumatique; 7. métrite; 8, fracture de l'humérus. 6, amputation du sein; 8, hydarthrose; 14, coxalgie; 16, névralgie faciale; 18, rectite.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* Service de M. BUCQUOY. Salle Saint-Jean (H.) : 1, gomme ulcérée de la langue; 4, 15, 23, pleurésies; 18, pleuro-pneumonie, hernie étranglée, péritonite; 21, affection cardiaque. — Salle Saint-Philippe (F. : 1, 20, affections mitrales; 11, fièvre typhoïde; 21, syphilides ulcéreuses du voile du palais et du pharynx.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Salle Cochin (F. : 7, lupus exedens de la main gauche; 8, abcès du foie, fistule hépato-bronchique; 19, lupus exedens du nez et de la lèvre, 22, fistule-recto-vaginale. — Baraque I: chancre phagédenique du rectum; 5, cancer du rectum. — Baraque III : 2, plaie de la main par écrasement; 5, ostéite épiphysaire du tibia.

Hôpital Temporaire, rue, de Sèvres. Service de M. FERNET. Salle Sainte-Geneviève (H) : 4, phlébite spontanée du membre inférieur; 11, insuffisance mitrale et insuffisance aortique avec prédominance de l'affection aortique; 14, rein flottant: 15, péritonite tuberculeuse; 20, paralysie radiale chez un saturnin: 23, hémiplégie alterne syphilitique. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, cirrhose; 10, tumeur cérébrale d'origine probablement tuberculeuse; aphasie passagère, accidents méningitiques, testicule tuberculeux; 12, hémiplégie syphilitique; 18, cancer du colon ascendant; 20, phlébite spontanée du membre inférieur. — Salle Saint-Joseph (F.) : 2, cancer de l'estomac, tubercules pulmonaires; 17, accidents bizarres de la convalescence de fièvre typhoïde; 23, fièvre typhoïde, 24, sciatique.—Salle Antoinette: Varioleux. — Salle Sainte-Hélène ; 2, hernie purulente, empyème; 4, mal de Bright, hypertrophie du cœur droit; 6, péritonite tuberculeuse; 12, atrophie musculaire progressive; 16, paralysie générale progressive. — Salle Saint-Jean : 5, tétanie; 9, pelvi-péritonite. — Salle Saint-Louis : 4, pleurésie purulente; 6, insuffisance aortique; 10, myélite chronique.

Service de M. LÉCORCHÉ. Salle Sainte-Anne : 3, lymphadénome généralisé, 13, 23, insuffisance aortique, 10, sciatique blennorrhagique; 16, kyste hydatique du foie; 17, tubercules du cerveau; 22, endo-péricardite rhumatismal; 18, diabète sucré. — Salle Saint-François : 1, endo-péricardite rhumatismal; 13, pleurésie; 16, mal de Bright; 15, hystéro-épilepsie; 17, pyélite tuberculeuse; 22, lithiase biliaire; 27, insuffisance aortique; 30 et 32, syphilis.

Service de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Salle Saint-André : 1, otite externe; 4, arthrite fongueuse des articulations du gros orteil; 6, morbus coxæ senilis, hydrocèle; 7, phlébite spontanée dans d'anciennes varices: 8, cancroïde de la lèvre inférieure, opéré; 19, cancer de la partie inférieure de la face; 22, fracture du calcanéum; 42, angioleucite du membre inférieur; 43, perforation du voile du palais, angine scrofuleuse; 44, amputation de jambe, pansement par la méthode de Lister.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 19 novembre 1875, on a constaté 853 décès, savoir : Variole, 3; — rougeole 4 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 21 ; — érysipèle, 6 ; — bronchite aiguë, 37 ; — pneumonie, 57 ; — dyssenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7 ; — choléra nostras, » ; — angine couenneuse, 20 ; — croup, 18; — affections puerpérales, 9 , — autres affections aiguës, 240 ; — affections chroniques, 347 dont 156 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 36 ; — causes accidentelles, 25.

LONDRES. — Population 3.445.160 habitants. Décès du 7 au 13 novembre, 1.567, savoir : variole, 1; — rougeole, 43; — scarlatine, 116 ; — fièvre typhoïde, 12; — érysipèle, 6; — bronchite, 221; — pneumonie, 85; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 24; — choléra nostras, »; — diphthérie, 12; — croup, 18, — coqueluche, 49.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Histoire de la médecine.* — M. le Dr Bouchard, agrégé, chargé de ce cours, commencera ses leçons le mardi 30 novembre, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre Il a choisi pour sujet de ses leçons l'histoire des maladies épidémiques et contagieuses. — Mardi, jeudi, samedi.

NÉCROLOGIE. — L'*Union républicaine de l'Eure* nous apprend dans son numéro du 24 novembre, la mort de M. le Dr QUESNAY de Neubourg).

POSTE MÉDICAL. — On demande un docteur-médecin dans un chef-lieu de canton de 1,500 âmes. Ce canton compte dix communes. La commune offre au médecin 1,000 fr. et la compagnie du chemin de fer 600 fr. S'adresser pour plus amples détails à M. le Dr Jobert, à l'établissement hydrothérapique 69, quai de Seine (*Lyon médical.*)

Externat. — 16 nov., tiers inférieur de l'humérus. — 18 nov., caractères distinctifs des vertèbres. —20 nov., les trois muscles fessiers.

Libraire J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

STANSKI G.-P. . Un mot à propos de la discussion à l'Académie de Médecine sur le choléra de 1873, in-8 de 35 p.

Aux bureaux du **PROGRÈS**

CHARCOT (J. M.) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpétrière, recueillies par BOURNEVILLE. 2e série. 1er fascicule : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8 de 72 pages avec une planche en chromolithographie et 6 figures dans le texte ; 2 fr., pour nos ABONNÉS, 1 fr. 25. — 2e fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière ;* in-8 de 72 pages avec 2 planches en chromolithographie et 2 figures dans le texte ; 2 fr. 25 ; pour nos abonnés, 1 fr. 25. – 3e fascicule : *Des amyotrophies* (Paralysie spinale infantile ; — Paralysie spinale de l'adulte; — Atrophie musculaire protopathique ; — Sclérose symétrique primitive des cordons latéraux; — Paralysie générale spinale subaiguë ; — Paralysie pseudo-hypertrophique, etc.) ; in-8 de 112 pages avec 2 planches en chromo-lithographie et 23 figures dans le texte, 4 fr.; pour nos ABONNÉS, 2 fr. 50. —Prix des 3 fascicules : 8 fr. 25; pour nos ABONNÉS, 4 fr. 75 (*franco*)

CORNIL (V.) Leçons sur l'anatomie pathologique et sur les signes fournis par l'auscultation dans les maladies du poumon, professées à la Faculté de médecine, recueillies par P. BUDIN. In-8 de 92 p. Prix 2 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr. *franco*.

LANDOUZY (L.). De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. In-8 de 64 pages.

PATHAULT (L.) Du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques. In-8° de 46 p. avec six fig. dans le texte, 1 fr 25

TERRILLON. Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 centimes.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

BOURNEVILLE. Notes et observations cliniques sur la fièvre typhoïde. In-8 de 80 pages avec 4 planches en chromo-lithographie, et 2 planches noires, 3 fr.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. le professeur CHARCOT.**

Des localisations dans les maladies cérébrales (1).

(Résumé par BOURNEVILLE.)

Origine des parties cérébrales des nerfs optiques.

Messieurs,

J'espère être parvenu à mettre en relief l'existence de l'*amblyopie croisée*, comme symptôme de lésions occupant la partie postérieure de la capsule interne ou les irradiations correspondantes du pied de la couronne rayonnante.

Du même coup, j'ai essayé d'établir que la proposition de de Graefe, à savoir que l'hémiopie homologue serait — à l'exclusion de l'amblyopie croisée — le seul trouble fonctionnel de la vision pouvant résulter d'une lésion d'un des hémisphères cérébraux; j'ai essayé, dis-je, de montrer que cette proposition est pour le moins beaucoup trop absolue et que les arguments sur lesquels elle repose devront subir une révision complète.

Aujourd'hui, je voudrais rechercher avec vous si l'anatomie normale peut faire comprendre pourquoi le trouble sensoriel dont il s'agit, c'est-à-dire l'amblyopie croisée, est un accompagnement fréquent, pour ainsi dire habituel, de l'hémianesthésie sensitive résultant d'une lésion de la capsule interne.

Cette hémianesthésie de la sensibilité commune, vous ne l'avez pas oublié, a pu trouver sa raison d'être dans l'existence d'un faisceau de fibres centripètes *directes*, c'est-à-dire ne s'arrêtant pas dans les noyaux gris des masses centrales et qui, à l'issue de la capsule interne, formerait la partie la plus postérieure du pied de la couronne rayonnante.

Existe-t-il quelque connexité, quelque rapport plus ou moins immédiat entre ce faisceau sensitif et les faisceaux sensoriels destinés à mettre en communication l'appareil de la vision avec l'écorce grise du cerveau ? Pour aborder cette question il nous faut, au préalable, étudier l'origine des parties profondes ou cérébrales des nerfs optiques. Nous allons toucher là un sujet difficile, obscur encore sur plus d'un point. Je ne puis cependant me dispenser de vous en indiquer les principaux côtés, ne serait-ce que pour signaler la voie dans laquelle devront, à l'avenir, être dirigées les recherches, et où l'anatomie pathologique est appelée, très-vraisemblablement à jouer un rôle prépondérant.

D'après le plan général, les nerfs encéphaliques doivent rencontrer, avant de pénétrer dans le cerveau lui-même, un ou plusieurs amas de substance grise, qu'on est convenu d'appeler les *noyaux d'origine*, et ce sont des expansions, nées dans ces noyaux, qui, d'une façon indirecte, mettraient ces nerfs en rapport avec l'écorce grise des hémisphères cérébraux.

A priori, rien ne porte à croire que les nerfs optiques échappent à cette loi. De fait, ils n'y échappent point, mais les dispositions sont ici très-compliquées et mal connues d'ailleurs dans certains détails.

I. Je m'arrêterai tout d'abord un instant sur quelques dispositions relatives à la constitution d'une partie de la couronne rayonnante de Reil (2).

Dans le schéma que je vous présente et que j'emprunte à M. Huguenin (*loc. cit.*, pl. 69, page 93), l'ablation des parties supérieures des hémisphères, y compris le corps calleux, a mis à nu les cavités ventriculaires. Vous remarquerez particulièrement l'étage inférieur ou corne postérieure du ventricule (*f*) qui joue ici, dans la topographie, un rôle important (*Fig.* 57).

On a détaché le noyau caudé dont les contours se trouvent représentés par une ligne pointillée; on a enlevé également son appareil rayonnant, c'est-à-dire le plan des fibres rayonnantes cortico-striées. (Voir le schéma fig. 32 FR, *Progrès médic.* n° 28, p. 384). De la sorte se trouve à découvert le plan des faisceaux rayonnants cortico-optiques. (FT, fig. 32 ; *hh*, *ii*, *kk*, fig. 57). Il est possible de distinguer alors dans ces derniers faisceaux, trois groupes de fibres. 1° Les unes antérieures (*hh*, *Fig.* 57), sont dites racine antérieure de la couche optique (Vordere Stiel) ; elles se dirigent vers les régions frontales, 2° d'autres sont moyennes ou latérales (*ii*, *Fig.* 57. Expansions latérales); 3° d'autres enfin, postérieures, sont désignées d'après Gratiolet qui, le premier, les a bien étudiées, sous le nom d'expansions cérébrales optiques ou des nerfs optiques (KK, *Fig.* 57) (1). (Sehs-

(1) Voir n°s 17 à 29 et 31 à 34.

(2) Les divers faisceaux pédonculaires ou autres qui forment la couronne rayonnante (*fibres convergentes*, Luys). *Système de projection de* [illegible] (Meynert) composent pour une bonne part la masse centrale blanche appelée centre ovale, que l'écorce grise des hémisphères enveloppe et renferme, suivant la comparaison de Foville, à la manière d'une bourse. Ils ne représentent pas la totalité de cette masse. Celle-ci contient, en outre, des faisceaux tout-à-fait étrangers aux précédents, mais qui s'entremêlent avec ceux-ci. Les derniers faisceaux constituent ce que M. Meynert appelle le *système d'association*. On peut ramener, d'une façon très-générale, à deux ordres les faisceaux qui composent ce système. — Les uns consistent en commissures qui unissent l'une à l'autre des parties homologues des hémisphères cérébraux. Tels sont, par exemple, les corps calleux, la commissure antérieure. Les autres sont composés de fibres à direction générale antéro-postérieure qui mettent en relation les points divers d'un même hémisphère.

La figure suivante (*Fig.* 58), empruntée à M. Meynert (*loc. cit.*, fig 223 et

Fig. [illegible] — [illegible] M. Meynert, *Stricker's Handbuch*, T, II. [illegible] 3. — [illegible] Coupe [illegible] du cerveau [illegible]
[illegible] O, extrémité [illegible] H, [illegible] RR, [illegible] SH, Sulcus hippocampi. LL, 3e segment du noyau lenticulaire [illegible] — C s, la queue du corps strié. — P, le pulvinar. — G, le corps [illegible]
[illegible] F [illegible] deux circonvolutions. — *arc*. fasciculus arcuatus. — [illegible] — *lf*, fasciculus longitudinalis inferior. — C *a*, commissure antérieure. — *inf*, corne postérieure des ventricules latéraux.

représentant la [illegible] antérieure du cerveau d'un singe (*cercocebus cinomolgus*) montre bien la direction des principaux faisceaux de ce système d'association antéro-postérieure. On voit en *pv*, les faisceaux de fibres propres, (*fibræ propriæ*), bien décrites par Gratiolet, qui mettent en rapport les circonvolutions voisines; en *arc*, le *fasciculus arcuatus* dont les fibres [illegible] [illegible] lobe frontal, — en [illegible] [illegible] à l'extrémité du lobe [illegible] dont la direction est presque [illegible] entre le lobe frontal et le sphénoïdal.

(1) Voir Gratiolet. — *Anat. comparée*, T. II p. 181 et suiv. — Luys, *loc. cit.* p. 173.

trahlungen). Les faisceaux du dernier groupe, qui sont l'objet particulier de notre étude, ne sont séparés de la cavité de la corne postérieure que par l'épendyme et le tapis (*tapetum*), expansion particulière du *splenium* du corps calleux.

C'est dans cette région même, mais sur un plan plus profond, que se répandent les expansions cérébrales du faisceau de fibres centripètes dont la lésion détermine l'hémianesthésie sensitive de cause cérébrale. Il existe donc une relation de voisinage, de contiguïté entre ces faisceaux et les expansions optiques et cette relation serait bien propre à expliquer anatomiquement la coexistence fréquente

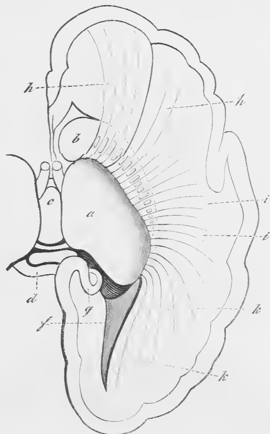


Fig. 57. — *Radiations de la couche optique.* — (Schéma emprunté à l'ouvrage de M. Huguenin, p. 93, fig. 69.)
a, couche optique. — *b*. corps strié. — *c*, voûte à 3 piliers. — *d*, tubercules quadrijumeaux. — *f*. corne postérieure du ventricule lateral. — *g*, corne d'Ammon. — *h*,*h*, racine antérieure du thalamus. — *i*,*i*, radiations latérales. — *k*,*k*, radiations optiques de Gratiolet.

de l'hémianesthésie et de l'amblyopie croisée s'il était bien établi que les faisceaux qui portent ce nom d'expansions optiques sont réellement un prolongement plus ou moins direct des nerfs optiques.

II. Pour examiner ce dernier point, il convient de prendre un détour et d'étudier ce qu'on sait relativement à ces noyaux de substance grise, où les nerfs optiques prennent leur première origine à la base de l encéphale, en quelque sorte en dehors du cerveau proprement dit.

Quelques renseignements préliminaires, concernant l'architecture extérieure des parties que nous devons considérer, me paraissent devoir trouver place ici.

Si, après avoir détaché de l'encéphale l'isthme tout entier, y laissant attenantes les couches optiques, on examine la préparation ainsi obtenue par sa face postérieure, on y remarque ce qui suit : 1° En avant, se voient de chaque côté les couches optiques que sépare le troisième ventricule ; 2° en arrière, les tubercules quadrijumeaux tant antérieurs que postérieurs; 3° en dehors, les bras conjonctifs antérieurs en relation par leur extrémité interne avec les tubercules quadrijumeaux antérieurs, et les bras conjonctifs postérieurs en relation avec les tubercules postérieurs. On voit encore dans la même région, lorsqu'on soulève l'extrémité postérieure des couches optiques ou *pulvinar*, en dedans le corps genouillé interne, en dehors une masse grise un peu plus volumineuse qui est le corps genouillé externe.

En arrière et au-dessus de ces parties se voient la ganse de Reil, les *processus cerebelli ad testes*, les pédoncules cérébraux, les corps restiformes, les pédoncules cérébelleux moyens.

Les corps genouillés internes et externes sont notoirement les deux premiers noyaux de substance grise avec lesquels les nerfs optiques entrent en rapport dans leur trajet vers l'encéphale. On sait comment ces nerfs, en arrière du chiasma, prennent le nom de *tractus optiques* ou *bandelettes optiques* et comment celles-ci, dans la partie qui correspond aux deux tiers postérieurs, sont divisées en deux tractus qu'on peut considérer comme des racines dont l'une est interne et l'autre externe.

L'*externe* est, à la fois, la plus volumineuse et la plus importante. Elle fournit elle-même plusieurs faisceaux qui se mettent en rapport avec divers noyaux gris. On peut distinguer d'abord un faisceau qui s'arrête dans les corps genouillés externes. Ces derniers consistent en des amas assez volumineux de substance grise, renfermant des cellules ganglionnaires étoilées ou fusiformes, d'assez grande dimension qui se trouvent bien représentées dans l'ouvrage de Henle (fig. 177, p. 249). 2° Un second faisceau, situé en dedans du précédent, pénètre dans l'étage inférieur du *thalamus* environ 12 millimètres en avant de l'extrémité du *pulvinar*. Sur une coupe transversale telle que celle qui est figurée dans le travail de Meynert (fig. 249, 11 R), le faisceau en question est situé entre le corps genouillé externe et le pied du pédoncule. L'existence de ce faisceau, affirmée par Gratiolet, est aussi très-explicitement reconnue par Meynert, Henle et Huguenin. 3° Un troisième faisceau qui, d'après Gratiolet, serait le plus apparent et le mieux connu des racines du nerf optique, contourne le corps genouillé externe et pénètre dans celui des tubercules quadrijumeaux antérieurs qui occupe le côté correspondant (1). La description que donne à cet égard Gratiolet, confirmée par MM. Vulpian et Huguenin (2), est parfaitement exacte en ce qui concerne la plupart des mammifères (3). Elle ne l'est plus au même degré pour le singe et pour l'homme où l'existence du faisceau, parfaitement réelle d'ailleurs, ne peut être anatomiquement démontrée que par un examen très-attentif (4).

Vous voyez par ce qui précède que la *racine externe* des nerfs optiques prend son origine dans trois noyaux de substance grise, à savoir : 1° la couche optique ; 2° le corps genouillé externe ; 3° les tubercules quadrijumeaux antérieurs (*nates*). Ce sont là certainement les principales sources des nerfs optiques chez l'homme; ce sont vraisemblablement les seules chez un grand nombre d'animaux. C'est ce que semblent établir, tout au moins, les intéressantes expériences de M. Gudden (5), consistant en l'extirpation des globes oculaires, pratiquée chez de très-jeunes lapins. Lorsque, au bout de quelques mois, les animaux ainsi opérés sont sacrifiés, on reconnaît que l'atrophie consécutive porte, en ce qui concerne les parties centrales, sur les tubercules quadrijumeaux antérieurs, les couches optiques et enfin les corps genouillés externes ; au contraire, les tubercules quadrijumeaux postérieurs et les corps genouillés internes ne prennent aucune part à l'atrophie.

Moins importante que l'externe, la *racine interne* des

(1) Gratiolet, *loc. cit.*, p. 180.

(2) Huguenin, *Westphall's Archiv*. V. Bd., 1er heft., 2 heft. 1875.

(3) Voir pour les cerveaux du lapin et du chien les planches du travail de M. Gudden. (*Arch. f. ophthal.* XX. 1875) ; pour le cerveau du chat les planches de Forel. *Beitrage zur Keuntness der Thalamus opticus*. Sitz. Bericht der K *Akad*, LXVI Bd. 1872. T. II. fig. 10.

(4) Un quatrième faisceau, situé en dehors de celui qui s'arrête dans le corps genouillé externe, se répandrait sur le thalamus et prendrait part à la formation du *Stratum zonale*. Déjà indiqué par Arnold et Gratiolet, ce faisceau est décrit et représenté par Meynert, p. 436.

(5) Gudden. — *Arch. für ophthalmol.* XX.

nerfs optiques ne doit pas être cependant négligée, surtout lorsqu'il s'agit de l'homme. On sait qu'elle entre manifestement en connexion avec le *corps genouillé interne*. Ce dernier ne contient que des cellules nerveuses rudimentaires (Henle) et ne peut être, par conséquent, considéré comme un centre au même titre que le corps genouillé externe. Soit après avoir traversé le corps genouillé, soit par un trajet direct, les faisceaux nerveux de la racine interne vont en définitive aboutir aux tubercules quadrijumeaux antérieurs.

Tout récemment M. Huguenin (*Arch. für psychiatric*, 1875, V Bd , fasc. 2, p. 344) a soutenu que la racine interne des nerfs optiques chez l'homme tout au moins, est anatomiquement en rapport avec les tubercules quadrijumeaux postérieurs soit directement, soit par l'intermédiaire du corps genouillé interne. D'après cela, les tubercules quadrijumeaux postérieurs ne seraient pas, chez l'homme, exclus de l'appareil des nerfs optiques, comme ils paraissent l'être chez les animaux. Cela n'est pas en contradiction avec ce qu'enseignent certains faits d'induration grise tabétique des nerfs optiques. Tout récemment encore, chez une femme ataxique, aveugle depuis une quinzaine d'années, l'induration grise des nerfs optiques pouvait être suivie au-delà du chiasma, sur les bandelettes optiques, jusqu'aux corps genouillés. Les tubercules quadrijumeaux, tant antérieurs (*nates*) que postérieurs (*testes*), avaient à peu près conservé la coloration blanche de l'état normal, mais ils avaient subi, les uns et les autres, une réduction de volume des plus manifestes [cas de la nommée Magdaliat (1)]. J'ai observé plusieurs faits en tout semblables à celui qui précède.

Il nous faut rechercher actuellement comment ces divers amas de substance grise qui viennent d'être énumérés sont mis en relation avec l'écorce grise de l'encéphale. La connexité s'établit, ainsi que je l'ai fait pressentir, par un système de fibres qui constitue la partie la plus postérieure des radiations de la couche optique (faisceaux rayonnants cortico-optiques) et qu'on désigne quelquefois sous le nom de *radiations optiques de Gratiolet*. Vous pourrez suivre les détails anatomiques assez complexes, relatifs à ce point, sur la figure suivante que j'emprunte au travail de M. Meynert et qui concerne le singe (*Cercocebus cinomolgus.*) (*Fig. 58*).

On voit sur cette planche comment des faisceaux de fibres ou radiations, partant des corps genouillés externes, G*e* et internes G*i*, du *pulvinar* T*h'*, des tubercules quadrijumeaux antérieurs Q*u*,—ces derniers par l'intermédiaire des bras conjonctifs antérieurs, B*s*—vont après un trajet récurrent s'associer au faisceau O*m*, qui n'est autre que l'ensemble des fibres centripètes *pédonculaires directes* dont nous avons déjà donné la description (leçons 8 et 9, fig. 49), et qui tiendraient sous leur dépendance la sensibilité commune de tout un côté opposé du corps.

A cet ensemble de faisceaux se trouvent mêlées sans doute des fibres provenant du tractus olfactif, par l'intermédiaire de la commissure antérieure dont les extrémités, comme on sait, suivant la description de Burdach et de Gratiolet, se dirigent en arrière, dans l'épaisseur des lobes occipitaux et sphénoïdaux. Les faits cliniques conduisent à supposer qu'il s'y mêle aussi des fibres nerveuses entrecroisées, en rapport avec les nerfs auditifs et gustatifs. Si cette disposition, à l'heure qu'il est tout hypothétique, venait à être vérifiée anatomiquement, on comprendrait comment l'obnubilation croisée de l'odorat, du goût et de l'ouïe, font, au même titre que l'amblyopie, habituellement partie intégrante du syndrôme *hémianesthésie cérébrale* (2).

La région de l'encéphale que je signale à votre attention et qui répond à la partie la plus postérieure du pied de la couronne rayonnante, pourrait donc être considérée, d'après ce qui précède, comme un carrefour où, dans la profondeur de l'encéphale, se rencontrent dans un espace très circonscrit, toutes les voies sensitives et sensorielles. C'est un carrefour ; ce n'est pas un centre. Le centre cérébral proprement dit, doit être cherché sur le prolongement des fibres médullaires, dans l'écorce grise des lobes occipitaux et sphénoïdaux. Nous aurons à revenir sur ce point, à propos de localisations dans le système cortical.

III. Vous avez pu remarquer, dans l'exposé anatomique qui vous a été présenté, que les tubercules quadrijumeaux sont le seul point où les faisceaux des nerfs optiques, après leur entrecroisement dans le chiasma, se rapprochent de nouveau les uns des autres, vers la ligne médiane. Est-ce



Fig. 58.—Cette figure est empruntée à l'ouvrage de M. Meynert (Stricker's Handbuch. t. II. p. 721. fig. 243) Elle représente une coupe longitudinale et horizontale de la moitié gauche du cerveau du *Cercocebus cinomolgus*.
F, extrémité frontale —O, région occipitale.— S, entrée de la scissure de Sylvius.—I, insula.—Cl, avant-mur.—T, corps calleux — S, septum.— C*a*, commissure antérieure.
A, corne d'Ammon.—V. corne antérieure du ventricule latéral.—V*p*, corne postérieure. — *Vm*, *Vm*, ventricule moyen. — *Cm*. commissure moyenne. A*q*, aqueduc.
Li, Lii, Liii, les segments du noyau lenticulaire. — N*a*, tête et N*c*, queue du noyau caudé.
Th, partie de la couche optique située en avant des corps genouillés. — T*h'*, Couche optique Pulvinar.
Q*u*, tubercules quadrijumeaux. — G*i*, corps genouillé interne. — G*e*, corps genouillé externe, P. pied du pédoncule cérébral
Om, faisceaux médullaires qui du lobe occipital vont au pulvinar aux BS, bras des tubercules quadrijumeaux antérieurs, aux Bl, bras des tubercules quadrijumeaux postérieurs, aux deux corps genouillés, au pied du pédoncule cérébral.

sur ce point que se fait l'entrecroisement supplémentaire, qui, d'après l'hypothèse que j'ai proposée, ramènerait les nerfs optiques à la condition des autres nerfs ? C'est là une question qui actuellement paraît fort difficile à résoudre par les seuls moyens de l'anatomie. Sans doute, il existe sur la ligne médiane, entre les tubercules quadrijumeaux, de nombreux entrecroisements de faisceaux, constatés anatomiquement. Mais on ne saurait décider si ces fibres entrecroisées sont réellement en connexité avec les nerfs optiques et surtout si elles sont le prolongement des fibres optiques non entrecroisée dans le chiasma. L'expérimentation et surtout l'anatomie pathologique auront vraisemblablement le premier pas dans la solution de la

(1) Les bras conjonctifs antérieurs et postérieurs, eux aussi, étaient dans ce cas, remarquablement atrophiés ; ils avaient une coloration d'un blanc mat, un peu teintée de jaune.

(2) D'après la théorie, les hémianesthésies cérébrales devront se distinguer de celles qui résulteraient d'une lésion de la protubérance ou d'un pédoncule cérébral par la non-participation, dans ces derniers cas, de la vision et de l'odorat.

question en litige. Déjà les expériences de Flourens ont montré chez des mammifères et des oiseaux que l'ablation des tubercules optiques ont pour effet l'amblyopie ou l'amaurose croisée. Mais il s'est agi là d'animaux dont les axes oculaires sont dirigés en dehors et chez lesquels, sans doute, l'entrecroisement dans le chiasma est complet.

Chez l'homme les éléments pour la solution du problème font encore défaut. Chez lui les lésions des tubercules quadrijumeaux ne sont pas rares, mais elles sont ordinairement bilatérales et, en conséquence, amenant la cécité bilatérale, elles ne peuvent rien décider. De fait, on est encore à se demander, si la lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs produira, à l'exemple d'une lésion de la bandelette optique, l'hémiopie latérale, ou si, au contraire, elle produira l'amblyopie croisée, comme cela devrait être dans mon hypothèse. En faveur de celle-ci, je ne pourrais citer encore qu'une observation rapportée par M. le Dr Bastian, et dans laquelle une lésion unilatérale des tubercules quadrijumeaux antérieurs aurait produit l'amblyopie croisée.

Mais ce fait à l'heure qu'il est reste isolé et il est relaté d'ailleurs avec trop peu de détails pour qu'on puisse le considérer comme décisif (1).

IV. Il me resterait à rechercher si l'amblyopie croisée est le seul genre de trouble fonctionnel de la vision qui se puisse produire par le fait d'une lésion du cerveau proprement dit, ou si, au contraire, l'hémiopie ne peut pas, elle aussi, comme l'assurent les auteurs, survenir en conséquence de certaines localisations pathologiques dans l'hémisphère. C'est là un point qu'on n'est pas en mesure, je pense, de décider quant à présent. J'incline toutefois, en l'absence d'autopsies contradictoires, à croire que, dans la majorité des faits d'hémiopie qui ont été rapportés à une lésion du cerveau, celle-ci, ou n'occupait pas les régions profondes de l'hémisphère, ou bien s'étendait jusqu'aux parties basilaires de façon à intéresser plus ou moins directement l'une ou l'autre des bandelettes optiques.

Pour montrer que les lésions de la profondeur du cerveau produisent l'hémiopie, — c'est toujours de l'hémiopie latérale qu'il s'agit en pareille circonstance, — on invoque surtout le cas où le trouble visuel se développe brusquement, à la suite d'un *ictus* apoplectique, en même temps que les membres d'un côté du corps sont frappés d'hémiplégie motrice et, quelquefois, aussi, d'anesthésie. Rien de mieux établi, en clinique, que l'existence des faits de ce genre, dont M. Schoen, tout récemment, dans un intéressant travail, citait plusieurs exemples (2). Mais le contrôle de l'autopsie a, jusqu'ici, toujours fait défaut, et l'on peut se demander si la lésion incriminée, dans ces faits, occupait réellement la profondeur, ou, au contraire, la base de l'encéphale. Il paraît établi, vous ne l'avez pas oublié, que la destruction ou la compression d'une des bandelettes optiques a pour conséquence l'hémiopie latérale, et, d'un autre côté, la relation anatomique qui existe entre les bandelettes et certaines parties de l'isthme, telles, entre autres, que les pédoncules cérébraux est chose notoire. Cela étant, il ne saurait échapper qu'une lésion convenablement localisée, par exemple dans un des pédoncules cérébraux, pourra avoir pour résultat de déterminer, en même temps que l'hémiopie latérale, une hémiplégie motrice, et peut-être, en outre, l'hémianesthésie. Une lésion, telle qu'un foyer hémorrhagique brusquement développé dans l'épaisseur de la partie postérieure des couches optiques, pourrait, elle aussi, on le comprend, être suivie des mêmes effets. On ne peut, évidemment, voir, dans ces diverses combinaisons, que des phénomènes de voisinage.

Quoi qu'il en soit, il importe de reconnaître que, parmi les faits d'hémiopie latérale supposés d'origine intra-cérébrale, qui ont été rapportés, il en est un certain nombre qui échappent, en partie, à l'interprétation que je viens de proposer. Tels sont ceux, entre autres, où l'hémiopie latérale droite se développe de concert avec l'aphasie, et quelquefois, en outre, diverses modifications de la sensibilité ou du mouvement dans les membres du côté droit du corps (1). Ces faits ne constituent pas un groupe homogène; dans une première catégorie, il s'agit d'une forme particulière de la migraine (2), c'est-à-dire d'accidents essentiellement transitoires, revenant par accès, marqués surtout par la coexistence du scotôme scintillant, d'une hémiopie latérale plus ou moins prononcée, et, quelquefois, en outre, d'un certain degré d'aphasie et d'engourdissement dans la face et les membres du côté droit du corps. La céphalalgie, les nausées et les vomissements terminent habituellement la scène. Il est clair qu'on ne saurait invoquer ici l'intervention d'une altération matérielle grossière, durable. Il n'en est pas de même dans les cas de la seconde catégorie, où le concours de l'aphasie, de l'hémiplégie et de l'hémiopie existe à titre de phénomène permanent (3).

Dans l'état actuel des choses, je ne vois pas comment ces cas divers, révélés par la clinique, peuvent être anatomiquement expliqués dans l'hypothèse d'une lésion unique. Mais je ne puis que signaler ces difficultés, dont la solution est réservée à l'avenir. (*A suivre.*)

(1) H. C. Bastian. — [illegible]

(2) *Arch. der Heilkunde*, p. 1[illegible].

1 Plusieurs faits de ce genre ont été relatés dernièrement par M. Bernhardt. *Berliner Klin. Wochen.*, 32. 1872 et *Centralblatt*, 1872, 39, et par M. Schoen (*loc. cit.*). Voir aussi H. Jackson. — *A case of Hemiopia, with Hemianaesthesia and Hemiplegia.* In *The Lancet*, Aug. 29, 1874, p. 306.

2 Voir sur cette forme de la migraine les travaux de Tissot, de Labarraque, de Piorry, de Latham (*On nervous or sick headache.* Cambridge, 1873) et surtout l'ouvrage récent de M. Ed. Liveing (*On megrim*, etc. London, 1873).

3 Une tumeur volumineuse, toutefois, pourrait, on le comprend, déterminer tous les accidents signalés a propos des faits de la deuxième catégorie. Cela s'est produit dans un cas publié récemment par M. Hirschberg, dans les Archives de M. Virchow (*Virchow's Archiv*, t. 65, 1 heft., p. 11[illegible]). Le malade qui fait l'objet de cette observation avait présenté, en outre d'une hémiopie latérale droite, très-caractérisée, de l'aphasie et une hémiplégie des membres du côté droit. A l'autopsie, on trouva dans l'épaisseur du lobe frontal gauche une tumeur du volume d'une pomme, caractérisée sous le nom de gliome vasculaire. Le tractus optique du *côté gauche était très-aplati.* J[illegible] que les [illegible] relatée pouvait re rattacher à la compression [illegible] tractus optique.

OBSTÉTRIQUE.

Note sur un nouveau moyen qui permet de constater l'existence de mouvements au niveau de la symphyse pubienne pendant la grossesse ;

Par **P. BUDIN**, interne des hôpitaux.

A la fin du mois de mars 1875, nous avons eu l'occasion d'observer à la Maternité une femme, Adeline L..., arrivée près du terme de sa grossesse, chez laquelle la marche était presque complétement impossible. Aussi, la veille de son entrée, était-elle tombée lourdement sur le côté, et elle portait au niveau de la hanche les traces d'une contusion violente. Allongée et immobile dans son lit, elle ne souffrait pas, mais dès qu'elle exécutait quelque mouvement elle éprouvait dans le bassin des douleurs dont, par la pression, on parvint à préciser exactement le siége : en avant, au niveau de la symphyse pubienne, la douleur était très-vive ; elle était presque nulle au contraire à une certaine distance sur les côtés de l'articulation. En arrière, la pression déterminait une sensibilité très-marquée au niveau des symphyses sacro-iliaques. C'était principalement en ces trois points que souffrait la malade lorsqu'elle était debout. Elle était obligée pour marcher de s'appuyer d'une main sur le lit, sur la muraille ou sur une chaise ; en un mot, elle ne pouvait le faire qu'en prenant un point d'appui solide. Après avoir traîné une jambe qui, de postérieure, devenait antérieure, elle s'appuyait sur elle, puis traînait l'autre jambe ; elle allait ainsi péniblement, s'inclinant d'un côté, puis de l'autre et souffrant beaucoup ; elle ne pouvait rester debout sur un seul membre, elle serait infailliblement tombée. Lorsqu'elle marchait ainsi, la malade éprouvait une sensation bizarre, il lui semblait, disait-elle, que son corps

n'était plus soutenu et qu'il allait descendre jusque sur le plancher. »

La femme étant couchée, si on exerçait sur le membre inférieur fléchi des pressions de bas en haut, on pouvait constater une certaine mobilité au niveau de l'articulation des pubis entre eux. Mais, pour bien se rendre compte de ce qui se passait pendant la progression du côté de la symphyse, nous avons mis en usage un procédé excessivement simple, et que nous n'avons trouvé décrit nulle part. La femme étant debout, on introduisit le doigt dans le vagin, et la pulpe de l'index étant dirigée en haut, exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse, on fit marcher la malade. A chaque pas, on sentait une des branches osseuses qui chevauchait, descendait considérablement et refoulait en bas le doigt: puis, cette branche remontait et c'était celle du côté opposé qui à son tour descendait. La branche, qui restait élevée, correspondait à la jambe qui, demeurée immobile, servait de soutien au tronc; la branche qui descendait correspondait au contraire au membre inférieur qui se déplaçait et progressait.

Le premier avril, la malade accoucha et dix jours après sa délivrance, elle voulut absolument partir: en l'examinant alors, on constata que la mobilité au niveau de la symphyse pubienne existait encore, mais beaucoup moins marquée qu'avant l'accouchement. Du reste, à notre grande surprise et contrairement à ce qu'on rencontre d'habitude dans les cas semblables, la malade marchait avec assez de facilité.

L'existence de mouvements au niveau de la symphyse pubienne, dans certains cas pathologiques, a été admise par tout le monde; elle est indiscutable et la pression de bas en haut, exercée sur l'un des membres inférieurs, suffit pour permettre de la constater. Mais ces mouvements, bien que moins étendus, existent-ils pendant la grossesse normale et simple? Les opinions des auteurs ont différé et diffèrent encore beaucoup sur ce point. Pour les uns, les mouvements ne sont pas douteux, et non-seulement ils se passent au niveau de la symphyse des pubis, mais encore au niveau des symphyses sacro-iliaques (1), pour d'autres au contraire, ils n'existent pas, ou ils sont tellement minimes qu'ils peuvent être considérés comme nuls. La solution de cette question a cependant de l'importance, car si ces mouvements existent, ils annoncent une certaine laxité des ligaments, qui peuvent dès lors, si cela est nécessaire, se laisser distendre au moment de l'engagement de la tête fœtale et faciliter son passage.

A l'aide du procédé ci-dessus indiqué, nous avons étudié et noté sur plus de 80 femmes enceintes l'état de la symphyse pubienne. Nous allons rapporter brièvement les résultats que nous avons obtenus, bien qu'ils ne soient pas aussi complets que nous l'aurions désiré. Nous nous promettons, du reste, de continuer nos recherches. Voici ces résultats.

Chez *toutes* les femmes enceintes, il existe dans les derniers mois de la grossesse une certaine mobilité au niveau de l'articulation des pubis.

Cette mobilité augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche du terme de la grossesse.

Elle est d'autant plus considérable, en général, que la femme a eu plus d'enfants. Il n'y a point là cependant de règle absolue. Peu étendue chez les primipares, elle l'est beaucoup plus chez les femmes qui sont enceintes pour la 3e, 5e, 7e, 9e fois; dans ces derniers cas elle est parfois vraiment extraordinaire, et on est étonné de voir marcher avec autant de facilité des femmes qui présentent une semblable mobilité au niveau de la symphyse pubienne.

Dans les rétrécissements du bassin, nous n'avons pas vu, contrairement à l'opinion de MM. Giraud et Anseaux, que ces mouvements fussent plus marqués que dans les cas ordinaires.

Nous nous sommes assurés, bien entendu, que chez les femmes, en dehors de l'état de grossesse, il ne se passait aucun mouvement dans l'articulation des pubis. Ainsi formulée cette proposition est peut-être trop absolue en ce qui concerne les multipares; il n'existe *aucun* mouvement chez les femmes qui n'ont jamais été grosses; mais, chez celles qui ont mené à terme une et surtout plusieurs grossesses, une mobilité, très-minime il est vrai, peut persister pendant un certain temps après l'accouchement.

Donc, chez les nullipares, il n'existe aucun mouvement au niveau de la symphyse des pubis, en dehors de la grossesse, même s'il existe une affection des organes génitaux internes, de l'utérus ou de l'ovaire. Nous avons eu l'occasion d'observer, entre autres exemples, deux jeunes filles, l'une âgée de dix-sept ans, l'autre de quatorze ans et demi, qui, considérées comme enceintes, avaient été envoyées à la Maternité; la première avait un kyste de l'ovaire droit, qui a été opéré avec succès par M. Polaillon; l'autre une tumeur solide de l'ovaire gauche et elle a succombé sans avoir subi aucune opération. Dans aucun de ces deux cas, il n'existait la moindre mobilité au niveau de la symphyse. Nous voyons tous les jours, en ce moment, une malade, âgée de quarante-cinq ans, qui n'a jamais été enceinte et qui présente des tumeurs fibreuses utérines énormes. Ces tumeurs occupent l'abdomen et toute l'excavation pubienne; celle qui occupe la cavité du bassin est si volumineuse que, au toucher, on pourrait croire à la présence d'une tête de fœtus. La symphyse pubienne est complètement immobile.

Prétendre que l'absence de mobilité du côté de la symphyse pubienne puisse être dans des cas douteux un élément de diagnostic, nous nous garderons bien d'aller jusque-là, d'autant plus que, dans ces circonstances, il existe d'autres symptômes beaucoup plus positifs qui permettent d'établir sûrement le diagnostic. Il nous a cependant paru intéressant de signaler ces faits, car ils semblent prouver que les modifications qui existent du côté de la symphyse du pubis surviennent uniquement sous l'influence de la gestation.

(1) Voyez sur ce sujet un remarquable travail de J. Matthew-Duncan dans : *Researches on obstetrics*, p. 139, et Leishman.— *A system of midwifery*, p. 9 et suivantes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Mort de M. Giraldès.

M. J. Giraldès, ancien chirurgien des hôpitaux, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc., a succombé subitement le vendredi 26 novembre, à l'âge de 67 ans. Des titres nombreux de M. Giraldès, il ne faudrait pas conclure qu'il est mort dans l'aisance. Le dévouement le plus absolu à la science et aux malades, les connaissances les plus solides et les plus variées, le caractère le plus honnête et le plus ferme, comptent bien moins aux yeux du public, dispensateur aveugle de la fortune, que certaines qualités moins rares et tout-à-fait secondaires.

Tout ce que la profession médicale compte de distingué reconnaissait à M. Giraldès un savoir de bénédictin. Mais ce savoir lui-même, dans un milieu plus susceptible qu'il ne convient à des hommes instruits, avait de sérieux inconvénients. L'amour-propre blessé est souvent inflexible et ne pardonne guère. Or, les circonstances le voulant, M. Giraldès, que guidait toujours l'amour de la justice, n'hésitait pas à sacrifier son intérêt personnel à la défense de la vérité historique. Aussi, que de prétendus novateurs ont maudit son érudition !

De là, les obstacles qui se sont dressés à chaque pas sur sa route. De là, les nombreuses injustices commises à son égard. Lui, toujours prêt à rendre service, à procurer à quiconque travaillait sérieusement, tous les renseignements dont il pouvait disposer, ne rencontrait que de sourdes hostilités, les plus dangereuses, car on ne sait comment

les combattre, tant il est rare de trouver des hommes assez indépendants et assez généreux pour se placer au-dessus de mesquines considérations !

Des travaux de M. Giraldès nous citerons ici les suivants : *Des luxations de la mâchoire*, avec planches, 1844, — *Des maladies du sinus maxillaire*, 1851 ; — *Recherches sur les Kystes muqueux du sinus maxillaire*, avec 4 pl., 1860; — *Expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères* (en collaboration avec M. Goubaux), 1854; — *Recherches anatomiques sur le corps innominé*, avec planches, 1861; — *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, 1869, etc., etc. Les comptes rendus et les Bulletins des Sociétés savantes, dont M. Giraldès faisait partie, contiennent une foule de notes sur l'anatomie, la chirurgie, l'anthropologie, etc.

Nous mentionnerons encore dans un autre genre sa *Notice sur B. Brodie* et son *Eloge de Gratiolet* prononcé à la Société anatomique et que le Comité chargé à cette époque de la publication des travaux trouva trop indépendant, trop viril et rejeta de ses Bulletins.

M. Giraldès avait un haut sentiment des devoirs du médecin. Sa conduite en qualité de chirurgien à l'hôpital des Cliniques, en juin 1848, lui valut, sur la demande des malades, la décoration de chevalier de la Légion-d'honneur.

Après le coup d'Etat, alors qu'il faisait son service à l'hôpital de la Pitié, son langage trop franc lui attira une lâche dénonciation. On voulait, en haut lieu, une destitution, mais les protestations furent si vives qu'on dut se borner à une suspension de quelques semaines.

Durant le siége de Paris, outre son service à l'hôpital des Enfants-Malades, il eut la direction d'un service chirurgical très-important au Val-de-Grâce. Tout son temps était consacré aux malades, car il avait pour règle de visiter plusieurs fois chaque jour les malades qu'il opérait. Sa conduite lui mérita d'être nommé officier de la Légion-d'honneur.

Pendant la Commune, il avait à l'hôpital des Enfants-Malades, une ambulance où se trouvaient un certain nombre de fédérés blessés. Lorsque l'armée fut maîtresse du quartier de l'hôpital, ce fut son intervention courageuse qui sauva la vie de ces malheureux que des soldats, enivrés par la lutte, voulaient massacrer. Ces faits font le plus grand honneur à M. Giraldès et prouvent d'une manière éclatante que, chez lui, le caractère et le cœur étaient à la hauteur de son savoir intellectuel.

Esprit tolérant, d'opinions modérées mais sincèrement libérales, M. Giraldès était guidé dans ces circonstances par l'idéal qu'il se faisait des devoirs du médecin. En effet, dans l'individu, quel qu'il soit, confié à ses soins, le médecin ne doit voir qu'un malade, c'est-à-dire un être respectable et, par conséquent, il doit toujours être supérieur aux misérables passions qui font perdre parfois aux autres hommes tout sentiment d'humanité.

Nul mieux que M. Giraldès ne connaissait toutes les questions relatives à l'hygiène et à l'organisation des hôpitaux. Ses visites fréquentes aux établissements de la Grande-Bretagne, de la Belgique, de la Hollande, etc., l'autorisaient à émettre une opinion motivée sur le système des hôpitaux français. Aussi a-t-il pris une part active aux discussions dont la reconstruction de l'Hôtel-Dieu a été l'objet. Dans ces derniers temps, il fit partie de la Commission nommée pour examiner les modifications qu'il convenait d'apporter aux constructions insensées que nous a léguées l'empire. Il s'éleva contre l'idée de faire de cette caserne un hôpital et les motifs qu'il invoquait étaient appuyés sur un examen approfondi. Deux fois nous l'accompagnâmes dans ses visites et nous pouvons affirmer qu'aucun détail ne lui échappait.

En toutes circonstances, il procédait avec la même rigueur. Et si les personnes qui reprochaient à M. Giraldès d'être trop sévère, avaient cherché, comme lui, à s'éclairer complétement, certes leur conduite aurait été plus équitable.

Nous n'insisterons pas sur son dévouement pour les petits malades de son service. Tous ceux qui ont été témoins des précautions minutieuses qu'il prenait pour prémunir ses opérés contre les complications si communes dans les hôpitaux, peuvent dire que si d'autres chirurgiens étaient plus habiles opérateurs, aucun d'eux n'était ni plus savant clinicien ni thérapeutiste plus éclairé. On a, du reste beaucoup exagéré les inconvénients de la myopie dont il était atteint. Nous avons eu l'honneur d'être son élève pendant plusieurs années et jamais nous ne lui avons vu commettre de ces « erreurs opératoires » dont d'autres, à l'œil plus délicat, à la main plus habile, se rendent parfois coupables. Et certainement les résultats de ses opérations auraient subi avec honneur la comparaison avec ceux qu'obtiennent la plupart des autres chirurgiens. *Paraître*, voilà ce que beaucoup recherchent ; *être*, voilà ce que désirait M. Giraldès. Et toute la peine que d'autres se donnent pour acquérir une vaine et passagère popularité, lui, il se la donnait pour étendre le champ de ses connaissances et par là même se rendre utile à la science et aux malades.

Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques de M. Charcot.

En reprenant dimanche dernier, à l'hospice de la Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, inaugurées en 1866, M. Charcot a rappelé tout d'abord, et ceci à l'adresse de ses nouveaux auditeurs, l'organisation de l'établissement où ils se trouvaient rassemblés.

La Salpêtrière, en effet, forme un établissement unique en son genre dans le monde entier. Les richesses cliniques et anatomo-pathologiques qu'elle renferme sont pour ainsi dire inépuisables. Mais, par malheur, elles ne sont pas utilisées aussi largement qu'elles méritent de l'être. Profitant de cette occasion toute naturelle, M. Charcot énumère quelques-unes des réformes qui lui paraissent désirables et en même temps d'une réalisation facile et peu dispendieuse.

Tout le monde sait que la Salpêtrière reçoit des femmes de tout âge, à partir de 15 ans, atteintes de maladies chroniques. Ces maladies se voient, il est vrai, dans les hôpitaux ordinaires, mais au début en général et toujours d'une façon passagère, car, le plus souvent, les malades de cette catégorie ne sont conservés que temporairement dans les services, plus spécialement consacrés aux maladies aiguës. Il en résulte qu'on ne peut connaître que des épisodes de ces maladies chroniques : de là, une notion incomplète. D'un autre côté, à la Salpêtrière, s'il est possible de les étudier plus longuement, la première période échappe : de là encore, une notion incomplète.

Ne serait-il pas possible de combler ce désideratum ? Si, et M. Charcot indique le moyen qui, suivant lui, conduirait à ce but, espérant qu'un jour ou l'autre, dans un temps prochain, sans doute, l'Administration s'en préoccupera sérieusement. Ce moyen consisterait à installer à la Salpêtrière une consultation pour les affections chroniques, où seraient envoyés tous les malades qui fréquentent les hôpitaux généraux. Cette consultation, faite régulièrement par les mêmes médecins, permettrait de suivre, pendant longtemps, depuis l'époque la plus rapprochée de leur origine jusqu'à leur terminaison, les différentes phases des affections chroniques. De plus, il conviendrait d'adjoindre, à cette consultation, une salle de 40 ou 50 lits, où on aurait la faculté de recevoir, pour un temps plus ou moins long, six mois, par exemple, les malades qu'il serait nécessaire d'observer plus minutieusement, ou qui auraient besoin de traitements particuliers. Ce temps écoulé, si leur état demeurait stationnaire, ou, s'ils guérissaient, ils rentreraient chez eux; si, au contraire, leur maladie avait subi une aggravation, ils pourraient être admis définitivement dans l'hospice. Grâce à l'organisation de cette consultation spéciale et de cette espèce de salle d'attente, il serait loisible d'arrriver à recueillir sur l'évolution des affections chroniques, des renseignements précis, et dont l'importance n'échappera à personne.

Parmi les autres réformes sur lesquelles M. Charcot désirerait voir se porter l'attention de l'administration, nous citerons la création d'un *service d'hydrothérapie*, l'institution d'un *Musée d'anatomie pathologique* où, à peu de frais, seraient rassemblées les pièces les plus intéressantes, plus variées et plus multipliées que partout ailleurs à la Salpêtrière.

Non-seulement la science, mais encore et surtout les malades — pauvres et riches — et par suite l'Administration de l'Assistance publique bénéficieraient d'une semblable organisation. Ce n'est pas là une vaine affirmation mais un fait d'une réalité incontestable. En effet, si parmi les maladies chroniques, il en est un grand nombre, hélas ! qui sont incurables, il en est d'autres qui sont susceptibles d'être amendées considérablement, voire même guéries définitivement.

M. Charcot insiste avec d'autant plus de raison sur ce point que beaucoup de médecins considèrent trop souvent les maladies chroniques comme réfractaires à tout traitement. Laissant de côté des femmes, entrées à la Salpêtrière avec des paraplégies consécutives au mal de Pott et qui sont sorties guéries de leur paralysie, M. Charcot fait voir à ses auditeurs deux femmes, que, pour la plupart, ils connaissent de longue date : l'une, atteinte de maladie ou mieux de *vertige de Ménière*, et qui naguère était condamnée à une immobilité absolue dans son lit, est aujourd'hui améliorée à un tel degré qu'elle est capable de marcher et de se promener dans les cours ; — l'autre, qui a offert plusieurs des accidents graves de l'hystéro-épilepsie (ischurie hystérique, ovarie, contracture permanente des membres, etc.), est actuellement débarrassée de toute espèce de manifestation hystérique et remplit les fonctions d'infirmière. Il est certain que les cas de ce genre se multiplieraient rapidement si l'organisation, réclamée par M. Charcot, venait à ce réaliser. Rendre à la vie ordinaire des malades que l'ont considérait comme devant être assistés jusqu'à la fin de leur existence, n'est-ce pas alléger les charges de l'assistance publique? N'est-ce pas l'engager à faire ces modifications ?

Nous ne parlerons pas de la méthode adoptée par M. Charcot dans ses conférences cliniques; nos lecteurs la connaissent depuis longtemps. Nous ne ferons pas non plus ressortir la valeur de cet enseignement *plastique*, ainsi qu'il l'appelle lui-même. Les médecins distingués, français et étrangers, les nombreux étudiants qui se pressaient dans l'amphithéâtre, trop étroit pour les recevoir convenablement, se sont chargés eux-mêmes d'en donner la démonstration et l'accueil chaleureux qu'ils ont fait à M. Charcot doit le récompenser du surcroît de travail qu'il s'impose et l'encourager à persister dans la voie qui lui mérite de plus en plus, et à si bon droit, la sympathie et l'admiration de tous ceux qui aiment notre science et cherchent à se tenir sans cesse au courant de ses progrès.

La réorganisation de la médecine militaire.

Il y a bientôt un an, un premier rapport sur la réorganisation de la médecine militaire fut rédigé par M. Bouchard, approuvé par le Ministre de la guerre et déposé sur la tribune de l'Assemblée. Depuis cette époque, l'opinion générale était que la réforme demandée serait établie d'après ce document, quand, tout dernièrement, surgit un nouveau projet inspiré, dit-on, par la direction de la comptabilité générale, projet toujours et surtout approuvé par le Ministre et qui devait être enlevé d'urgence, sans discussion, voté à mains levées. L'Assemblée pressée de partir se hâterait d'approuver de confiance.

Toutefois, malgré les précautions prises pour empêcher toutes les personnes compétentes de discuter les questions administratives, la lumière demandée par les députés eux-mêmes paraît s'être faite, car l'Assemblée, dans son vote du 30 novembre, a décidé qu'elle n'accepterait pas l'urgence, que trois lectures étaient nécessaires, et qu'enfin elle ne porterait pas la loi au premier rang de son ordre du jour. On peut donc considérer le dernier projet comme un héritage légué à l'Assemblée future, sous bénéfice d'inventaire.

Il nous sera permis dès lors d'examiner en quoi consiste la réorganisation nouvelle. Elle porte : 1° sur le mode de fonctionnement des hôpitaux militaires et les ambulances ; 2° Sur l'état des officiers de santé. L'article 31 du Chapitre II établit que :

« La direction du service de santé, en ce qui concerne l'hygiène et la science médicale, appartient aux officiers de santé, qui ne relèvent à cet égard que de leurs chefs hiérarchiques. La direction et la surveillance administratives des hôpitaux, ambulances et infirmeries régimentaires, sont attribuées : dans les corps de troupes, aux chefs de corps; dans les hôpitaux, aux médecins en chef, responsables de la bonne exécution du service. La direction consiste à donner l'ordre de pourvoir et de distribuer suivant les allocations *ordonnées par les fonctionnaires de l'Intendance*.

La surveillance consiste à s'assurer que les approvisionnements sont au complet et que les malades sont pourvus de tout ce qui leur alloué par les règlements. La gestion est confiée dans les corps de troupes aux officiers du commandement; dans les hôpitaux aux comptables et pharmaciens. »

Il faut reconnaître dans les principes que nous venons d'énoncer un progrès immense sur la législation antérieure. Mais ces principes devront être fécondés par un réglement ministériel rédigé dans le même sens, sans quoi cette réforme si vivement désirée, entrevue dans cette formule générale, resterait lettre morte et de nul effet.

Si l'article 31 donne la direction au médecin en chef, il

maintient l'indépendance complète de la gestion administrative et pharmaceutique dans leurs relations avec des médecins traitants et surtout il conserve à l'intendance *l'ordonnance et le premier contrôle* : le premier contrôle, c'est-à-dire le droit de s'opposer à toute dépense non approuvée, le droit de *veto* contre lequel ont lutté avec succès les directions du Génie et de l'Artillerie. Or, l'esprit cherche avec étonnement le motif qui a laissé aux Intendants une capacité spéciale à juger des dépenses de chirurgie par exemple, quand ils ont été dépossédés du même privilége pour les canons et les ponts.

Doit-on considérer cette première modification à l'ancien état de choses comme un essai de la capacité administrative des médecins ? nous le voulons bien, mais on peut faire remarquer que le service de santé sera, par extraordinaire, soumis à deux contrôles : celui de l'intendant ordonnateur et celui des inspecteurs de la guerre. Toutes les précautions sont prises pour modérer l'initiative redoutée des médecins en chef. Dans les corps d'armée, l'action du médecin en chef a été restreinte autant que possible, et il est curieux, à ce propos, de voir les diminutifs imposés par les commissions successives. Encore un examen de cette nature, et il ne restera plus rien du rôle de médecin en chef des corps d'armée.

Le projet Bouchard disait : Dans chaque corps d'armée un médecin principal est *le chef du personnel médical du corps d'armée* et exerce une surveillance permanente.

La nouvelle rédaction a modifié ainsi qu'il suit : Dans chaque corps d'armée, un médecin principal exerce une surveillance permanente sur le personnel et le matériel. La chefferie de la médecine a disparu.

Les officiers de santé militaire ne constituent pas dans cette loi *un corps* comme celui des intendants, mais simplement un personnel. De qui relèvera ce personnel ? Il n'a pas, en effet, de direction au ministère comme le génie et l'artillerie, il resterait donc, pour les personnes, sous les ordres du commandement et, pour le matériel, dans les mains de l'intendance, — fin commune de toutes ces prétendues réformes.

La partie la plus remarquée du projet a trait à l'état nouveau des officiers de santé. Le rapport, se basant sur des difficultés qui auraient résulté de l'intervention du grade d'un intendant dans ses relations avec le commandement, déclare que ces fonctionnaires opéreraient avec plus d'indépendance s'ils n'étaient pas assimilés. L'assimilation leur est donc enlevée. Mais on ajoute immédiatement que les intendants appartiennent à l'état-major de l'armée et qu'une décision ministérielle réglera leur rang, honneur et préséance. Du reste, continue le rapporteur, cette assimilation qui existe pour la médecine devait être étendue aux comptables, et comment donner le rang de chef de bataillon à un homme qui gagne ce grade en se chauffant tranquillement dans son bureau quand le vrai commandant conduit au feu un millier d'hommes ! Et voilà pourquoi le médecin militaire ne doit pas être assimilé !

Nous ignorons quelle logique a conduit à ce raisonnement, mais il est loin de faire honneur à ceux qui l'ont inventé. Le médecin principal, Pasquier, tué pendant la Commune, en cherchant à empêcher une lutte sanglante ; Laval, mourant de la peste à Tripoli, les élèves de Strasbourg tués sur les remparts de la ville, les médecins militaires tués dans la dernière campagne du Rhin, les centaines de victimes de la guerre du Mexique et d'Orient : les Larrey, les Desgenette, les Percy, les Bégin, les Baudens, les Michel Lévy, pour ne parler que des morts, tous ces hommes ne connaissaient pas les fatigues du soldat ! En vérité, les auteurs de cette innovation n'ont donc jamais lu les bulletins de la grande armée ! Le souvenir du chirurgien de l'Egypte et de la Russie ne s'est donc pas dressé devant eux quand ils ont sous-entendu, *sans oser l'écrire, cependant*, que le médecin militaire, dans le régiment, à la tranchée, aux ambulances, ne partageait pas les souffrances ni la vie du soldat ! De telles erreurs suffiraient pour montrer l'esprit qui a dicté la rédaction de cette prétendue réforme.

Cette assimilation existe depuis quinze ans, et par ce que nous avons vu dans nos relations avec nos confrères de l'armée, dans la dernière guerre, elle nous a paru peu gêner le commandement, les intendants, voire même les officiers comptables : ce n'est pas elle qui entravait le service. Spécieux et incomplet pour les hôpitaux en temps de paix, insuffisant même pour les ambulances, en campagne, ce projet deviendrait une véritable déchéance pour un corps dont le mérite scientifique et le dévouement à l'armée n'ont fait que grandir, et sont hors de cause aujourd'hui. Nous espérons que la prochaine assemblée, mieux éclairée, saura compléter cette organisation d'une manière décisive, sans toucher aux priviléges conquis par les médecins militaires après les guerres de Crimée et d'Italie.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. LABORDE fait passer sous les yeux des membres de la Société des fragments d'azotate d'aconitine de diverses provenances et en fait remarquer la cristallisation régulière.

M. FOURNIÉ, à propos de cette communication, énumère les nombreuses variétés d'aconit napel et discute leur classification.

M. BROWN-SÉQUARD dépose sur le bureau une brochure, reproduction d'une conférence qu'il a faite à Boston le 1er juin 1875, sur les localisations des fonctions dans le cerveau. Il s'y élève contre les assertions de Fritsch et Hitzig, en s'appuyant à la fois sur l'observation clinique et sur l'expérimentation. L'état anatomo-pathologique prouve en effet, que, dans les lésions encéphaliques, quel qu'en soit le siége, tous les symptômes cérébraux peuvent être observés, comme faisant absolument défaut. Ainsi, dans un fait d'Abercrombie, une destruction complète d'un lobe cérébral ne fut accompagnée que d'amaurose unilatérale et de céphalalgie. D'autre part, si on sectionne l'encéphale, tranche par tranche, les symptômes sont peu prononcés et il faut arriver à l'extirpation presque complète du cerveau, pour voir les fonctions cérébrales disparaître et alors toutes à la fois. Il n'y aurait donc pas de centres moteurs isolés dans le cerveau : les cellules qui président à une fonction seraient disséminées dans tout l'encéphale et mises en liaison les unes avec les autres. Cette hypothèse expliquerait d'une manière satisfaisante tous les faits cliniques..... au dire de M. Brown-Séquard.

M. BROWN-SÉQUARD montre ensuite des pièces anatomo-pathologiques obtenues à la suite de cautérisations du cerveau. Elles prouvent que l'on peut voir, dans ces cas, se produire soit des hémorrhagies, soit un état congestif ou anémique dans les viscères (congestion de la rate, du thymus, etc.). La même expérience peut amener un état inflammatoire de la base du cerveau, non par propagation directe, mais par transmission à distance et probablement d'origine nerveuse.

Chez un chien, remarquable par des phénomènes de méningo-myélite, déjà signalés à la Société. M. Brown Séquard a découvert une zone épileptogène [illegible] au cou, à l'abdomen et au thorax, des deux côtés.

M. Hayem se demande s'il s'agit bien dans ces cas de phénomènes convulsifs; les mouvements déterminés par le grattage de ces zones épileptogènes (?) ressemblent a ceux qui se produisent chez tous les chiens lorsqu'on leur chatouille pendant quelque temps la peau de l'abdomen ou du dos.

M. Brown-Séquard répond à cette observation en mettant en relief les caractères tout spéciaux de ces mouvements épileptiques. Ils se font, en effet, dans un plan latéral parallèle au corps, à la manière des mouvements d'un balancier, sans que l'animal puisse porter la patte sur la partie du corps que l'expérimentateur a grattée.

M. Laborde montre à la Société un chien chez qui il a produit une pleurésie typique avec fausses membranes. L'inflammation pleurale s'est developpée en 15 heures après injection lente dans la plèvre d'un litre environ d'eau, à la température du corps. C'est la seconde fois que M. Laborde est arrivé à ce résultat. Il rapporte, en outre, avoir vu survenir la mort par syncope, à la suite de l'injection d'eau dans la plèvre du côté gauche.

M. Budin fait une communication sur les mouvements de la symphyse pubienne pendant la grossesse. (Voir page 716.)

M. Déjerine présente à la Société le cerveau d'un chien, dont un lobe est complétement atrophié. Il existe en outre une dégénérescence secondaire du bulbe et de la moelle. Chez cet animal, soumis à l'absorption de sels de plomb, aucun phénomène appréciable n'avait révélé l'existence de cette lésion si étendue.

M. Bochefontaine continue ses recherches sur les effets de l'électrisation de divers points du cerveau. Il est ainsi arrivé expérimentalement à produire plusieurs phénomènes, tels que contraction de la rate, sécrétions glandulaires, modifications de tension vasculaire. Il montre à la société des cerveaux sur lesquels sont précisés les points, multiples pour chaque fonction, dont l'agitation a donné lieu à ces phénomènes.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *novembre*. — Présidence de M. Gosselin.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le Président annonce ou plutôt rappelle à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres, M. Giraldès, et M. Alph. Guérin lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son savant et regretté collègue. (Voir page 729.)

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre associé national. La commission présente en première ligne M. Rufz de Lavison, et en deuxième ligne *ex-æquo* MM. Chauveau, Favre et Jules Roux. Votants 70, majorité 36. M. Rufz de Lavison obtient 54 voix, M. Chauveau, 13; M. J. Roux, 2; M. Favre 1. En conséquence M. Rufz de Lavison est nommé membre associé national.

Deuxième scrutin pour l'élection d'un membre associé étranger. M. Christison d'Edimbourg est élu par 46 suffrages sur 61 votants. La Commission présentait: en première ligne, M. Christison; en deuxième ligne, M. Donders d'Utrecht; en troisième ligne, M. Pirogoff de Saint-Pétersbourg; en quatrième ligne, M. [illegible] de Londres.

M. [illegible] de Montluçon lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé national, un travail sur le lymphatisme de la femme.

M. [illegible] donne lecture d'un très-intéressant rapport sur l'*insalubrité des eaux de la Bièvre* et sur les moyens d'assainir cette petite rivière. C'est un rapport demandé par M. le Préfet de la Seine à une commission nommée dans le sein du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine de Paris; en voici les conclusions principales: 1° L'eau de la Bièvre, généralement claire et inodore dans le département de Seine-et-Oise, devient tout-à-fait infecte depuis Antony jusqu'à la Seine; son odeur est épouvantable; elle est colorée par une boue noire formée de détritus animaux et végétaux. Les plantes et les poissons n'y peuvent pas vivre; 2° Les gaz qui s'échappent du fond de la rivière, à la température ambiante, contiennent 6 p. 0/0 d'acide sulfhydrique. A partir de Cachan jusqu'à l'embouchure, on n'y trouve plus d'oxygène, mais de l'ammoniaque en quantité notable; — 3° La santé des riverains est compromise par les émanations fétides du ruisseau; — 4° Les plaintes plusieurs fois réitérées des habitants sont parfaitement fondées; — 5° L'infection est due aux industries insalubres établies sur le parcours de la rivière, aux égouts qui s'y rendent, aux eaux ménagères qui si déversent, et principalement aux établissements nombreux de blanchissage qui existent sur ses bords; — 6° Il y a lieu d'exercer une surveillance très-active pour le curage de la rivière; — 7° Il faudrait que ce curage eût lieu au moins deux ou trois fois par an, et qu'il fût interdit de déposer le résidu sur les bords: — 8° Nous proposons de combler la rivière morte, et de transformer la rivière soit en égout à ciel ouvert, soit mieux encore en égout couvert.

M. Depaul demande à M. le Rapporteur pourquoi il n'a pas été parlé du drainage qui donne de si beaux résultats sur la Seine, aux environs de Saint-Denis. L'eau désinfectée par ce procédé peut resservir encore sans conserver de propriétés nuisibles aussi considérables qu'avant l'opération.

M. Poggiale. Le drainage n'a pas réussi partout, et d'après les essais qui ont été pratiqués en aval de Paris, on ne peut encore rien conclure sur les avantages de la méthode. De plus, le drainage serait difficile à exécuter sur les bords de la Bièvre, parce que le terrain manque.

M. Desprès présente à l'Académie une malade atteinte d'ulcérations du membre supérieur gauche. L'auriculaire, l'annulaire et l'index ont été rongés par des ulcérations qui ressemblent beaucoup à la lèpre. L'idée de cette maladie doit être écartée parce que la malade n'a jamais quitté Paris et que sa famille y a toujours vécu. M. Desprès conclut à une affection scrofuleuse. Plusieurs académiciens, qui ont examiné cette lésion, ont exprimé des avis différents: M. Devergie pense à la lèpre; M. Hardy croit à des ulcérations scrofuleuses.

L'heure est trop avancée pour permettre une discussion; le travail de M. Desprès est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Devergie, Hillairet, Hardy. — La séance est levée à 5 heures.

M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juin. — Présidence de M. Charcot.

26. Examen histologique d'un foie hypertrophié;

par M. J. Renaut (Obs. Decaudin).

Ce foie, examiné à l'œil nu, paraît composé de grains adipeux, entourés d'une zone blanchâtre qui a toutes les apparences du tissu fibreux. L'examen histologique confirme ces données fournies par l'aspect extérieur. En effet, il existe une véritable métamorphose des cellules hépatiques en tissu adipeux et les vaisseaux sont, dans l'intérieur des lobules, [illegible] développés, de sorte que [illegible] adipeux ordinaire. Autour [illegible] une zone [illegible] fibreux parcourue par de [illegible] ramifications de canalicules biliaires, qui sont [illegible] sur des coupes colorées par la [illegible].

En somme nous avons ici une [illegible] périlobulaire avec dégénérescence graisseuse complète [illegible].

M. Cornil. Les conduits biliaires sont toujours [illegible] et se colorent très-bien par le carmin dans les cas de cirrhose [illegible]. Du moins, c'est ce que j'ai observé dans tous les faits qu'il m'a été donné d'examiner.

2[illegible]. Anévrysme de la crosse de l'aorte; oblitération de la sous-clavière gauche; insuffisance aortique; aortite de toute l'aorte thoracique; par M. Ch. Rémy, interne des hôpitaux.

L[illegible], Marguerite, âgée de 46 ans, née à E[illegible]ville (Manche) entre à l'hôpital de L[illegible] le 26 mars 1875, salle St Clément nº 37. Aucun antécédent héréditaire, aucune maladie antérieure. Au mois de [illegible] 1874, douleur au côté gauche du cou, accompagnée de déviation comme dans le torticolis.

Cette douleur s'est étendue en *février* 1875 à l'épaule et au bras, que la malade remue difficilement. Toux depuis trois mois et altération de la voix qui est bitonale.

Femme grande et ayant les dehors de la bonne santé. Sommeil interrompu par des accès d'étouffement, avec douleur à la région sternale et costale antérieure droite. Dysphagie légère; elle sent les aliments s'arrêter dans l'œsophage. Menstruation régulière. Acné rosacea de la face, plus marqué aux époques menstruelles.

Cœur. Pointe au 6e espace intercostal : 1er bruit remplacé par un roulement avec maximum à la base ; 2e bruit transformé en bruit de souffle très-rude, s'entendant dans toute la hauteur du sternum, hors la première pièce. Pouls de Corrigan à l'artère radiale droite ; pouls radial gauche presque insensible. Ces caractères sont nettement accusés au sphygmographe.

Aux artères curales, les pulsations sont égales ; pas de double souffle intermittent. La région sus-claviculaire est soulevée par les pulsations artérielles.

Poumons. A droite et à gauche en arrière, dans toute la hauteur, le murmure vésiculaire est remplacé par du cornage; des deux côtés, les bruits du cœur retentissent ; ils sont très-nets au niveau du foie. Le cornage s'entend à distance aux deux temps de la respiration. L'examen laryngoscopique fait constater l'intégrité organique et fonctionnelle des cordes vocales.

30 *mars*. Accès de suffocation avec orthopnée qui a persisté toute la nuit ; la malade raconte que cet accident lui arrive fréquemment la nuit, et qu'elle éprouve une douleur vive ayant son maximum à droite du sternum et s'irradiant dans l'épaule de ce côté.

20 *mai*. Orthopnée extrême; face pâle; lèvres cyanosées; sueur froide ; extrémités froides. La respiration est très-embarrassée, la malade peut à peine parler; elle expectore à grand'peine les mucosités qui obstruent ses bronches et qui produisent du râle trachéal. Toux aphone ; dépression au niveau des hypochondres à l'inspiration.

Après un semblant d'amélioration, elle succombe à un nouvel accès de suffocation, le 23 *mai*.

AUTOPSIE le 25 *mai*. *Cœur* gauche moyennement hypertrophié. Valvule mitrale normale ; sigmoïdes aortiques épaissies, rétractées ; insuffisance appréciable par l'expérience de l'eau et même à la vue.

L'*aorte* est altérée à partir des sigmoïdes jusqu'à deux centimètres du tronc cœliaque. Elle présente une *dilatation totale* de sa cavité qui se termine au même niveau que l'altération, et plusieurs *poches anévrysmales*. L'altération porte surtout sur la membrane interne, qui est épaissie, inégale en un point voisin du tronc cœliaque; la lésion a rétrocédé et les deux tuniques externe et interne confondues forment une membrane mince et transparente comme la baudruche, sur un diamètre de près d'un centimètre. Les orifices de la crosse sont altérés, le brachio-céphalique est dilaté, la paroi épaissie ; la carotide gauche est intacte ; la sous-clavière gauche est dilatée à son embouchure, mais à deux centimètres de là elle est oblitérée par un caillot très-adhérent. Entre l'orifice de la sous-clavière et la carotide, un peu en arrière, se voit un nouvel orifice, à bords irréguliers, d'un diamètre de quatre centimètres, qui communique avec une cavité pouvant admettre un gros marron. Cette tumeur a sa paroi épaisse de plusieurs centimètres, constituée par des caillots stratifiés d'âges successifs. La tumeur totale est grosse comme un gros œuf d'oie. Développée sur la partie latérale droite de l'aorte et aussi en arrière, cette tumeur adhère à la colonne vertébrale, si intimement qu'on la déchire. Elle comprime et aplatit la trachée, comprime l'œsophage, elle dévie à droite le premier de ces organes, le deuxième à gauche, et proémine dans leur intérieur. Les branches non comprimées sont déviées, la droite se continue en ligne droite avec la trachée, la gauche est tout-à-fait horizontale. Dans les dernières ramifications bronchiques droites, petits cylindres fibrineux ; œdème du poumon, rien au poumon gauche.

Foie sain, la vésicule contient un calcul ; pas de bile ; rate grosse et hypertrophiée.

Utérus volumineux ; corps fibreux du volume d'un marron qui fait saillie dans la cavité hypertrophiée des parois utérines ; hydropisie des trompes qui sont adhérentes aux ovaires.

29. Contusion de l'abdomen par un timon de voiture ; gangrène du membre inférieur gauche ; rupture des tuniques interne et moyenne de l'artère iliaque primitive gauche ; oblitération des artères iliaque interne et externe du même côté ; par M. L. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.

Barthélemy Pierre, âgé de 33 ans, charretier, entre le 4 mai 1875, dans le service de M. TILLAUX, pour une contusion de l'abdomen datant d'hier. On ne constate rien à l'entrée du malade, si ce n'est un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche.

5 *mai*, 48 heures après l'accident, douleurs intenses le long du membre inférieur gauche, fourmillements dans le pied, abaissement de température et pâleur des téguments du pied et de la jambe, faiblesse des battements dans l'artère fémorale, au-dessous de l'arcade crurale.

6 *mai*. Les battements de la fémorale ont complétement disparu, les symptômes de gangrène se manifestent complétement. Gangrène momifiante du pied et du bas de la jambe remontant vers la cuisse; pas de limitation, douleurs atroces.

17 *mai*. Amputation de la cuisse au-dessus du genou. On trouve à l'examen du segment coupé, une oblitération de la fémorale par un caillot se prolongeant dans le bout supérieur ; une phlébite adhésive et un ramollissement purulent des muscles jumeaux ; la gangrène envahit le moignon. — Pansement ouaté.

21 *mai*. Mort, quatre jours après l'opération.

AUTOPSIE. — Intestin et péritoine absolument intacts ; tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche formant une gangue noirâtre autour des vaisseaux.

L'artère iliaque primitive et ses deux branches sont formées de troncs arrondis, bosselés et très-durs, remplis de caillots. Au niveau de la partie moyenne de l'iliaque primitive, rupture des deux tuniques interne et moyenne recroquevillées vers en haut et en bas et bouchant les orifices des deux artères sous-jacentes; dans la portion privée des deux tuniques, caillot noir et mou; au-dessus et au-dessous, caillots fibrineux grisâtres se prolongeant dans l'artère fémorale et l'iliaque interne jusqu'à sa division. — Les autres organes sont absolument sains.

30. Double luxation congénitale, complète du cubitus, et incomplète du radius sur les os du carpe ; par M. A. JEAN, interne des hôpitaux (pièce déposée au musée Dupuytren).

La malade, sur laquelle cette double luxation a été observée, est une femme morte à l'infirmerie de la Salpêtrière, à l'âge de 73 ans.

Elle ne se souvient d'aucun traumatisme ayant porté sur les membres supérieurs ; bien plus, elle affirme avoir remarqué dès sa plus tendre enfance, cette déformation du poignet, et ses parents n'ont pu lui fournir aucun renseignement à ce sujet. Ces renseignements, donnés par la malade à plusieurs reprises, permettent de songer à des luxations congénitales du reste l'examen des pièces ne laisse aucun doute à cet égard.

La lésion est beaucoup plus complète du côté droit qu'à l'avant-bras gauche.

Membre supérieur droit. Le diamètre antéro-postérieur du poignet est considérablement augmenté, le diamètre transverse a conservé ses dimensions normales ; la tête du cubitus fait une saillie anormale a la face dorsale ; les mouvements de pronation et de supination sont aussi étendus que d'habitude; la main peut être fléchie a angle droit sur l'avant-bras, mais elle ne peut être amenée dans l'extension au-delà du plan de l'avant-bras ; dans ce dernier mouvement, on voit les tendons fléchisseurs se dessiner comme des cordes à la face antérieure du carpe.

Après la dissection de la pièce, on constate les particularités suivantes : la tête du cubitus, volumineuse, simulant une exostose, est encore en rapport avec la petite cavité sigmoïde du radius, mais elle est fortement repoussée en arrière ; la capsule de l'articulation radio-cubitale inférieure est distendue, surtout en arrière, mais n'apporte aucun obstacle aux mouvements

de pronation et de supination. Le pyramidal, au lieu de s'articuler avec le cubitus au moyen du ligament triangulaire, est remonté en avant de cet os, et n'est plus en rapport avec lui que par sa face postérieure.

Du côté du radius, on remarque une déformation du tiers inférieur de cet os et de son extrémité articulaire. Celle-ci, au lieu de regarder directement en bas, est incurvée en avant et s'articule avec la face postérieure du scaphoïde et du semi-lunaire. Toute la première rangée du carpe fait donc saillie à la face antérieure de l'avant-bras. Les ligaments articulaires allongés, mais non détruits, paraissent avoir augmenté d'épaisseur.

En résumé, par suite de la déviation en avant du radius, la première rangée du carpe n'a pas complétement abandonné cet os; mais elle chevauche en avant du cubitus.

Les tendons des muscles fléchisseurs forment une corde à la partie antérieure du poignet; ces tendons ne présentent ni déviation, ni insertion anormale.

A la face dorsale, on constate une dépression au niveau du carpe, au-dessus de laquelle existe une saillie formée par l'extrémité inférieure du cubitus et le bord postérieur de la cavité articulaire du radius. La main ne présente de déviation ni en dedans ni en dehors.

Membre supérieur gauche. Le poignet gauche présente une déformation analogue, mais beaucoup moins accusée; la saillie de la tête du cubitus est moins forte, le radius moins incurvé et les os du carpe ont des rapports plus intimes avec ceux de l'avant-bras.

En résumé, grâce à l'incurvation de la cavité articulaire du radius, le scaphoïde et le semi-lunaire ont encore conservé avec cet os une partie de leurs rapports. Supposons que le déplacement eût été un peu plus considérable, et que la cavité articulaire eût conservé ses rapports normaux, nous avions affaire à une luxation complète des os de la première rangée du carpe sur les os de l'avant-bras, c'est-à-dire à une luxation du poignet en avant; tandis que, dans le cas actuel, nous sommes en présence d'une luxation complète du cubitus et incomplète du radius sur les os du carpe.

Au reste, cette incurvation des extrémités articulaires est de règle générale dans les luxations congénitales.

Cirrhose hypertrophique; par M. Hayem, médecin des hôpitaux.

B. Louis, âgé de 39 ans, journalier, entre le 22 décembre 1874 dans le service de clinique médicale de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 26.

Ce malade resta en France jusqu'en 1867, époque à laquelle il fut envoyé en garnison à Blidah (Algérie). Jusqu'alors il avait toujours eu une bonne santé; cependant il eut, en 1861, un chancre dont on trouve encore les traces sur la verge, et un bubon dans l'aine, bubon qui, au dire du malade, ne suppura pas. A cette époque, le malade fut soumis pendant quelque temps à un traitement antisyphilitique.

Peu de temps après son arrivée en Afrique, il fut atteint de fièvre intermittente tierce pendant environ un mois. La fièvre céda assez rapidement au sulfate de quinine; mais pendant deux ans, elle eut de la tendance à reparaître. Peu de temps après les premiers accès de fièvre, il survint de l'ictère, qui, depuis, n'aurait jamais complétement disparu (?). Le début en fut brusque et s'accompagna de douleurs dans le ventre, particulièrement du côté du foie et de la rate; le ventre augmenta de volume, l'appétit diminua, et les digestions devinrent difficiles. Malgré ces accidents, le malade put continuer à faire son service, et il séjourna en Afrique environ trois ans.

Quand éclata la guerre avec la Prusse, les troupes d'Afrique furent rappelées en France, et le malade fut au nombre des soldats qui supportèrent le siége de Metz. Pendant toute la durée du siége, malgré la persistance de l'ictère, sa santé se maintint dans un état relativement assez bon; cependant il éprouvait de temps en temps de violentes douleurs dans la région du foie.

A la capitulation de Metz, le malade fait prisonnier, fut envoyé en Allemagne dans la Haute-Silésie et placé dans un hôpital où il fut, dit-il, très-mal soigné et surtout fort mal nourri. On lui fit prendre cependant, pendant quelque temps, du sulfate de quinine.

Après la guerre, il revint en France et fut envoyé en garnison à Nantes, puis à Rouen. Là, il entra à l'hôpital, et quand vint la bonne saison, il fut envoyé à Vichy, où il passa un mois et demi. Chaque jour il buvait de l'eau de la *Grande-Grille* et prenait des douches dirigées sur le ventre. Ce traitement provoqua des douleurs dans la région hépatique et n'amena pas d'amélioration notable.

Au mois d'*août* 1873, après avoir fait 14 ans de service, il voulut encore rester militaire, mais il fut remercié pour cause de santé, et il alla passer quelque temps dans sa famille.

Il a encore sa mère et une sœur qui se portent bien.

L'année dernière, il vint travailler à Palaiseau à la construction du nouveau fort, et il fut souvent obligé d'interrompre son travail à cause des douleurs qu'il ressentait dans l'abdomen, toujours dans la région du foie. De plus, il éprouvait de la dyspnée, et les douleurs s'aggravaient dès qu'il se livrait à un exercice un peu violent. C'est alors que, voyant son état empirer tous les jours, il résolut d'entrer à l'hôpital.

22 *décembre* 1874. On constate les phénomènes suivants: Teinte ictérique de moyenne intensité, amaigrissement sensible survenu récemment. Les jambes ne sont pas œdématiées; cependant, depuis plusieurs jours, elles présenteraient un peu d'enflure lorsque le malade reste debout pendant quelque temps. Sur la peau du tronc et des membres, on trouve la trace d'une éruption qui est survenue au mois de juillet dernier et qui a guéri sans traitement. Ce sont des taches arrondies, blanches, et à peine déprimées au centre, entourées d'une auréole brunâtre. Ces cicatrices au nombre d'une trentaine sur tout le corps, paraissent, d'après la prescription du malade, se rapporter à une éruption ecthymateuse (?).

Le ventre est tendu, dur et un peu douloureux au niveau de l'hypocondre droit et de la région épigastrique. A la palpation, on sent le foie débordant le rebord des fausses côtes, il descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic; sa surface paraît très-dure, lisse, non bosselée; il est un peu sensible à la pression.

La rate forme également une tumeur dure, arrondie, facile à sentir; elle présente environ 12 centimètres de matité en hauteur.

Pas d'ascite, mais quelques veines dilatées sur la partie latérale droite de l'abdomen et à la base de la poitrine.

Les urines sont fortement colorées, couleur acajou, peu abondantes; elles laissent déposer une matière boueuse, épaisse, et ne contiennent que des traces de matière colorante de la bile.

L'appétit est considérablement diminué, et le malade conserve un dégoût opiniâtre pour la viande. La langue est rouge, il en est de même des lèvres et des parois buccales; le bord des gencives présente un liseré bleuâtre, légèrement ulcéré au niveau des incisives; l'haleine est fétide. Les digestions sont difficiles depuis quelques mois. Pas de vomissements; constipation habituelle; jamais de diarrhée. Les selles ont une couleur foncée, elles n'ont jamais été décolorées.

L'auscultation des poumons ne fournit que des signes négatifs. Le pouls est régulier; le cœur a un volume normal; à l'auscultation on entend un bruit de souffle net, mais peu rude, au premier temps et à la pointe.

Prescription: Dans l'hypothèse d'une affection syphilitique du foie, on prescrit 2 cuillerées à bouche de sirop de Gibert.

2 *janvier* 1875. Sous l'influence du traitement anti-syphilitique, l'état du malade s'est amélioré. Le ventre est moins tendu, les parois abdominales sont plus souples, les douleurs péri-hépatiques ont presque disparu et le foie a diminué de volume. La rate est toujours notablement hypertrophiée. Cependant l'ictère reste aussi intense.

4 *janvier.* Le malade accuse de violentes douleurs dans la région hépatique, douleurs qui l'ont empêché de dormir. Quant aux autres symptômes, ils sont toujours à peu près les mêmes.

6 *janvier.* Le malade se trouve un peu mieux depuis 2 jours, les coliques ont disparu. Les parois du ventre sont moins tendues, plus souples, mais le foie est toujours douloureux à la palpation. Après avoir rapidement diminué de volume, il reste maintenant dans un état stationnaire. La rate est encore très-

hypertrophie. Les urines présentent toujours les mêmes caractères. L'appétit n'augmente pas, même dégoût pour la viande.

8 *janvier*. Le malade se plaint de coliques et de douleurs dans la région hépatique, douleurs qu'il attribue à la suppression du traitement anti-syphilitique (depuis 2 jours on a suspendu le sirop de Gibert).

12 *janvier*. On reprend le sirop de Gibert et on prescrit des bains alcalins. La teinte ictérique est moins marquée ; l'état général reste cependant le même. Potion avec 4 gr. de chlorate de potasse.

15 *janvier*. Le malade dit que le bain alcalin l'a soulagé et a diminué ses coliques.

21 *janvier*. Depuis le 15 janvier, le malade n'a rien présenté qui mérite la peine d'être signalé. Il a eu ce matin une épistaxis (un tiers de crachoir environ).

22 *janvier*. L'épistaxis a reparu, mais cette fois moins abondante.

24 *janvier*. Le foie est toujours très-volumineux et fait une saillie très-prononcée dans l'abdomen. Sur une ligne allant du mamelon à l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'organe s'étend encore dans une étendue de 22 centimètres. Sur une autre allant du sternum à l'ombilic, on trouve de la matité sur une largeur de 9 centimètres. La rate est toujours très-volumineuse et déborde les fausses côtes en avant. L'ictère est peut-être un peu moins marqué qu'à l'entrée du malade. Le bruit de souffle persiste au cœur, ayant son maximum à la pointe et au premier temps. L'appétit est toujours à peu près nul, le dégoût pour la viande persiste. Les urines sont peu abondantes et d'une couleur acajou très-prononcée. On ne constate ni ascite ni œdème des membres inférieurs.

On remplace le sirop de Gibert par 1 gr. 50 d'iodure de potassium ; bains alcalins.

26 *janvier*. Les parois de l'abdomen sont plus souples, et le foie a considérablement diminué de volume depuis que le malade prend de l'iodure de potassium.

Le foie qui, à l'arrivée du malade, descendait jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, est remonté à peu près à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, il ne déborde plus les côtes que de deux travers de doigt.

29 *janvier*. Le foie diminue toujours ; le ventre devient de moins en moins tendu. L'appétit est toujours nul. Les urines de couleur acajou sont peu abondantes. Le bruit de souffle persiste à la pointe.

1er *février*. Le malade se plaint de légères coliques dans l'abdomen, cependant le volume du foie diminue tous les jours, mais celui de la rate persiste.

2 *février*. L'appétit ne revient pas, la muqueuse buccale a toujours sa couleur framboisée, les dents déchaussées sont recouvertes d'un enduit assez épais.

10 *février*. L'état du malade est à peu près le même. On applique un large emplâtre de Vigo sur la région hépatique. Cet emplâtre se détache au bout de cinq jours, après avoir déterminé une irritation assez vive de la peau. Le foie semble s'être encore un peu rétracté. L'appétit est toujours nul.

20 *février*. Le malade se plaint d'un peu de mal de gorge, cependant l'examen du pharynx ne fait rien constater d'anormal.

21 *février*. La lèvre supérieure est légèrement tuméfiée, et sur l'aile du nez du côté gauche apparaît un point rouge.

22 *février*. La rougeur a gagné le nez dans toute son étendue, elle est nettement limitée. La peau du nez est tendue, tuméfiée et présente nettement les caractères de l'érysipèle. Le malade éprouve une violente céphalalgie. Le mal de gorge est peu intense, la chaleur peu élevée, la fièvre modérée.

23 *février*. La rougeur augmente d'une manière uniforme des deux côtés de la face ; les joues commencent à se [illegible] ainsi que les paupières ; la face a un aspect bouffi ; la lèvre supérieure, le nez et les parties avoisinantes sont tuméfiées et très-rouges. — 4 gr. extr. mou de quinquina, axonge sur la face.

24 *février*. L'érysipèle suit sa marche envahissante, le front commence à s'enflammer. Les douleurs frontales sont très-vives et s'exaspèrent par la toux et les vomissements. Les douleurs dans la région du foie ont disparu, ou du moins sont bien moins vives.

25 *février*. L'érysipèle se limite, la rougeur diminue, cependant les douleurs de tête sont toujours très-vives.

26 *février*. L'érysipèle gagne le cuir chevelu et y détermine une sensibilité très-vive. La fièvre est intense et redouble vers le soir en s'accompagnant de délire. La température atteint 40° ; cependant, du côté de la face, l'inflammation diminue.

27 *février*. Amélioration de l'état local : La face n'est plus tuméfiée ; les parties qui ont été le siége de l'érysipèle sont d'un rouge violacé ou bleuâtre, et la peau de ces parties est le siége d'une desquamation par lambeaux assez larges, le cuir chevelu est encore gonflé et douloureux. L'appétit est nul ; le malade n'accuse plus de douleurs du côté du foie.

28 *février*. Le malade va mieux. Tout est rentré dans l'ordre.

2 *mars*. La face ne porte plus l'empreinte de l'érysipèle ; il ne reste plus qu'une desquamation partielle. Le foie diminue toujours de volume.

4 *mars*. La phlegmasie cutanée récidive et reparaît au niveau des ailes du nez, où la peau est rouge, gonflée, tendue, douloureuse. Le malade se plaint d'un léger mal de gorge.

5 *mars*. L'érysipèle gagne et s'étend vers le front qui est tuméfié, et le siége de violentes douleurs s'exagérant par la pression et les mouvements. La tuméfaction de la face est à peu près passée, mais en revanche l'érysipèle progresse toujours du côté des temporaux et des pariétaux, au niveau desquels les douleurs sont très-vives. Le malade est un peu agité. La fièvre est intense, le pouls large, plein ; la température atteint 39°.

6 *mars*. Les douleurs se font sentir dans la région occipitale et rendent le sommeil impossible. L'état fébrile est toujours le même.

8 *mars*. L'érysipèle semble s'arrêter, l'inflammation diminue, les douleurs occipitales existent encore, l'oreille droite est encore tuméfiée. — On reprend l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme.

9 *mars*. Le malade se sent mieux, la peau est moins chaude, le pouls moins fréquent.

10 *mars*. L'érysipèle a complétement disparu. La face ne porte plus que les dernières traces consistant en petites lamelles cutanées qui se détachent çà et là.

11 *mars*. L'état du malade reste le même, l'appétit semble revenir un peu.

12 *mars*. Le malade appelle l'attention sur un nouveau phénomène. Le ventre, qui n'était resté gros que dans la région hépatique, se développe d'une manière uniforme. Pas de fluctuation.

13 *mars*. Le ventre augmente ; à la percussion on trouve de la matité au niveau des parties les plus déclives. La fluctuation n'est pas très-évidente. — Iodure de potassium, 1 gr. 50.

15 *mars*. Météorisme plus marqué ; pas d'ascite. L'état général est plus mauvais depuis un mois. Le malade ne mange presque pas, les digestions sont difficiles ; insomnie persistante ; l'amaigrissement fait des progrès notables depuis quelque temps. — Iodure de potassium, 2 gr.

27 *mars*. On prescrit de nouveau un emplâtre de Vigo c. mercurio sur la région abdominale et hypogastrique.

14 *avril*. L'ascite est devenue manifeste. Le ventre a actuellement une forme globuleuse bien accentuée. La fluctuation n'est point en rapport avec la distension des parois abdominales, qui est due surtout au météorisme.

Depuis trois jours, les urines sont moins abondantes. Elles sont toujours d'une coloration rouge foncée, d'une forte densité, laissant déposer des sels au fond du vase. La rate est toujours très-volumineuse. On ne saurait, à cause du volume du ventre, délimiter exactement les dimensions du foie. L'appétit est toujours nul. Le malade maigrit de plus en plus. La coloration des téguments en jaune persiste toujours.

Le diaphragme est refoulé dans le thorax et rend la respiration difficile. Cependant rien à noter à l'examen des poumons.

20 *avril*. Hier, vers trois heures du soir, le malade fut pris

de dyspnée [illegible] très-marquée. Des ventouses sèches appliquées sur la base du thorax [illegible] disparaître cette dyspnée. Le malade [illegible] de la nuit. Il a été pris dans la nuit de vomissements [illegible] verdâtres, et d'une diarrhée abondante [illegible] par des selles séreuses complétement liquides.

A la visite, le malade est un peu mieux, mais très-faible. La percussion révèle de la submatité dans la fosse sous-épineuse droite. A l'auscultation, on entend à ce niveau une respiration rude et un peu soufflante, mais rien qui soit capable d'expliquer la dyspnée. La mensuration du ventre ne permet pas de constater une augmentation manifeste. — Potion de Todd avec extrait de quinquina.

23 *avril*. Dyspnée persistante et insomnie. Mêmes signes à la percussion. A l'auscultation, râles sonores disséminés dans les deux poumons, plus abondants à droite. Les crachats sont blanchâtres, un peu visqueux, mêlés avec quelques stries de sang pur.

25 *avril*. On trouve toujours de la submatité au niveau de la partie moyenne du poumon droit. Dans l'étendue des deux poumons, râles sous-crépitants et râles sibilants et ronflants. — Potion de Todd avec extrait de quinquina; vin diurétique, 50 grammes.

27 *avril*. Mêmes crachats. Les veines des parois abdominales sont dilatées depuis quelques jours; elles sont très-apparentes, surtout à la partie inférieure du thorax et autour de l'ombilic.

Le ventre très-distendu refoule le diaphragme et avec lui le poumon; il en résulte une dyspnée considérable. Pour soulager le malade, on pratique la paracentèse abdominale au lieu d'élection On retire ainsi de l'abdomen 4 litres 700 c. d'un liquide jaune verdâtre contenant de l'albumine et de la matière colorante de la bile. Mêmes signes du côté de l'appareil respiratoire.

2 *mai*. Amélioration sensible; la congestion pulmonaire a presque complétement disparu; l'expectoration est presque nulle.

3 *mai*. Le malade a été très-agité et a voulu quitter l'hôpital; par suite il a marché beaucoup dans la journée, et son ventre a repris le volume qu'il avait le 27 avril au matin avant la ponction. La dyspnée a reparu de nouveau. La percussion révèle toujours un peu de submatité vers le milieu du poumon droit. A l'auscultation, on entend des râles disséminés dans l'étendue des deux poumons. Le malade a des crachats visqueux, mêlés avec des crachats liquides et des stries de sang. Il n'y a pas de lésions graves, on ne rencontre que les signes d'une congestion hypostatique.

Depuis plusieurs jours, la lèvre inférieure du malade est recouverte de [illegible] sanguins peu abondants, adhérents à la moustache; la présence de ce sang attire l'attention du côté du nez. On constate alors pour la première fois une perforation du cartilage [illegible] cloison, dont le malade ne soupçonnait pas l'existence, et qui a sans doute été le point de départ des poussées [illegible] précédentes. [illegible] a une forme [illegible] commune [illegible] porte-[illegible], [illegible] qu'on [illegible] l'extrémité de [illegible]. Son bord [illegible] par la muqueuse, [illegible] est [illegible], rouge, épaissie, [illegible]. La rougeur [illegible] s'étend aussi loin qu'on [illegible] voir dans l'intérieur des fosses nasales sans l'emploi du spéculum.

4 *mai*. La congestion pulmonaire paraît moins intense et les crachats sont moins abondants. — [illegible], et de plus, [illegible] bonne [illegible].

6 *mai*. Réapparition des signes de congestion pulmonaire. La dyspnée est [illegible] et les crachats [illegible]. Le malade [illegible] douleurs abdominales qui sont exagérées par la pression.

12 *mai*. Les crachats du malade contiennent des stries de sang pur.

1[illegible]. Les crachats sont plus abondants, d'un jaune verdâtre, moins visqueux et ne contiennent aucune trace de sang. Nouvelle poussée érysipélateuse sur les parties antérieure et latérale du nez.

14 *mai*. L'[illegible] un peu. Une seconde ponction abdominale donne issue à une quantité de liquide un peu moindre que la première, il n'y en a pas 4 litres; ce liquide est rouge verdâtre, plus foncé que la première fois, il contient de l'albumine, du sang et de la matière colorante de la bile.

15 *mai*. Desquamation de toute la partie du nez où siégeait l'érysipèle. On constate une rougeur assez étendue au niveau du sacrum, avec eschare très-limitée au milieu de ces parties enflammées.

17 *mai*. L'état du malade est un peu amélioré, il ne tousse plus, il se sent plus de force et semble avoir un peu plus d'appétit. — Iodure de potassium, 1 gr.

20 *mai*. L'état d'amélioration semble continuer. — Iodure de potassium, 1 gr. 20.

22 *mai*. Le malade est très-faible, les jambes et le scrotum sont œdématiés.

24 *mai*. Le gonflement œdémateux des jambes et du scrotum s'accroît. Le malade est atteint de hoquet à intervalles assez éloignés.

25 *mai*. Les intervalles pendant lesquels se produit le hoquet se rapprochent de plus en plus.

26 *mai*. Le hoquet est continu.

27 *mai*. Le malade meurt à 8 heures du matin.

Autopsie faite le 28 *mai*, 24 heures après la mort. — L'*abdomen* contient environ 5 litres de liquide jaune-verdâtre. Le feuillet pariétal du péritoine est recouvert dans presque toute son étendue par une néo-membrane assez épaisse et assez facile à détacher par larges lambeaux. Cette néo-membrane est rouge, rosée ou lie de vin; elle est extrêmement vasculaire et infiltrée çà et là de suffusions sanguines. Elle contient dans son épaisseur des amas irrégulièrement disséminés de petits grains saillants, d'un blanc-jaunâtre, qui ressemblent beaucoup à de petits tubercules jaunes.

Sur les anses intestinales, on trouve également quelques néo-membranes vasculaires, sous forme de petites plaques ou stries, faciles à détacher et plus minces que la néo-membrane pariétale. Il n'existe pas d'adhérences entre les anses intestinales; on ne trouve entre elles qu'un peu de liquide visqueux et des flocons blanchâtres. Le grand épiploon est remarquablement rétracté; il forme au-devant du colon transverse une sorte de masse allongée, épaisse, brunâtre et friable. L'épiploon gastro-hépatique est également très-épaissi, particulièrement au niveau du col de la vésicule; il ne contient pas de ganglions tuméfiés.

Après l'ouverture du duodénum qui est rempli d'un liquide [illegible] verdâtre, une pression assez forte exercée sur la vésicule biliaire fait sortir une partie de son contenu. C'est un liquide muqueux, peu abondant, à peine un peu verdâtre.

Le pancréas est d'un volume à peu près normal, mais son tissu est dur et crie sous le scalpel.

Le *foie* est très-volumineux et lourd; il pèse 2 kilogr. 500. Sa surface est recouverte [illegible] néo-membranes comme le reste du péritoine: mais il n'y a pas d'adhérences avec les parties voisines. La capsule de Glisson, très-épaissie, offre de grandes plaques ou bandes blanchâtres irrégulièrement distribuées. La surface du foie est, par places, mamelonnée et granuleuse, et les saillies ou grains d'une couleur brunâtre ou rouge tranchent nettement sur la couleur jaune ardoisée de l'organe. Il n'y a ni sillons, ni aspect lobulé. La consistance du foie est partout considérable; elle n'est pas égale dans tous les points: en général, elle rappelle celle du fibrome; mais [illegible], elle est presque aussi grande que celle du fibro-cartilage.

Les coupes offrent un aspect particulier, bien digne de remarque. Sur un fond blanc-grisâtre ou jaunâtre, uni, lisse, dur, [illegible] d'aspect [illegible], se dessinent des taches d'une coloration très-variable. Rares et petites dans les points les plus sclérosés, plus volumineuses et plus confluentes dans les points relativement moins altérés, ces taches répondent, à n'en pas douter, aux lobules hépatiques plus ou moins modifiés. Quelques-uns de ces lobules sont jaune-verdâtres et rappellent la couleur du foie graisseux; d'autres sont verdâtres comme dans le foie ictérique; d'autres encore sont

rouges ou brunâtres comme s'ils étaient fortement congestionnés ou infiltrés de pigment sanguin. La forme et les dimensions de ces taches sont très-variables, leur groupement a lieu d'une manière inégale par petits amas ou bouquets.

Quant aux parties scléreuses, elles représentent des plaques ou traînées tout-à-fait inégales et irrégulières, dont la disposition et la forme échappent à toute description. On ne trouve nulle part, ni brides rétractées, ni tumeurs, ni canaux biliaires visibles à l'œil nu.

La *rate* volumineuse, régulièrement hypertrophiée, pèse 630 grammes. Dans la capsule, plaques et îlots scléreux, blanchâtres; à la coupe, tissu mou rappelant celui de la rate typhoïde; il n'y a ni tractus conjonctifs épaissis, ni tuméfaction appréciable des corpuscules.

Les *deux reins* sont d'un volume normal. Ils contiennent tous les deux un assez grand nombre de petits abcès, disséminés surtout dans la substance corticale. Le plus gros de ces abcès a environ le volume d'un gros pois. Quelques-uns sont si superficiels qu'ils se déchirent pendant la décortication et laissent échapper une gouttelette de pus. Autour des abcès, la substance rénale est un peu congestionnée; mais dans l'intervalle, elle paraît complétement saine.

Le *cœur* est normal; l'aorte est parsemée de quelques plaques athéromateuses peu saillantes et non ulcérées.

La *plèvre* est intacte. Les *poumons* sont rouges et crépitants dans toute leur étendue, sauf au niveau de la partie moyenne et inférieure du poumon droit, où l'on trouve les caractères de la congestion chronique.

La surface de l'*encéphale* est lisse. L'arachnoïde et la pie-mère ne sont pas épaissies; mais, çà et là, le long des vaisseaux surtout, et au niveau des scissures sylviennes, du chiasma des nerfs optiques et de la protubérance, existe une infiltration de pus jaunâtre dans les mailles de la pie-mère. Le tissu cérébral est un peu mou et œdémateux en certains points de la surface, et particulièrement au niveau de la voûte à trois piliers et du corps calleux. Les artères de la base sont saines et libres; l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucun tubercule au niveau des infiltrations purulentes.

L'*estomac* et l'*intestin* n'ont pas été examinés.

La *pituitaire* est rouge, épaissie, lisse dans toute l'étendue des fosses nasales. Au niveau de la perforation du cartilage de la cloison, elle est indurée, mais ni granuleuse, ni ulcérée, ce trou, fait comme à l'emporte-pièce, a un bord mince un peu tranchant, recouvert par la muqueuse, sauf en un point très-circonscrit, où le cartilage est dénudé. Le cartilage et le vomer sont un peu rouges, mais en apparence fort peu altérés.

Examen microscopique. — *Reins*. Les abcès du rein contiennent du pus phlegmoneux, bien franc; il ne s'agit certainement pas de tubercules ou de gommes en voie de ramollissement.

Néo-membranes. Les petits grains jaunes des néo-membranes ne s'affaissent pas quand on les pique, ils résistent même assez fortement aux aiguilles à dilacérer. A un faible grossissement, ils forment de petites masses arrondies nettement délimitées, constituées par des leucocytes pressés les uns contre les autres.

Par la dilacération on n'y retrouve que des globules blancs, et l'on isole en même temps quelques-unes des grosses cellules plates qui forment en grande partie la néo-membrane. Ces petits grains jaunâtres sont donc probablement de petits abcès, dans lesquels le pus n'est pas encore complétement collecté; il serait difficile de les considérer comme des tubercules et encore moins comme de petites productions gommeuses.

Foie. Des coupes faites après durcissement dans l'acide picrique et l'alcool, puis colorées à l'aide du picro-carmin et montées dans la glycérine laissent voir des particularités fort complexes et très-intéressantes. Nous n indiquerons ici que les principales.

En examinant les coupes à un faible grossissement, au lieu de voir comme à l'état normal des acini séparés par de minces tractus conjonctifs renflés au niveau des vaisseaux, on aperçoit une sorte de tissu conjonctif plus ou moins dense qui supporte quelques amas cellulaires. Cette trame conjonctive ou fibroïde comprend deux parties distinctes : l'une appartient aux prolongements de la capsule de Glisson, l'autre est une modification de la charpente conjonctive des acini eux-mêmes.

Les prolongements de la capsule de Glisson sont considérablement hypertrophiés et forment des bandes ou tractus irréguliers, ou même des plaques qui se confondent par leurs bords avec le tissu intra-lobulaire. Celui-ci est surtout bien visible à la périphérie des acini, qui sont pour la plupart réduits à quelques trabécules cellulaires centraux. Les acini se présentent aussi sous la forme d'un petit amas de cellules, autour duquel règne une sorte d'anneau plus ou moins large qui se distingue en général assez nettement du tissu conjonctif extra-lobulaire. Quelques acini ne possèdent plus qu'une dizaine de cellules; un petit nombre d'entre eux ne contiennent aucune vestige de cellules hépatiques et ne sont reconnaissables qu'à leur forme et à la présence de la veine centrale.

La transformation conjonctive des acini n'a pas partout la même régularité ni la même importance, elle ne prend pas partout l'apparence d'un anneau périphérique; en quelques endroits, elle se présente sous la forme de prolongements irréguliers, qui semblent partir des tractus extra-lobulaires et qui divisent le lobule irrégulièrement et plus ou moins complétement en petits lobules secondaires. Il résulte de cette disposition que le tissu du foie ne contient plus qu'une quantité extrêmement petite de tissu hépatique proprement dit, ce qui explique fort bien l'aspect fibroïde déjà si appréciable à l'œil nu. Néanmoins, la structure lobulaire est facile à reconnaître, tant à cause de la disposition trabéculaire des cellules hépatiques non encore détruites, que de l'aspect particulier du tissu conjonctif qui appartient aux acini eux-mêmes.

Toutes les parties de cette trame conjonctive sont infiltrées d'une quantité considérable de petites cellules arrondies (lymphoïdes ou embryonnaires) qui sont disposées tantôt par traînées irrégulières, tantôt par amas plus ou moins nettement arrondis. Ces amas siégent principalement dans les parties qui répondent aux prolongements de la capsule de Glisson, mais on en voit aussi un bon nombre dans la charpente qui correspond aux acini.

Le tissu conjonctif hyperplasié est, en outre, parcouru par de nombreux canaux biliaires plus ou moins modifiés. Dans les tractus extra-lobulaires, ces canaux biliaires forment de riches réseaux très-élégants et très-serrés, dont les mailles extrêmement irrégulières sont en général carrées ou rectangulaires. On peut distinguer facilement, d'après leur diamètre, 3 ordres de canaux : les gros, les moyens et les capillaires. Les gros canaux se voient au centre même des tractus extra-lobulaires et dans le voisinage des vaisseaux; ils sont tapissés par un épithélium cubique régulièrement disposé qui laisse une lumière plus ou moins large. Dans beaucoup d'entre eux, cette lumière est obturée par une prolifération de cellules épithéliales et quelquefois aussi par une certaine quantité de matière granuleuse. Les canaux moyens ont l'apparence d'une colonne épithéliale pleine, formée par 2 ou 3 rangées de cellules assez régulières, cubiques ou rectangulaires. Enfin les canaux les plus fins sont représentés par une seule rangée de cellules plus allongées encore, d'aspect pavimenteux.

Beaucoup de ces canaux, et particulièrement les moyens, sont moniliformes, et leur abondance, en certains points, est tout à fait remarquable, en ce sens que dans l'épaisseur d'un seul tractus on en compte souvent 12 ou 15, qui sont reliés entre eux par de courtes branches anastomotiques. Quelques-uns d'entre eux sont entourés par les amas cellulaires que nous avons décrits; mais il n'y a pas de rapport évident entre les deux lésions.

Les réseaux de canaux biliaires n'appartiennent pas exclusivement au tissu conjonctif extra-lobulaire, il en existe de semblables dans la charpente conjonctive des acini. A ce niveau, dans la zône périphérique, rendue claire et d'une étude plus facile par la disparition des cellules hépatiques, ces réseaux comprennent des canaux moyens et des canaux capillaires; mais, dans le centre des acini, on n'aperçoit qu'un réseau très-

fin de capillaires qui se perdent au milieu des autres eléments du tissu hépatique.

Dans les points où les cellules hépatiques sont conservées, elles sont pour la plupart infiltrées de graisse et de pigment biliaire jaune-verdâtre ; quelques-unes contiennent un ou deux blocs verdâtres, foncés, comme on en trouve dans le foie ictérique.

Notons encore que les vaisseaux capillaires intra-acineux présentent dans quelques points des dilatations plus ou moins prononcées.

On retrouve donc, dans ce cas de cirrhose hypertrophique, des lésions des canaux biliaires tout à fait analogues à celles dont M. Cornil a donné récemment la description (*Arch. de physiologie*, 1874, p. 265).

M. Liouville. J'ai vu l'année dernière, dans le service de M. Béhier, un Italien qui présentait des phénomènes analogues à ceux qu'a observés M. Hayem ; à l'autopsie, nous avons trouvé aussi un état à peu près analogue du foie et de la rate ; le malade avait eu des fièvres intermittentes, mais n'avait jamais eu de symptômes de syphilis. Il présentait une leucocytose très-caractérisée.

M. Lacombe. Il est évident que le foie présenté par M. Hayem n'offre pas les caractères que l'on attribue généralement au foie syphilitique.

M. Hallopeau. Ne serait-ce pas la forme décrite par Virchow sous le nom de forme diffuse de la syphilis hépatique ?

M Hayem. J'ai lu les descriptions de Virchow, et j'ai observé moi-même des faits qui s'y rapportaient ; mais on ne trouvait pas l'apparence que nous voyons ici : les foies étaient petits, rétractés, bridés par de grands tractus fibreux, et présentaient un aspect que rend assez bien l'épithète de *foies ficelés*.

Ici, il est évident que le terme de cirrhose hypertrophique exprime bien l'apparence de la lésion du foie, mais le point qui reste obscur est l'étiologie.

M. Debove. J'ai fait hier l'examen d'un foie qui, à l'œil nu et au microscope, présentait des caractères analogues à ceux qu'a observés M. Hayem ; malheureusement, je n'avais sur les phénomènes constatés pendant la vie aucun renseignement.

La question de l'origine syphilitique de certaines lésions du foie a été, on le sait, fort discutée ; pourtant, depuis les recherches faites par M. Gubler chez des nouveau-nés, depuis les observations de MM. Cornil et Ranvier, et celles de M. Lacombe, il paraît généralement admis que les lésions syphilitiques du foie présentent quelque chose de particulier. M. Ranvier a pu les observer chez quelques syphilitiques morts accidentellement par le fait du choléra, et alors que ces lésions étaient encore peu accentuées.

M. Hayem. Il ne faut pas aller trop loin dans cette voie et vouloir rattacher à la syphilis tous les cas de cirrhose intra-lobulaire. En effet dans certains cas, où les symptômes cliniques sont analogues à ceux de la cirrhose vulgaire, on trouve cependant une cirrhose intra-lobulaire ; le foie présente alors un aspect lisse qui a été bien étudié par Klebs ; d'autre part, dans la cirrhose hypertrophique, la lésion peut être seulement péri-lobulaire, mais le plus souvent elle est aussi intra-lobulaire.

Ecchymoses de l'intestin grêle à la suite de brûlures ; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Le malade était entré le *30 mai* dans le service de M. Dolbeau, pour des brûlures très-étendues du tégument externe Toute la face, les deux mains, la partie interne des cuisses et des jambes étaient atteintes, et la lésion était presque uniformément au troisième degré.

D'abord abattu après l'accident qui était arrivé dans un incendie, cet homme présenta une grande agitation, puis tomba progressivement dans le coma. La mort arriva le *9 juin*, c'est-à-dire 10 jours après l'accident. Au début, il y avait eu de la diarrhée, qui ne dura que deux jours, pour ne plus reparaître.

A l'autopsie faite le *11 juin*, l'état avancé du cadavre ne permit pas d'examiner le cerveau et les organes thoraciques. L'ouverture de l'abdomen fit découvrir un peu de liquide dans la cavité péritonéale, et, sur l'intestin, çà et là, quelques taches d'un rouge noirâtre, régulières, de la largeur d'une lentille, sans aucun relief ni exsudat péritonéal.

L'*estomac* incisé présente quatre taches allongées, vascularisées, non ecchymotiques, au niveau de la grande courbure. Dans l'*intestin* grêle, sur le côté opposé à l'insertion du mésentère, et sur les deux faces attenantes, on voit des ecchymoses de la largeur d'un pois, saillantes pour la plupart, de teinte variable depuis le rose jusqu'au rouge noir, commençant à paraître environ 5 centimètres au-dessous du pylore, atteignant leur plus grand nombre vers la fin du duodénum, devenant plus clair-semées dans le reste de l'intestin grêle, pour disparaître complétement dans le gros intestin. Au sommet d'une de ces taches, qui est très-acuminée et se trouve dans la troisième portion du duodénum, on voit une exulcération. A la coupe, au niveau de ces taches, on remarque qu'elles sont formées par du sang, qui est sous-muqueux, localisation qui devient bien moins nette quand la tache est moins saillante, plus noire, c'est-à-dire étalée et probablement plus ancienne. La couleur est plus vive du côté du péritoine que vers la cavité intestinale, mais la séreuse ne présente aucune trace d'inflammation au niveau de ces taches, qui n'affectent pas de siége particulier par rapport aux glandes et aux follicules de l'intestin grêle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1875.

M. le Président Le Fort fait part à ses collègues de la mort de M. Giraldès. Ainsi qu'il est d'usage chaque fois que la Société vient à perdre un de ses membres, la séance est levée et la discussion de l'ordre du jour renvoyée à la séance prochaine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE L'ÉLYSÉE.

Séance du 8 novembre 1875. — Présidence de M. Du Vivier.

Observation de difformité congénitale ; Par le Dr A. Siry.

L'enfant dont je veux vous entretenir est né de parents bien portants, qui n'ont aucun vice de conformation : lui-même a une belle apparence et ne présente aucune autre difformité que la suivante :

Sur le bord interne du petit doigt de chaque main existe, vers la partie moyenne de la première phalange, un appendice piriforme d'un centimètre de diamètre en largeur sur un centimètre et demi en longueur. Près de son extrémité libre se voit un rudiment d'ongle et l'autre extrémité de son plus grand diamètre se relie au doigt par un pédicule cylindrique de 14 à 15 millimètres de longueur sur 2 d'épaisseur. Ces appendices, pourvus de vaisseaux et de nerfs, sont sensibles à la pression et ont un tégument semblable à celui des doigts normaux. Quant à la structure interne, elle consiste en un petit amas de graisse, au centre duquel se trouve un cartilage représentant la future charpente osseuse de ce doigt supplémentaire.

Il s'agit évidemment ici d'un cas de polydactylie avec une imperfection très-grande dans le développement des doigts surnuméraires. L'un des doigts a été enlevé par moi quatre jours après la naissance et l'autre aujourd'hui même. L'enfant est âgé d'un mois et n'a éprouvé aucune altération dans sa santé à la suite de ces petites opérations.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'Acide salicylique.

L'acide salicylique que l'on retirait autrefois de l'essence de Gaultheria ou de Spiræa ulmaria, et de la Salicine, peut être économiquement obtenu du phénate de soude que l'on traite à chaud par un courant d'acide carbonique. Kolbe qui a découvert ce mode de préparation et Thiersch reconnurent le pouvoir antiseptique remarquable de ce corps qui est, à cet égard, tout-à-fait comparable à l'acide phénique dont il ne possède pas les propriétés corrosives et irritantes.

Buss, de Bâle, a plus récemment démontré par une série

d'expériences que l'acide salicylique est un antipyrétique puissant qui peut rivaliser avec le sulfate de quinine. Les doses doivent être au moins doubles de celles de sulfate de quinine (4 à 8 gr.); l'effet antipyrétique est constant et il n'y aurait aucun danger à redouter. Cela est vrai pour les fiébricitants; mais chez un sujet sain des doses modérées (2 grammes et plus) suffisent pour causer de la surdité, des troubles de la vue, de l'incertitude dans la marche, parfois même du délire, sans que l'on observe aucune action sur le pouls ou la température.

L'action antipyrétique ne s'accompagne jamais d'effets narcotiques. elle est précédée ou accompagnée d'une diaphorèse abondante, sans qu'on voie se produire jamais d'algidité; les troubles digestifs et le vomissement sont tout-à-fait exceptionnels après l'emploi de l'acide salicylique.

L'abaissement de la température est surtout considérable après l'administration de doses notables prises en une fois, le soir, ou mieux encore lorsqu'il est provoqué par l'action accumulée de deux doses prises l'une le soir, l'autre le matin suivant.

L'élimination par les urines commence peu de temps après l'ingestion; elle est facile à constater au moyen d'une solution diluée de perchlorure de fer qui donne, avec l'acide salicylique, une coloration d'un violet foncé.

En résumé, d'après Buss, la thérapeutique posséderait dans ce nouvel agent un antipyrétique au moins aussi sûr et nullement plus dangereux que le sulfate de quinine, et d'un prix beaucoup moins élevé.

L'emploi combiné des bains froids et de l'acide salicylique donnerait les meilleurs résultats. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, XV, p. 45.)

— Dans le même journal (p. 403) se trouve un court article de Wolffberg qui signale la coloration verdâtre de l'urine des sujets qui prennent de l'acide salicylique; la quantité d'indigo que renferme l'urine est alors relativement considérable.

— Letzerich (*Arch. de Virchow, LXV, p. 40*), voit dans l'acide salicylique un moyen d'empêcher l'infection diphthéritique; il inocule à des lapins des organismes diphthériques (*diphtherie organismen*), l'infection se produit et amène la mort lorsque les animaux sont laissés sans traitement; l'administration d'acide salicylique à l'intérieur arrête l'infection en même temps que disparaissent les micrococcus qui avaient déjà apparu dans le sang.

Ces expériences ne sont pas sans intérêt au point de vue de l'influence que peut exercer le nouvel agent thérapeutique sur l'évolution de la septicémie; pour ce qui est des conclusions qu'on en peut tirer relativement aux applications de l'acide salicylique au traitement de la diphthérie, il faut être plus réservé, il reste toujours à démontrer la spécifité des organismes étudiés par Letzerich. Cette question est loin d'être jugée et dans ces derniers temps elle a été étudiée en France dans deux mémoires dont les conclusions diffèrent notablement des opinions acceptés généralement en Allemagne (Homolle : *Contribution à l'étude de la diphthérie*, 1875. — Duchamp : *Du rôle des parasites dans la diphthérie* thèse de Paris 1875).

G. H.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de diagnostic médical. Guide de l'étudiant en médecine et du praticien; par S. Fenwick, traduit sur la 3e édition anglaise par Ossian F. Edwards, Edward Laurie, et Jules Germain. — Un vol. in-12 de 420 pages, chez Lauvereyns, 1875.

Le Manuel de diagnostic de Fenwich est bien véritablement le *guide* de l'étudiant en médecine, et c'est du reste le but que l'auteur s'était proposé : « Ce livre étant écrit *spécialement* pour les étudiants, dit-il dans sa préface, nous nous sommes borné à indiquer les règles précises de diagnostic, et nous n'avons prêté que très-peu d'attention aux exceptions que l'on rencontre dans la pratique..... Les cas exceptionnels, dits *cas intéressants*, ne sont pas du ressort absolu d'un manuel de ce genre. »

Cet ouvrage s'adresse donc surtout aux débutants, auxquels il rendra des services en leur donnant des notions succinctes sur les faits qu'ils auront l'occasion d'observer à l'hôpital, aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique que sous le rapport clinique : en effet, la description des principales lésions anatomiques de chaque organe précède l'étude des symptômes. Les faits cliniques sont ensuite étudiés dans un ordre auquel on ne peut reprocher que d'être parfois peut-être un peu artificiel, mais qui le plus souvent offre des avantages sérieux pour un débutant. Pour les maladies du cœur, par exemple, l'auteur envisage successivement les cas dans lesquels le volume du cœur est augmenté, et ceux dans lesquels il est à peu près normal. — Pour les maladies du rein, après avoir indiqué les moyens de constater l'albuminurie, il prend d'abord les cas dans lesquels l'urine est albumineuse, et il étudie successivement les cas où l'urine contient des fontes de tube, ceux dans lesquels elle ne contient pas de fontes de tubes et dépose du pus; ceux dans lesquels l'urine contient de l'albumine, mais non des fontes; où elle dépose du sang, ou en est teinte; il examine ensuite les cas dans lesquels les urines contiennent du sucre, puis ceux dans lesquels elle forme un dépôt, etc.

On voit par cet exemple que Fenwick suppose que l'on a tout d'abord été mis sur la trace de l'albuminurie, de la glycosurie, etc., et qu'il ne s'inquiète pour ainsi dire pas des faits si fréquents, où l'on n'a pour se guider que des symptômes insignifiants. C'est ainsi, du reste, que l'on doit débuter dans l'étude de la médecine, et nous craignons que les traducteurs n'aient pas bien compris ce que nous croyons être la pensée de l'auteur. « Nous prions les médecins, disent-ils, de nous indiquer les améliorations dont ils croiront l'introduction désirable, ainsi que les lacunes qui peuvent exister dans le diagnostic de certaines maladies, les *cas intéressants* par exemple. »

Si nous ne nous trompons, ce désir va juste à l'encontre de l'intention de Fenwick. Il est évident, du reste, que dans un petit volume de 400 pages, on ne peut vouloir faire entrer toute la médecine, et que les lacunes doivent être nombreuses; aussi avons-nous cru complétement inutile de faire quelques critiques de détail.

Nous engageons aussi les traducteurs à modifier dans une autre édition, certains mots dont la traduction nous semble au moins imparfaite. Ce qu'ils décrivent sous le nom de fontes est connu en France sous le nom de cylindres; le nucleus s'appelle le noyau; le foie élargi est le foie augmenté de volume, etc. Enfin la description des instruments employés dans le diagnostic ne nous paraît pas heureuse et ressemble par trop à un catalogue d'instruments de chirurgie.

Nous aurions préféré de beaucoup l'indication des règles principales de la percussion, de l'auscultation, des précautions que l'on doit suivre pour prendre la température, etc. A. S.

CORRESPONDANCE

Concours à l'Ecole de Toulouse.

Toulouse, 25 novembre.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Un concours pour une place de professeur suppléant d'*anatomie* et de *physiologie* était ouvert a l'école de médecine de Toulouse. Deux candidats étaient en présence : M. *Maynard*, chef des travaux anatomiques, et M. *Fontagnères*, médecin des hôpitaux.

Les épreuves du concours ont été les suivantes : Première épreuve : Composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie (cinq heures étaient accordées) : *Anatomie du poumon, de l'hématose*. — Deuxième épreuve : Leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation sans livres, ni notes : *Physiologie de la moelle épinière*. — Troisième épreuve. Leçon orale d'une heure, après 24 heures de préparation libre : *Système dentaire*. 4e épreuve : Appréciation des titres scientifiques.

M. Fontagnères qui a obtenu 154 points contre 148 donnés à M. Maynard, a été nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie. Nous devons ajouter que M. le Président du jury en proclamant le résultat, a fait remarquer que les can-

didats s'[illegible]t montrés [illegible] M. Fontagnères était nommé, il le devait *à sa grande facilité d'élocution, à sa diction et à son style.* Vous ne vous étonnerez pas assurément, M. le Rédacteur, à voir intervenir toutes ces qualités dans un concours pour une place d'*anatomie* et de *physiologie*, cependant telle est l'exacte vérité.

Sous peu, les professeurs de mathématiques eux-mêmes, seront tenus d'être éloquents, et de posséder une diction parfaite, je ne sais si les anatomistes de Paris partagent cet avis en ce qui concerne l'anatomie ; je crois, au contraire, qu'il serait préférable de voir réussir un candidat connaissant bien l'anatomie et se faisant comprendre des élèves, au lieu d'un homme qui n'a jamais tenu un scalpel, et qui très-certainement serait dans l'impossibilité la plus complète, s'il y était obligé, de disséquer le trajet intra-crânien du facial, ou de tout autre nerf. Cependant, grâce encore au décret de ce regrettable et regretté ministre, M. de Cumont, qui a éloigné du programme toute épreuve pratique, voilà ce qui arrive ; ajoutez à cela le scrutin secret, et vous comprendrez facilement le mot que je ne dois ni ne peux dire, mais qui a été prononcé bien haut par les élèves qui ont suivi les épreuves du c[illegible] . . . L. C.

NÉCROLOGIE

Les obsèques de M. Giraldès ont eu lieu lundi dernier, au milieu d'un concours empressé de professeurs de l'Ecole de Médecine, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, de membres de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc. Voici les discours qui ont été prononcés sur la tombe de notre très-cher et très-regretté maître.

Discours de M. A. Guérin.

Messieurs,

L'Académicien dont la dépouille mortelle vient d'être descendue dans la tombe, était un savant et un homme d'honneur. Il est mort pauvre, et il avait plus de mérite qu'il n'en faut pour conquérir des richesses, quand on se préoccupe moins de la science que de la fortune. Giraldès, d'origine portugaise, vint de bonne heure à Paris, il y étudia la médecine et devint un interne distingué des hôpitaux. Il allait achever son internat, lorsqu'il fut nommé, au concours, prosecteur de l'amphithéâtre de Clamart. Il avait 26 ou 28 ans ; une longue perspective de bonheur s'ouvrait devant lui ; il pouvait se bercer des rêves qui font de la jeunesse le temps le plus doux et le plus regretté de la vie.

Passionné pour l'étude, il passait ses journées tout entières à l'amphithéâtre, contrôlant ce que les anatomistes avaient enseigné, et cherchant à faire progresser une science pour laquelle il avait une aptitude et un goût qui ne se sont jamais démentis.

Doué de qualités qui conduisent aux grandes découvertes, il eût peut-être le tort de se laisser un peu distraire par la critique qui rend sans doute des services, mais qui peut arrêter l'essor des grandes conceptions.

Giraldès avait l'érudition d'un bénédictin. Fort versé, surtout dans la connaissance des travaux de nos voisins d'outre-Manche, il se plaisait à leur rendre un hommage qui n'eût peut-être pas été aussi enthousiaste si notre collègue avait trouvé en France une complete rémunération de son dévouement à la science. Il eut le malheur de se vouer à la chirurgie, sans avoir les yeux et la main qui font le grand opérateur.

Assurément, l'art opératoire n'est qu'une partie de la chirurgie, et quand [illegible] pas guidé par un jugement sain, par des connaissances uniques et par une grande probité, il devient le plus dangereux de tous les arts ; [illegible] l'habileté opératoire est ce qui séduit le plus le public qui se passionne [illegible] pour un prestidigitateur inconscient du mal qu'il peut faire. Giraldès [illegible] un chirurgien [illegible], prudent, réservé, mais il opérait lentement, [illegible] à s'éclairer dans la voie suivie par son bistouri. Cette prudence lui [illegible] d'ailleurs commandée par l'état de ses yeux affectés d'une myopie très-[illegible]née. Bientôt ce fut pire encore ; un jour à l'hôpital de la Charité, une [illegible] de ciseaux se brisa entre ses mains et lui creva un œil. A dater de ce [illegible], il ne put opérer qu'en s'aidant du toucher, et l'on s'étonnait qu'il [illegible] dans de pareilles conditions, mener à bonne fin les opérations les plus [illegible].

C'était assez pour guérir les malades et pour satisfaire la passion de sauvetage, sans laquelle on n'est vraiment pas médecin, mais c'était insuffisant pour arriver à la renommée et à la vogue qui [illegible] à la fortune.

Si Giraldès était entré au Muséum, s'il n'avait fait que de l'anatomie, il eût conquis, je n'en doute pas, une illustration impérissable. Son goût le portait, d'ailleurs, vers les études anatomiques. Ses travaux sur l'œil, sur le sinus maxillaire, sur l'embryologie, etc., disent assez ce que l'on eût pu attendre d'un esprit aussi ingénieux et [illegible]. Cette [illegible], [illegible]urs, sa [illegible] une voie pour laquelle il avait une aptitude [illegible]. Tous ses [illegible], toutes ses communications sur la chirurgie portent l'empreinte d'une grande sévérité d'observation, et son livre sur les maladies chirurgicales des enfants suffirait à la gloire d'un clinicien.

Ardent dans les discussions, il aimait la lutte et les controverses. Aussi les argumentations pour les chaires de professeurs n'étaient-elles point pour lui une cause d'effroi. Il comptait avec raison sur son érudition et sur la subtilité de son esprit pour attaquer et pour se défendre. Ces luttes brillantes le dédommageaient des déceptions de sa carrière hospitalière qui n'avait pas été heureuse. Malgré son érudition et les autres qualités de son esprit, il avait plus de quarante ans, quand il devint chirurgien des hôpitaux.

Il avait une âme trop vigoureusement trempée pour se laisser abattre par la mauvaise fortune, mais il souffrit longtemps de ne pas avoir atteint le but qu'il avait visé au commencement de sa carrière. Trop fier pour implorer un appui, il sut toujours sacrifier ses intérêts à ses convictions. Un jour à l'hôpital de la Pitié, il tint publiquement des propos que l'on jugea séditieux. on le dénonça, il fut menacé de destitution, enfin on se contenta de le suspendre de ses fonctions bien qu'il n'eût fait aucune démarche pour modérer le coup qui allait le frapper.

Dans sa jeunesse, pendant qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu, il s'enrôla comme artilleur dans l'armée de Don Pedro, sans se soucier du danger d'une pareille expédition et de sa carrière médicale qu'il pouvait compromettre.

Ce n'était pas seulement un savant, c'était un homme doué de qualités chevaleresques. Comme académicien, il était un membre actif de notre Compagnie, déjà, il avait lu un important travail et des rapports dont les conclusions avaient été longuement et sagement muries.

Tout récemment encore il prenait une part active à une discussion peut-être trop longuement débattue, mais pour laquelle il se passionnait, ne pouvant entendre mettre en question des lois qu'il considérait comme mathématiquement démontrées.

Sa vie tout entière a été consacrée à l'étude, dans les nombreuses sociétés dont il était membre, il était toujours prêt à parler. Le jour de sa mort il avait assisté à la *Société anatomique*; le soir il travaillait à la bibliothèque de l'Ecole quand il ressentit une angoisse précordiale et demanda du secours, on le mit dans une voiture La mort l'y frappa presque aussitôt et sa femme, éplorée, ne reçut qu'un cadavre. Il est mort presque sans douleur. Combien une pareille fin est préférable à celle qui n'arrive qu'après une longue agonie ! Il est mort d'un seul coup et sans les infirmités qui sont de nature à effrayer les âmes les mieux trempées.

Pour un homme qui a fait son devoir la mort n'est qu'une phase de l'évolution des âmes qui partent pour une vie meilleure. Ne pleurons donc pas notre collègue, plaignons ceux qui l'ont aimé et ne le reverront plus.

Discours de M. le professeur Le Fort.

Messieurs,

C'est au nom de la *Société de Chirurgie* que je viens dire à notre regretté collègue, si brusquement frappé, un dernier adieu. M. Giraldès tenait parmi nous une place importante ; il la devait à son zèle pour la science, à sa vaste érudition qui lui rendait familiers tous les travaux publiés à l'étranger. Passionné pour la chirurgie, il était assidu à nos séances, y prenait une part active et déployait dans les luttes courtoises de la tribune scientifique, cette même ardeur avec laquelle il s'était livré dans le silence du cabinet à l'étude des questions que soulève incessamment le progrès de la science. Il y déployait une verve et une activité remarquables, sa mémoire, toujours prête, lui fournissait incessamment des citations, des arguments, des preuves qui faisaient de lui un collègue toujours écouté et souvent un adversaire redoutable lorsque la discussion d'une innovation chirurgicale soulevait une revendication de priorité.

Ce n'était pas seulement par l'érudition que M. Giraldès tenait à la Société de Chirurgie une place importante. Le laboratoire, l'hôpital furent aussi le champ où il déploya son activité. Ses travaux, ses expériences sur les *injections de perchlorure de fer*, sur le mode d'action de cet agent thérapeutique servent encore de guide aux chirurgiens, ses *recherches sur les kystes [illegible] du maxillaire*, sur les *kystes congénitaux des organes de la génération*, sur les *abcès [illegible] de la mamelle des nouveau-nés*, sur la *petite [illegible]*, sur les *affections des os* montrent que chez M. Giraldès l'[illegible] de pair avec l'érudition.

Chargé [illegible] l'hôpital, il apportait aussi à la Société de chirurgie les enseignements qu'il puisait dans sa pratique ; chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, il consacra surtout ses efforts, dans la seconde [illegible] de sa carrière, à l'étude de la pathologie chirurgicale de l'enfance, et ses [illegible] ont résumé la vaste et solide expérience que lui donnait la direction d'un important service spécial.

La mort est venue brusquement terminer une carrière si dignement remplie ; rien ne nous préparait à ce deuil qui nous frappe, et qui rend si [illegible] les adieux qu'au nom de nos collègues de la Société de chirurgie, je viens adresser à M. Giraldès : adieu ! Giraldès, adieu !

Discours de M. le D[r] Périer.

Messieurs,

Je viens au nom de la Société anatomique, rendre un dernier hommage à l'un de ses membres les plus vénérés.

Membre adjoint en 1830, titulaire en 1835, secrétaire en 1836 et en 1837, membre honoraire en 1838, M. Giraldès n'a cessé

de prendre la part la plus active à nos travaux. Il passait à bon droit pour l'un des oracles de la Société. Dans toutes les questions litigieuses, ce n'était jamais en vain que l'on faisait appel à son immense érudition, non plus qu'à ses connaissances pratiques si variées et si étendues. Ce n'est pas ici le lieu de parler des nombreux travaux dont il a enrichi nos Bulletins, notre Société ne manquera pas de payer bientôt à la mémoire de leur auteur un tribut de justes éloges. Ce que je veux seulement rappeler, non sans une émotion légitime, c'est qu'il a fini sa carrière au milieu de nous. La mort l'a frappé au sortir de notre dernière séance. C'était un jour d'élection, il était venu, affable et tout joyeux, donner sa voix à ceux des candidats qu'il avait vus à l'œuvre, et dont il appréciait les mérites; puis il avait pris sa part habituelle à nos discussions, en y donnant une dernière et bien étonnante preuve de cette érudition que l'on admirait en lui. Aussi sa perte est-elle pour nous un deuil cruel ; elle fait dans nos rangs un vide qui de longtemps ne sera comblé.

Puisqu'il m'est donné de pouvoir parler au nom de mes collègues, qu'il me soit permis de joindre à notre dernier adieu le témoignage d'une reconnaissance personnelle pour les marques d'amitié et les bons conseils qu'il m'a toujours prodigués.

Discours de M. A. Moreau.

Giraldès, fils d'un consul Portugais, est venu à Paris étudier la médecine. Les études anatomiques le séduisirent et il s'appliqua auprès du célèbre de Blainville à l'anatomie comparée. Cette passion qui vécut autant que lui le portait vers une carrière scientifique, mais la nécessité de vivre, en fit un praticien.

Agrégé à la Faculté de Médecine, puis chirurgien des hôpitaux, il remplissait au mois de juin 1848 les fonctions de chirurgien à l'hôpital des Cliniques; quand le calme revint, le bruit se répandit qu'une liste de chirurgiens, sur laquelle il ne figurait pas, était présentée pour la décoration ; tous les malades confiés à ses soins signèrent une demande pour qu'il fût porté sur la liste. C'est ainsi qu'il reçut la croix. Plus tard son ardeur pour la science lui fut fatale. C'était à la Charité, il examinait de près une pièce anatomique dont la dissection n'était pas achevée, la fatalité voulut que les cartilages du larynx fussent ossifiés. Les ciseaux se brisèrent et la pointe projetée lui perça un œil.

Victime de son ardeur, il put encore exercer la chirurgie, grâce à ses excellentes études anatomiques. Je l'ai vu pratiquer sur un enfant l'opération de la taille ; je le suivais avec anxiété, mais avec quelle joie et quelle admiration je le vis mener à bonne fin cette opération, dans laquelle il vérifiait et s'assurait par le toucher de l'exacte position du bistouri.

Giraldès fut un des fondateurs de la Société de Biologie; il possédait naturellement et avait développé par ses longues études, l'amour de la rigueur scientifique. L'analogie, dit-il justement, est parfois un précieux auxiliaire mais ne peut être invoquée avec fruit qu'à la condition de nous conduire vers une démonstration. C'est ainsi qu'il s'exprime dans une de ses publications sur un sujet d'anatomie. Si nous nous reportons aux conseils de nos maîtres — Chevreul, Cl. Bernard — qui recommandent dans les sciences expérimentales de vérifier les inductions que nous inspire la connaissance des faits les plus solidement établis, nous voyons que c'est le même besoin de rigueur qui vivait chez Giraldès, et qui vit chez tous les vrais savants. C'est cet esprit qui anime la Société de Biologie. Je voudrais vous parler de l'originalité franche et de bon aloi de notre collègue, de sa verve, de son ardeur, de cette jeunesse d'esprit qu'il conserva, je le sais, jusqu'au dernier jour. Mais notre Société est en deuil : aujourd'hui Giraldès, hier Lorain sont emportés et si brusquement arrachés d'entre nous que l'affection de leurs amis a beau être vive, que la tendresse de leurs épouses a beau être ardente, ils apprendront que tout est fini avant de savoir qu'ils ont à s'inquiéter.

Puissent nos regrets, puissent nos souvenirs affectueux consoler celles qui ont tout perdu, celles à qui la mort violente et brutale, comme sur les champs de bataille, enlève même la consolation des adieux échangés !

Discours de M. le Dr Worms.

Permettez-moi, Messieurs, de rappeler en ce moment suprême, les services que M. Giraldès a rendus à la Compagnie du Nord, dont il a été, pendant 10 ans le chirurgien en chef.

Dans cette vie si bien remplie, l'amour du bien rivalisait avec l'amour de la science. Rien n'a fait éclater davantage cette ardente préoccupation que la sollicitude qu'il apportait dans ses fonctions.

Au milieu de ces luttes que l'industrie des chemins de fer livre au temps et à l'espace, les grandes catastrophes sont heureusement rares, mais tous les jours il tombe d'humbles victimes. C'est auprès de ceux-là que M. Giraldès deployait, avec une tendresse infinie, tout ce que la science offrait de ressources, tout ce que son cœur renfermait de bonté.

Ni l'éloignement, ni la rigueur de la saison ne l'arrêtaient : au premier appel, il accourait. Il effaçait les fatigues de l'âge par sa foi toujours jeune dans la noblesse de sa profession.

Tant de vigilance et tant de sollicitude unies à la bienveillance la plus grande, devaient faire naître autour de M. Giraldès de vrais dévouements et de solides amitiés.

A la Compagnie du Nord, dans toute la hiérarchie du personnel, il n'avait que des amis. Sa mort si inattendue laisse un grand vide et de profonds regrets.

Puisse l'expression de ce sentiment adoucir la douleur de ceux qui pleurent près de cette tombe celui qui fut un grand savant et le meilleur des hommes.

VARIA

Certificat de grammaire.

Le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante : Monsieur le Recteur, l'article 6 du décret du 14 juillet 1875, ayant imposé aux élèves en pharmacie l'obligation de régulariser leur stage en produisant, avant le 1er janvier 1876, le certificat de grammaire, j'ai décidé qu'une session extraordinaire serait ouverte à cet effet, le 15 décembre prochain.

Je vous prie de vouloir bien assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution de cette décision, et d'éclairer les intéressés sur la portée véritable de la disposition précitée, dont le sens a paru faire quelque doute. Le défaut de justification du certificat de grammaire dans le délai prescrit par l'article 6, n'a pas pour effet d'invalider le stage antérieurement accompli, mais seulement de le suspendre jusqu'à production du certificat dont il s'agit. Recevez, etc. *Signé :* H. Wallon.

Congrès périodique international des sciences médicales. Genève, 1877.

En suite de la décision prise au Congrès médical de Bruxelles, désignant la Suisse comme siége de la prochaine session du Congrès périodique international des sciences médicales, des négociations ont été ouvertes avec le Comité central suisse de Genève, qui a accepté l'honneur qui lui était offert. Un comité s'est, en conséquence, constitué à Genève, en vue de l'organisation de la réunion qui s'y tiendra en 1877. Il est formé de *dix* membres : cinq délégués de la Société médicale du canton de Genève, savoir : MM. les Drs *Cl. Lombard*, *Revilliod*, *Figuière*, *d'Espine* et *Dunant*.

Cinq délégués de la Section des sciences de l'Institut national Genevois, savoir : MM. les professeurs *C. Vogt*, *Julliard* fils, *Reverdin*, *Prévost* et *Mayor*. Le Comité a tenu le 18 novembre sa première séance et a fait les nominations suivantes : *Président*, professeur *Vogt;* — *Vice-président*, Dr *Lombard;* — *Secrétaire général*, Dr *Prévost;* — *Secrétaires adjoints*, Drs *Reverdin* et *d'Espine*.

Concours de la Société académique de Saint-Quentin.

Hygiène publique. — Etudier l'influence exercée sur la qualité de la viande par l'alimentation des animaux destinés à la boucherie, au moyen des résidus de sucreries, distilleries, brasseries et féculeries. Ces concours seront clos le 1er mars 1876.

Dispositions générales. — Les mémoires doivent être inédits et porter une épigraphe. Cette épigraphe sera répétée sur l'enveloppe d'un billet cacheté, qui contiendra le nom et l'adresse de l'auteur. Le prix consistera en une médaille d'or. Les mémoires couronnés seront publiés en totalité ou en partie dans les annales de la Société, après décision de la commission d'impression. Les manuscrits ne seront pas rendus, mais les auteurs pourront, avec l'autorisation de la Société, en faire prendre copie à leurs frais. (*Bordeaux médical.*)

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux tous les dimanches, à 9 heures et 1/2.

Hôpital Saint-Louis : Service de M. Lailler. Consultations le mercredi à 8 h. 1/2 Examen des malades, vendredi à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Foy : 2, lupus tuberculeux de la face; 4, scrofule, rupia; 6, pityriasis non parasitaire; 7, gomme du voile du palais ? ; 9, couperose; 11, ulcérations syphilitiques des mollets, hémiplégie gauche incomplète; 14, tricophytie cutanée; 21, lupus tuberculeux de la face; 26, ictère, prurigo, ecthyma Teignes : tondante, faveuse, pelade. — Salle Saint-Mathieu (H.) : 23, lupus rodens de la narine gauche; 31, phlébite variqueuse; 30, syphilide tuberculo-ulcéreuse; 42, zona, thorax gauche; 43, syphilis, exostoses; 47, gomme du scrotum; 49, pelade; 52, ulcérations serpigineuses des mollets; 58 pemphigus généralisé; 60, plaques muqueuses de la langue; 61, varices lymphatiques; 65, lupus de la face; 68, icthyose; 75, tricophytie cutanée; 79, cancroïde de la face. Teignes : faveuse, tondante, pelade.

Service de M. Guibout. Salle Henri IV (F.) : 68, syphilis acnéiforme; 45, scrofule : cutanée, osseuse (syphilis ?) 58, syphilis maligne précoce. — Salle Saint-Charles (H.) : 20, ecthyma, rupia, syphilitiques; 21, acné hypertrophique du nez; 59, psoriasis circinné. Consultations le vendredi. Maladies des femmes le lundi.

Service de M. HARDY. Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Examen le vendredi. Salle Saint-Jean (F. : 4, 5, psoriasis; 8, eczéma de la face, syphilis; 56, lupus; 58, psoriasis circinné; 74, eczéma et scrofule. — Salle Saint-Jean (H.) : 10, chancre de la lèvre, syphilides; 20; eczéma fendillé; 24, kéloïde spoutanée; 34, acné hypertrophique du nez; 40, ictère et prurigo; 52, syphilides tertiaires malignes précoces.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL. Salle Saiut-Augustin (H.) : 2, cicatrice vicieuse de l'avaut-bras, griffe de la main, section des muscles fléchisseurs superficiels, redressement; 3, syphilôme vulvaire de la période tertiaire; 10, nécrose du gros orteil, affection cardiaque, athérome; 12, ovaralgie, nombreuses métrorrhagies; 15, 16, 17, 23, tumeurs du sein; 25, kyste hydatique du foie, ponction capillaire, en voie de guérison, 28, fistule vésico-vaginale. — Salle Saint-Louis (H.) : 10, rétrécissement syphilitique du rectum; 12, fistules périuréo-rectales multiples; 14, nécrose centrale du fémur, trépanation; 30, épithélioma du dos du nez; 32, tumeur du rectum; 33, néphrite traumatique; 34, périostite phlegmoneuse du corps du fémur; 35, ulcère tuberculeux du palais, 57, arthrite du genou à début brusque; 59, fracture (avec plaie) de l'astragale, luxation, résection. — Leçons les lundis, mercredis et vendredis à 9 heures.

Hôtel-Dieu. — *Médecine.* Service de M. BÉHIER. Salle Saiute-Jeanne (H.) : 2, 3, 5, 29. 37, affection cardiaque; 9, 24, paralysie générale; 14, mal de Bright. — Salle Sainte-Aune (F.) : 4, paralysie générale; 6 sclérodermie; 10, péritonite cancéreuse; 11, sclérose en plaques; 19 bis, goître ophthalmique; 20, paralysie cousécutive à une fièvre typhoïde; 24 bis, aphonie nerveuse; 29, ulcère tuberculeux de la langue; 5, albuminurie, éclampsie.

Service de M MOISSENET. Salle Ste-Jeanne (H.) : 51, 55. pleurésie; 52, encéphalopathie saturnine, amaurose; 57, ataxie locomotrice, syphilis; 65, pérityphlite; 73, myélite traumatique chronique. — Salle Saint-Roch (F : 3, 10, néphrite parenchymateuse; 16, abcès du ligament large; 6, tumeur cérébrale syphilitique.

Service de M. GUÉNEAU DE MUSSY. Salle Saiut-Bernard (H.) : 10, gangrène sénile; 13, hernie ancienne du poumou; 14, vertiges chez un syphilitique; 18, manie rhumatismale; 29, mal de Pott, compression de la moelle, troubles trophiques. — Salle Saint-Pierre (F.) : 5, affection cardiaque; 11, hémiopie.

Service de M FAUVEL. Salle Saint-Landry (H.) : 9, 11, 18, fièvre typhoïde; 8, purpura; 3, diabète avec cirrhose. — Salle Saint-Joseph (F. : 11, goître exophthalmique; 23, pelvi-péritouite; 15 bis, endo-péricardite.

Service de M OULMONT Salle Saint-Raphaël (H : 3, myélite chronique; 4, délire alcoolique; 14. encéphalopathie saturnine. — Salle Sainte-Mouique (F.) : Périostites circonscrites multiples de la face; 3. tumeur cérébrale; 4, ictère dans la grossesse; 6, méningo-myélite; 7, paralysie hystérique; 8, 26, chorée; 15. pleurésie et péritonite tuberculeuse.

Chirurgie. Service de M. RICHET. Cliniques les mardis et samedis à 9 h. 1/2. — Salle Sainte-Marthe (H. : 2, osteite du tibia; 6, blessure par arme à feu de la voûte palatine; 8, fracture du crâne; 10, résection du maxillaire iuférieur; 12, cystite purulente; 17, 16, 46, synovites; 18, arrachement du ligament latéral interne du genou; 19. nécrose du fémur; 22 abcès multiples.

Service de M. GUÉRIN. Leçons cliuiques les lundis, à 9 h. 1/2.— Salle St-Antoine (H.): 23 et 31, tarsalgie; 27; carie du bassin; 10, genu valgum, opéré. — Salle Saint-Maurice (F.) : 5, kyste médian du corps thyroïde; 21, pelvi-péritonite et hystérôme; 14, contusion du foie, fracture de côtes; 19, rétrécissement inflammatoire du rectum.

Service de M. HÉRARD. Salle Saint-Landry (H) : cachexie palustre; 23, 25, goutte, mal de Bright; 31, myélite subaiguë. — Salle Saint-François (F.) : cirrhose du foie. — Salle Saint-Pierre (F. : 24, rhumatisme noueux; 25, chorée; 30, péritonite chronique. — Visite et interrogatiou des malades tous les jours à 8 h. 1/2.

Service de M. FRÉMY. Salle Sainte-Martine (H. : 2, auévrysme de l'aorte; 5, pleuro-pneumonie gauche; 13, pleurésie purulente droite. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, ulcère rond; 10 et 11, rétrécissement et insuffisance mitrales.

Hôpital Lariboisière. Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève : 1. 4, pelvi-péritonite; 11, myélite parenchymateuse; 14, pneumonie; 16 pleurésie, 18. torticolis. affection mitrale; 24, rhumatisme articulaire aigu; 33. kyste de l'ovaire; 34, coxalgie. — Salle Saint-Augustin bis : 11, affection mitrale, cirrhose, ascite; 16, fièvre typhoïde; 17, atrophie musculaire progressive; 23 bis, purpura, hémorrhagie; 25; cancer de l'estomac; 28, ataxie locomotrice.

Service de M. RAYNAUD. Salle Sainte-Mathilde : 12, pleurésie; 3, fièvre typhoïde; 21, empyème; 22. insuffisance mitrale; 31, rhumatisme cérébral; 32, métrite. — Salle Saiut-Landry ; 2, rhumatisme blennorrhagique; 6, 14, pneumonie; 8, rhumatisme articulaire aigu, 10, spermatorrhée; 15, pleurésie double; 16, diabète; 20, gastrite chronique; 23, ataxie locomotrice; 33, congestion cérébrale.

Service de M. TILLAUX. Salle Sainte-Jeanne : 2, fracture directe de l'extrémité inférieure du radius; 8, hématocèle pelvienne; 5, rétrécissement syphilitique du rectum; 8, fracture de jambe; 10, ostéosarcome du pied; 16, fracture de la colonne vertébrale; 19, carie de la branche ischio-pubienne; 21, épithélioma opéré du talon; 30, amputation du 3e métacarpien; 31, otite externe, abcès sous-périostique de l'apophyse mastoïde.

Service de M. ISAMBERT Examen au laryngoscope le veudredi.

Service de M. PANAS. Opérations chirurgicales le mardi, opérations sur les *yeux* le jeudi (Salle Helmotz).

Service de M. TILLAUX. *Maladies des oreilles* le dimanche à 9 h. 1/2. Salle de la consultation).

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. ARCHAMBAULT. Clinique le veudredi à 9 h. Salle Sainte Geneviève : 6, diabète; 9, méniugite tuberculeuse; 10, pneumonie; 15, chorée (sulfate d'atropine); 17, coqueluche; 19, broncho-pneumonie; 22, fièvre typhoïde; 26, fièvre typhoïde; 25, angine couenneuse. — Salle Saint-Louis : 7, 27, 28, croups en voie de guérison; 10 péricardite, insuffisance mitrale; 12, phymie aiguë; 15, kyste hydatique du foie en voie de perforation; 16, chorée cardiaque; 22, pneumonie catarrhale; 28. insuffisance mitrale et péricardite.

Service de M. BOUCHUT Clinique le mardi à 9 h. 1/2. Salle Sainte-Catherine : 4 fièvre typhoïde; 7, mal de Pott (épilepsie spinale); 9, congestion pulmonaire; 12, angine grave; 17, varioloïde; 18, stomatite ulcéro-membraneuse; 19, abcès de la région abdominale; 20, syndactylie des 4 membres; 21, fièvre typhoïde grave; 25, angine, diphthérie; 33, pneumonie; 35, 36, 15, 50, coqueluche; 50, tumeur blanche du coude, tuberculeuse; 52 à 60, chorées.

Service de M. LABRIC. Consultation le vendredi. Salle Saint-Jean : 5, pleurésie rhumatismale; 7, croup d'emblée; 10, albuminurie (triple bruit cardiaque); 13, scarlatine; 16, rougeole; 17, variole; 19, pneumonie; 23, stomatite ulcéro-membraneuse; 26, angine diphthérique; 28, coqueluche; 32, pleurésie gauche; 38, croup opéré, 44, insuffisance mitrale; 45. chorée.

Service de M. BLACHEZ. Clinique le samedi à 9 h. Salle Saint-Ferdinand-coxalgie; 41, atrophie musculaire; 43, paralysie pseudo-hypertrophique; 45, insuffisance du trou de Botal.

Service de M. SIMON Salle Sainte-Marie : coxalgies, mal de Pott, paralysies de l'enfance — Clinique le samedi à 9 h.

Chirurgie. Service de M. SAINT GERMAIN. Clinique le jeudi à 9 h, Salle Saiute-Pauline : 7 kyste hématique; 14, spina ventosa; 12, fracture de l'olécrâne. — Salle Saiut-Louis : 8, tumeur érectile, plus quelques fractures et coxalgies.

Service spécial des varioleux. Salles Saint-Luce et Saiut-Vincent.

Enseignement médical libre.

Hôtel-Dieu. — *Cours clinique* sur les *maladies de l'utérus.* — M. Alphonse GUÉRIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ce cours le lundi 6 décembre, à 9 h. 1/2. dans l'amphithéâtre n° 2, et le continuera à la même heure le lundi de chaque semaine.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1,851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 26 novembre 1875, on a constaté 770 décès, savoir : Variole, 2; — rougeole 2; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 27; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 33; — pneumonie, 49; — dyssenterie, 1; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1; — choléra nostras, »; — angine couenneuse, 11; — croup, 21; — affections puerpérales, 5, — autres affections aiguës, 219; — affectious chroniques, 350 dont 146 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 31; — causes accidentelles, 13.

LONDRES. — Population 3 445.160 habitants. Décès du 14 au 20 novembre, 1.603, savoir : variole, 1; — rougeole, 51; — scarlatine, 96; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 9; — bronchite, 213; — pneumonie, 113; — dyssenterie, 2; — diarrhée, 30; — choléra nostras, 1; — diphthérie, 14; — croup, 17; — coqueluche, 63.

CONCOURS. — *Externat.* — 23 novembre, de la contusion; — 27 novembre, des ventouses; leur application; — 30 novembre, signes et diagnostic des fractures.

— Par arrêté en date du 22 novembre 1875, un concours pour un emploi des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, sera ouvert le 1er juin 1876, à l'école de médecine de Toulouse.

— Par arrêté en date du 23 novembre 1875, un concours pour un emploi de suppléant aux chaires de cliuique et de pathologie internes, s'ouvrira le 1er juin 1876, à l'école de médecine de Besançon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du coucours.

NÉCROLOGIE — L'*Union républicaine de l'Eure* annonce la mort de M. le Dr Bigourdan (de St-Aubin-le-Vertueux, près Bernay).

Aux bureaux du **PROGRÈS**

BOURNEVILLE et VOULET. De la contracture hystérique permanente; interprétation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. In-8 compact de 1.. pages. 2 fr. 50 (*franco*).

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies par BOURNEVILLE. Tome 1 : Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie, etc. *2e édition*. Vol. in-8 de 428 pages avec 27 figures dans le texte, 9 planches en chromo-lithographie et une eau-forte. Prix : 13 francs.

DUPLAY (S.) Leçon sur les périarthrites coxo-fémorales. Maladie des bourses séreuses péritrochantériennes et du grand trochanter, simulant la coxalgie, recueillie par DUBET. In-8 de 20 pages. 60 cent.

FERRIER.— Recherches exprimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur par H. DURET. In-8° de 80 pages. 2 fr Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 25. *franco*.

MARCANO (G.) Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate et de la hernie crurale étranglée. In-8. 50 cent.

MARCANO (G.) De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon. In-8. 50 cent.

TERRILLON. Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques. In-8 de 22 pages, 60 centimes.

THAON (L.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose ; in-8° de 104 pages, avec deux planches en chromo-lithographie. 3 fr. 50 — Pour nos abonnés 2 fr. 50 *franco*.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, ... PLESSIS.

3e ANNÉE. — N° 50 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 DÉCEMBRE 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du vertige de Ménière. — Traitement par le sulfate de quinine.

Leçon recueillie par BOURNEVILLE.

Messieurs,

J'ai pensé qu'il y aurait intérêt à inaugurer les Conférences de cette année en vous montrant, à la Salpêtrière — c'est-à-dire dans un établissement consacré pour une large part aux cas chroniques réputés incurables—deux exemples de guérison ou tout au moins d'amendement équivalant, ou peut s'en faut, à une guérison. Le terme de maladies incurables, cela va de soi, ne saurait être pris dans un sens absolu, car s'il s'applique aux cas qui réellement ne comportent pas de remède, il s'applique aussi à ceux pour lesquels le remède n'a pas encore été trouvé, mais peut être trouvé.

Les faits qui vont vous être présentés forment deux groupes bien distincts ; dans l'un la guérison ou l'amendement se sont produits spontanément, sans l'intervention de l'art; dans l'autre ils ont été voulus, cherchés, prémédités. J'insisterai particulièrement sur un cas qui appartient au dernier groupe.

Il s'agit, Messieurs, d'une malade que je vous ai fait voir pour la première fois il y a deux ans et que je vous ai montrée de nouveau l'an passé. Je n'entrerai pas dans de longs développements à propos de l'histoire clinique de ce cas ; vous pouvez la lire dans le *Progrès Médical* (1) qui en a consigné tous les détails. Elle a été reproduite, d'ailleurs, dans la plupart des feuilles médicales françaises et étrangères. Je me bornerai à relever les traits les plus saillants de cette histoire afin, surtout, de vous mettre à même de bien reconnaître quel était l'état des choses au moment où la thérapeutique est intervenue.

C'est à mon sens un très-bel exemple de la *maladie de Ménière* ou pour mieux dire *vertige de Ménière* ; car le syndrôme auquel se rapportent ces dénominations ne répond pas exclusivement à un seul état morbide, il peut se montrer commun à des affections de l'oreille très-diverses.

La situation à cette époque, c'est-à-dire en mai dernier, était absolument la même qu'en 1874 ; c'est-à-dire que G... était, depuis plusieurs années, littéralement confinée au lit, sous le coup d'un état vertigineux pour ainsi dire permanent, et rendue par là à peu près incapable d'exécuter spontanément des mouvements un peu étendus. Les moindres mouvements communiqués au lit exaspéraient aussi. à un haut degré, la sensation vertigineuse, et beaucoup d'entre vous n'ont pas oublié sans doute l'anxiété profonde peinte sur le visage de la malade, les cris déchirants qu'elle poussait, lorsque nous avons dû, les années précédentes, la faire transporter sur une civière dans la salle des Conférences.

En outre de cet état vertigineux, en quelque sorte habituel, et qu'accompagne un bruissement incessant perçu dans l'oreille, G... était sujette à éprouver de temps à autre de grandes crises vertigineuses. J'ai insisté beaucoup dans le temps, sur la description de ces crises, parce que je crois qu'elles constituent le fait symptomatique fondamental, dans la maladie de Ménière, tandis que l'état vertigineux habituel peut être, en quelque sorte, considéré comme une complication, un épiphénomène, ne se montrant que dans des cas exceptionnels.

Les accès dont il s'agit sont, vous ne l'avez pas oublié, toujours annoncés et immédiatement précédés par la sensation d'un bruit aigu, perçant, qui survient tout à coup, inopinément, et qui chez G..., en particulier, — comme d'ailleurs, chez beaucoup d'autres malades du même genre, — simule, paraît-il, jusqu'à s'y méprendre, le bruit strident d'un sifflet de chemin de fer. J'ai été amené à considérer ce brusque sifflement comme un des éléments constants nécessaires et par conséquent, comme un caractère du *vertigo ab aure læsa*. Tout récemment M. le Dr Lussana, dans une série d'articles intéressants qu'a publiés la *Gazetta medica Italiana Lombardia* (1875, t. XXXV, série VII. T. II, n° 43 et suivants, octobre), a confirmé ce point qui intéresse à la fois la clinique et la physiologie pathologique.

Quant au vertige lui-même, il se montre chez G... conforme au type classique : sensation, succédant au sifflement, d'un brusque mouvement de translation par suite duquel la malade se croit tout à coup, comme par l'impulsion d'une force extérieure, précipitée soit en avant, soit en arrière. Les impulsions dans le sens latéral sont chez elle beaucoup plus rares ; absence de perte de connaissance, nausées et quelquefois vomissement à la fin de l'accès.

Je vous rappelerai en passant que cette sorte d'hallucination motrice, n'est pas, passez-moi l'expression, toujours platonique; je vous ai cité plusieurs cas dans lesquels les malades, effectivement entraînés par le vertige, sont tombés lourdement sur la face ; l'un d'eux s'est fracturé les os du nez ; un autre, dont je vous parlerai dans un instant, s'est cassé plusieurs dents.

Je terminerai en faisant remarquer que, chez G..., la maladie est fort ancienne, les premiers symptômes remontant au-delà de dix années ; qu'il existe du côté gauche une lésion de la caisse avec épaississement de la membrane du tympan et écoulement habituel de pus mêlé de sang.

Actuellement que vous avez présent à l'esprit l'ancien tableau symptomatique, je vais entrer dans quelques développements pour vous dire dans quelles circonstances s'est produit l'amendement qui fait qu'aujourd'hui G... peut se tenir debout, comme vous le voyez, et marcher sans aide ; passer toute la journée tranquillement assise sur un fauteuil, et subir enfin sans trop d'émotion toutes les secousses, tous les ébranlements qu'on lui imprime par curiosité.

Lors de ma conférence relative au vertige de Ménière, faite en 1874, j'émis quelques considérations thérapeutiques. Je relevai entre autres que le verti[illegible] même le plus invétéré, guérissait quelquefois, spontanément, quand le malade devenait complétement et irréparablement sourd, et cessait d'éprouver le sifflement. Je me suis aussi demandé s'il ne serait pas possible de provoquer à dessein, par intervention chirurgicale, ce résultat souvent souhaitable. Je préconisai aussi l'emploi des pointes de feu sur les apophyses mastoïdes. Le moyen que j'ai mis en œuvre dans le cas sur lequel j'appelle votre attention, est à la fois beaucoup plus simple et beaucoup moins radical.

L'idée m'est venue que, à l'aide du sulfate de quinine, qui, chacun le sait, détermine entre autres phénomènes, des bruissements, des bourdonnements d'oreilles plus ou moins accentués, on parviendrait peut-être en prolongeant suffisamment l'emploi de doses assez élevées, à produire des modifications durables dans le fonctionnement du nerf auditif. Le résultat a justifié, vous allez le voir, ces prévisions.

Giraud... a pris le sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour, d'une façon régulière, — à part plusieurs interruptions de quelque jours, nécessitées par des douleurs gastriques, pendant toute la durée du mois de mai et du mois de juin et les 20 premiers jours de juillet.

(1) 1874, n° du 24 janvier.

Vers le commencement de juin, c'est-à-dire environ cinq semaines après le début du traitement, on remarqua que, depuis quelques jours déjà, la malade pouvait être secouée dans son lit, transportée même d'un lit dans un autre, sans pousser des cris de détresse, comme elle le faisait régulièrement en pareil cas.

Interrogée, elle nous apprit que les sifflements aigus avaient, vers la même époque, diminué d'abord d'intensité puis cessé complétement, et du même pas, les grandes crises vertigineuses. Le bourdonnement permanent avait été remplacé par un bruissement tout différent dans son caractère, et qui parait devoir être rattaché à l'action de la quinine. Encouragé par ces premiers résultats, j'engageai G... à se lever et à essayer de se tenir debout, de marcher. Elle refusa tout d'abord énergiquement, redoutant de voir reparaître les vertiges et jugeant d'ailleurs la tentative impraticable, pour ne pas dire plus... J'insistai: enfin, elle consentit et un beau jour, soutenue par deux aides, elle parvint à faire, non sans de grands efforts, deux ou trois pas rendus très-difficiles, paraît-il, par une sensibilité excessive de la plante des pieds, plutôt que par l'état vertigineux. J'exigeai que l'expérience fût répétée chaque jour. Les progrès furent assez rapides, car vers le 20 juillet, époque à laquelle le sulfate de quinine a été supprimé, G... avait pu faire déjà plusieurs fois, avec une démarche assez assurée, sans autre aide que le secours d'une canne, le tour de l'enceinte intérieure de ce vaste hospice. Le mal depuis cette époque n'a fait aucun retour agressif et vous pouvez juger par vous-mêmes, que l'attitude du corps et la démarche ne s'éloignent pas beaucoup chez elle de celles d'une personne en bonne santé. J'ajouterai qu'elle n'est ni plus ni moins sourde qu'auparavant. Ce n'est donc pas, vous voyez, en déterminant la paralysie complète du nerf auditif que le sulfate de quinine aurait agi dans ce cas.

Le fait sur lequel je viens d'appeler votre attention n'est pas unique dans son genre, j'en pourrais citer plusieurs autres où l'heureuse influence de l'usage prolongé du sulfate de quinine a été constatée. Je me bornerai à citer l'un d'eux particulièrement, intéressant, parce que le résultat obtenu a été contrôlé par plusieurs confrères.

Je fus appelé, en juin 1875, pour donner mon avis concernant l'état d'une dame, âgée d'une trentaine d'années, qui, depuis dix-huit mois, était devenue sujette à des crises épileptiformes, disait-on, ou, tout au moins, hystéro-épileptiques. Le bromure de potassium avait complétement échoué.

Lors de la consultation, il fut parfaitement établi que ni la syphilis, ni l'hystérie, ni une cause traumatique quelconque ne figuraient dans les antécédents. La malade, très-intelligente d'ailleurs, voulut bien, à ma prière, entrer dans les plus minutieux détails concernant le caractère de ses crises. J'appris d'elle que, pendant ces accès, elle était fort troublée, [illegible] perdu connaissance. Toujours le début était brusque, imprévu. La sensation d'une chute en avant survenait tout à coup, et, de fait, la malade avait été effectivement précipitée plusieurs fois la face contre terre, et une fois, entre autres, elle s'était cassé deux dents. Il s'agissait donc là d'un vertige de translation à début brusque, avec chute antéro-postérieure, sans perte de connaissance, donc, par conséquent, de quelques-uns des caractères les plus accentués du vertige de Ménière. Pour compléter la ressemblance, j'ajouterai que, chez Mme X..., l'accès se terminait souvent par des nausées ou même des vomissements.

Ces premiers renseignements une fois obtenus, j'explorai sommairement l'acuité auditive, à l'aide d'une montre, et je reconnus que l'ouïe était très-manifestement affaiblie du côté gauche. Je posai, alors, une dernière question. La réponse devait, à mon sens, être décisive. Je demandai s'il ne survenait pas, quelquefois, dans les oreilles, un bruit aigu, plus ou moins analogue à celui d'un sifflet. Le mari, présent à la consultation, prit, cette fois, la parole, et répliqua vivement, qu'en effet, Mme X... s'étonnait souvent d'entendre le sifflet des locomotives d'un chemin de fer voisin, à des heures inaccoutumées, et alors, qu'en réalité, rien de semblable n'était arrivé. La connexité entre le développement brusque des bruits de sifflet et l'invasion des accès vertigineux fut, après cela, facilement établie.

Je crus pouvoir annoncer qu'il ne s'agissait pas ici d'épilepsie, non plus que d'hystéro-épilepsie, mais bien du vertige de Ménière. Je fis espérer qu'à l'aide d'un traitement approprié, les accès pouvaient être atténués, peut-être supprimés. Le sulfate de quinine fut prescrit à la dose de 60 centigrammes, et l'usage de cette dose prolongé pendant deux mois. Peu de temps après le commencement du traitement, les sifflements et, du même coup, les accès vertigineux ont cessé de se produire. Ils n'ont pas reparu depuis.

THÉRAPEUTIQUE

De l'efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication comme traitement préventif de l'éclampsie ;

Par le Dr **TARNIER**, Chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

L'utilité du régime lacté dans la maladie de Bright m'a fait penser que son emploi pourrait être efficace dans l'albuminurie de la grossesse et, depuis plusieurs années, j'y ai soumis, à la Maternité, les femmes enceintes qui présentaient de l'albumine dans leurs urines.

Les observations dont je donne aujourd'hui le résultat sont assez nombreuses pour que je me croie autorisé à éloigner l'idée d'une série heureuse. La plupart des faits que j'ai observés ont été enregistrés jour par jour; d'autres, sans avoir été recueillis, m'ont néanmoins laissé des souvenirs très-précis et je peux affirmer que toutes mes observations ont entre elles une ressemblance frappante : sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie a toujours été rapidement amendée ou guérie avant l'accouchement. Une seule fois, j'ai vu l'albuminurie persister sans amélioration chez une femme qui mourut quelque temps après son accouchement et chez laquelle on trouva les lésions d'une maladie de Bright avancée ; mais c'est assurément-là un fait exceptionnel et peut-être, dans ce cas, la maladie était-elle indépendante de la grossesse. Je peux donc dire que, sauf une exception (exception qui n'appartient peut-être pas à l'albuminurie de la grossesse), le succès a été constant. Aussi, je me contenterai de relater deux observations qui ont été rédigées par mon ancien interne, M. le Dr Pinard, auquel je désire laisser le soin de publier les autres faits qu'il a recueillis dans mon service. *Suum cuique.*

OBSERVATION I. — *Albuminurie chez une femme enceinte secondipare. — Œdème généralisé. — Traitement par le régime lacté. — Guérison.* — (Observation recueillie par M. PINARD, interne du service.)

[illegible] âgée de 28 ans, couturière, entre le 2 mars 1873 à la Maternité, où elle est placée salle Sainte-Adélaïde, n° 4 (service de M. TARNIER). Au point de vue de ses antécédents héréditaires, elle n'offre rien de particulier à noter; comme antécédents pathologiques, nous avons à enregistrer simplement une fièvre continue. Elle n'a jamais eu de rhumatismes

Réglée pour la première fois à 17 ans, elle le fut depuis toujours régulièrement. Première grossesse à 25 ans, qui ne présenta aucune complication, accouchement naturel, enfant vivant.

La dernière apparition des règles eut lieu vers la fin du mois de juin 1872. Pendant les sept premiers mois, la santé générale fut excellente ; mais, à partir de ce moment, de l'œdème apparut au niveau des malléoles, puis envahit bientôt complétement les deux membres inférieurs, le tronc, la face, et enfin les membres supérieurs. A partir de ce moment, les forces allèrent continuellement en s'affaiblissant. Du 10 au 20 février, la malade eut une soif extrêmement vive. En même temps survinrent de profondes modifications dans le caractère.

Un rien impatiente, irrite cette femme ; dès qu'elle entend crier son enfant, elle le bat, ce qu'elle ne faisait jamais auparavant.

Etat actuel. Cette malade, très-intelligente, est profondément anémiée. Les membres inférieurs sont triplés de volume. Les grandes lèvres sont énormément distendues. Elles l'étaient plus encore il y a quelques jours, mais cette femme nous raconte qu'elle est allée à la consultation de l'hôpital Lariboisière, et que, là, on lui a fait au niveau des grandes lèvres de nombreuses piqûres ayant donné issue à une quantité considérable de liquide (4 ou 5 litres, dit-elle). Pas de troubles visuels, ni de douleurs au niveau de la région épigastrique ; céphalalgie frontale; souffle cardiaque à la base ; toux intense ; nombreux râles sous-crépitants à la base des deux poumons; ventre régulièrement développé ; tête non engagée ; pulsations fœtales entendues à droite au-dessus de l'ombilic.

Les urines (peu aboudantes, dit la malade), essayées par la chaleur et l'acide nitrique, donuent un précipité très-abondant d'albumine.

100 parties d'urine, mélangées à 10 parties d'acide azotique dans une éprouvette graduée, donnent, après un repos de 12 heures, un précipité qui s'élève à la 55e division.

L'examen histologique démontre la présence d'une grande quantité de cellules atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse, de cylindres muqueux *hyalins* et d'un certain nombre de globules sanguins.

3 *mars.* M. Tarnier ordonne 2 litres de lait et 2 portions.

4 *mars.* Même état ; même traitement.

Urine 100 / Acide 10 } Précité 40.

5 *mars.* L'œdème persiste, mais l'état général semble s'améliorer. La toux est moindre, et les râles sont plus rares aux deux bases.

Urine rendue dans les 24 heures : 2 litres 1/2 3 litres de lait.

Urine 100 / Acide 10 } Précité 30.

6 *mars.* L'œdème a diminué. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres. 4 litres de lait.

Urine 100 / Acide 10 } L'albumine coagulée surnage et occupe 30 divisions.

7 *mars.* Même état. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres. 4 litres de lait.

Urine 100 / Acide 10 } Le coagulum surnage et occupe 20 divisions.

8 *mars.* Epistaxis dans la nuit ; nombreux râles sibilants dans la poitrine. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres. 4 litres de lait.

Urine 100 / Acide 100 } Le coagulum surnage et occupe 30 divisions.

9 *mars.* Epistaxis dans la nuit ; œdème disparu au niveau du tronc ; même traitement, en plus 15 grammes d'eau-de-vie allemande. Urine rendue dans les 24 heures : 3 litres.

Urine 100 / Acide 10 } Le coagulum surnage et occupe 25 divisions.

Du 10 au 16, même état, même traitement. Du 16 au 28, l'œdème diminue; l'urine précipite à peine par l'acide et la chaleur ; on continue à lui faire prendre tous les jours 4 litres de lait.

Le 2 avril, apparition des premières douleurs. Présentation du sommet. O. I. D. P. réduite. Le travail dure cinq heures quarante minutes. Pas d'accidents pendant le travail. Enfant vivant pesant 3,290 grammes. Placenta sain. Cette femme passa alors dans le service de médecine où elle continua le régime lacté et en sortit guérie trois semaines après.

On remarquera que, chez cette femme, la guérison a été obtenue malgré une recrudescence de courte durée il est vrai. De plus, ici, comme dans l'observation suivante, le régime lacté n'a pas fait souffrir l'enfant, car son poids indiquait un développement normal.

Observation II. — *Albuminurie chez une femme enceinte primipare. — Traitement par le régime lacté — Guérison.* — (Observation recueillie par M. PINARD, interne du service.

La nommée Ch. J... âgée de 28 ans, domestique, entre le 4 septembre 1873 à la Maternité, salle Ste-Adélaïde, n° 5, service de M. Tarnier.

Cette femme, fortement constituée, n'offre rien d'important à noter comme antécédents. Elle fut réglée pour la première fois à 18 ans, et depuis très-régulièrement.

Dernière apparition des règles au mois de février 1873. A partir de ce moment apparaissent les phénomènes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, etc. En somme, état général bon. Depuis un mois, œdème très-prononcé au niveau des membres inférieurs ; de plus, la faiblesse devint telle que la malade se décida à entrer à l'hôpital, ne pouvaut plus travailler.

Etat actuel. — Muqueuses décolorées, souffle cardiaque à la base. Pas de troubles cérébraux, ni vertiges, ni épistaxis, ni bourdonnements d'oreille. Rien de particulier à noter du côté du ventre. On recueille dans les vingt-quatre heures, 680 centimètres cubes d'urine, que M. Byasson, pharmacien en chef de la Maternité, veut bien analyser. Voici le résultat de son analyse :

Couleur jaune-orange ; — Odeur normale ; — Réaction franchement acide — Aspect trouble ;

Poids spécifique à 19° = 1030 ; — L'urine renferme environ 1 g,04 d'albumine par litre ; — Urée 15 grammes 12, par litre.

Le chiffre de l'urée est très-faible eu égard à la densité, preuve certaine d'un trouble profond dans la nutrition générale, et de l'existence, dans l'urine, d'autres substances azotées telles que créatine et créatinine en proportion anormale. (Byasson).

5 *septembre.* M. Tarnier prescrit trois litres de lait.

6 *septembre.* Quatre litres.

Le 7, 8, 9, 10, 11, même traitement. Le 12 l'œdème a totalement disparu. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Accouchée le 28 septembre d'un enfant pesant 3,900 grammes. Sortie guérie, le 9 octobre 1873.

Voici comment on peut résumer la formule ordinaire du régime que je prescrivais à mes malades :

1er jour : un litre de lait ; deux portions d'aliments.
2e jour : deux litres de lait ; une portion d'aliments.
3e jour : trois litres de lait ; une demi-portion.
4e jour et jours suivants : quatre litres de lait ou lait à discrétion, sans autre aliment, sans autre boisson.

Dans les cas graves, surtout si j'avais constaté quelques prodromes d'éclampsie, la gradation précédente n'a pas été observée et les malades ont été mises d'emblée à trois ou quatre litres de lait par jour.

L'influence du régime lacté n'a jamais tardé à se manifester et, huit ou quinze jours après le commencement du traitement, l'albuminurie a été en décroissance très-notable ou même guérie.

La guérison possible de l'albuminurie pendant la grossesse me fait espérer que dans bon nombre de cas on pourra prévenir l'éclampsie par le même moyen. En effet, il est admis par la plupart des accoucheurs que l'éclampsie ne se montre guère que chez les femmes atteintes d'albuminurie. Pour mon compte personnel, j'ai remarqué que, chez les albuminuriques l'éclampsie éclate très-souvent avant le début du travail et celui-ci ne se manifeste qu'après l'invasion des accès convulsifs, mais si près d'eux que le médecin, qui est appelé en toute hâte, constate en même temps les signes de l'éclampsie et les phénomènes du travail de l'accouchement. On s'explique donc comment s'est accréditée l'opinion regrettable qui veut que l'éclampsie soit habituellement engendrée par les douleurs de l'accouchement, tandis qu'en réalité le travail se déclare le plus souvent après le début des accès convulsifs. Quelquefois, il est vrai, l'éclampsie n'apparaît qu'au milieu de l'accouchement ou même après la délivrance, mais, ici encore, elle a été précédée par l'albuminurie et j'insiste sur ce point.

On m'objectera sans doute qu'il y a des observations d'éclampsie sans albuminurie ; je le sais, mais ce sont là des faits extrêmement rares. Presque toujours la cause de l'éclampsie se trouve dans les modifications produites par l'organisme par une albuminurie préexistante; encore

faut-il que cette dernière maladie ait duré un certain temps. Si l'on avait la possibilité de guérir l'albuminurie de la grossesse, on aurait trouvé du même coup le moyen de prévenir l'éclampsie.

Mes observations ne sont pas en nombre assez considérable pour que je puisse en tirer une conclusion générale ; je me contenterai donc de dire ce que j'ai vu : chez les malades que j'ai soumises au régime lacté, l'albuminurie a disparu ou diminué rapidement, et il n'y a jamais eu d'éclampsie. En sera-t-il de même toutes les fois que ce régime sera appliqué *à temps ?* Les insuccès seront-ils, au contraire, nombreux? c'est ce qu'il est impossible de savoir sans un grand nombre d'observations que je ne parviendrais pas à réunir à moi seul.

Actuellement j'attribue les succès que j'ai obtenus à ce que le régime lacté a été appliqué *en temps opportun*. L'albuminurie a une marche insidieuse et ne se révèle quelquefois par aucun signe, si on n'a pas le soin d'examiner les urines malgré les apparences de la santé la plus parfaite. Aussi toutes les femmes enceintes de mon service, infiltrées ou non, étaient-elles surveillées au point de vue de l'albuminurie, et leurs urines ont été analysées souvent. Dès que l'on constatait de l'albuminurie, le régime lacté était immédiatement appliqué et continué jusqu'à la disparition de l'albumine. Il ne faut pas se laisser surprendre par l'éclampsie, car il est alors trop tard.

Les faits que je signale aujourd'hui ne sont pas assez probants pour qu'il ne reste aucun doute dans mon esprit ; cependant, ils me paraissent assez intéressants pour souhaiter qu'ils suscitent des observations du même genre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TRÉLAT.**

4e LEÇON.—Erysipèle phlegmoneux des paupières (1).

Leçon recueillie par A. CARTAZ.

Messieurs,

Le malade dont nous allons nous occuper aujourd'hui, présente une affection assez rare et d'un diagnostic difficile, surtout au début.

C'est un homme de soixante ans, grand, vigoureux, d'une très-bonne santé, qui exerce la profession de distributeur de journaux à domicile; il raconte que l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, il avait, en circulant dans la rue, éprouvé comme une piqûre d'insecte sur l'œil gauche, et que dès le soir, quelques heures après, il était survenu un gonflement des paupières, accompagné de douleurs lancinantes qui causèrent une insommie complète. Il est très-affirmatif sur l'absence de toute lésion, de toute affection oculaire les jours précédents.

Quand il se présenta le surlendemain à la consultation, il offrait tout-à-fait l'aspect d'un sujet atteint d'ophthalmie purulente. L'œil gauche en effet était le siége d'une tuméfaction d'un rouge lie de vin, couleur de betterave, occupant les deux paupières et ne dépassant pas d'une part le rebord surciliaire, de l'autre la limite de la paupière inférieure. Les deux bords libres des paupières intimement accolés par suite d'un degré assez prononcé de renversement en dedans, ne permettaient pas l'examen du globe oculaire; pour y parvenir, nous dûmes employer les rétracteurs ; l'œil était sain, rouge, injecté, mais intact. Sur la partie médiane de chaque paupière, on voyait se dessiner sous forme d'une ligne transversale de 3 à 4 millimètres, une raie livide d'un noir bleuâtre, primitivement phlycténoïde, comme l'indiquait encore la présence de quelques vésicules purulentes, et qui allait devenir une eschare. Il n'existait pas d'écoulement purulent.

A l'œil droit, les paupières étaient flétries, un peu rouges, très-légèrement œdématiées, comme si elles avaient été irritées par des frottements répétés. Inutile de dire que l'œil lui-même était tout-à-fait sain. Notons enfin, qu'il n'existait aucune trace d'affection inflammatoire de l'orbite.

Si nous interrogions l'état général du sujet, nous trouvions une langue blanchâtre, une fréquence modérée du pouls, des signes médiocres de courbature, un peu de céphalalgie ; le malade n'avait ressenti aucun frisson ; enfin, la température axillaire, recueillie le soir de son entrée, nous donnait 38° 2.

L'ophthalmie purulente avait été écartée immédiatement dès le premier examen; il n'y avait comme signe que la tuméfaction des paupières, et encore en y regardant de près, différente à bien des titres. Pour ne rien omettre, la constatation directe, non plus que l'interrogatoire, ne révélaient l'existence d'une blennorrhagie.

Le premier jour, et c'est pour cela, Messieurs, que je vous disais en commençant que le diagnostic avait été délicat et difficile, il y avait lieu d'examiner une hypothèse importante au point de vue du pronostic. Malgré sa profession qui éloignait ce soupçon, cet homme pouvait avoir eu une infection charbonneuse; ce souvenir d'une piqûre de mouche ou d'insecte, la rapidité de la marche y faisaient penser de suite.

Dans la région oculaire, le charbon revêt deux formes : la pustule maligne, et l'œdème charbonneux aussi appelé œdème malin des paupières. D'après Carron du Villars, cette maladie se transmettrait souvent des animaux à l'homme par l'intermédiaire du taon, qui, après avoir sucé le sang des animaux charbonnés, viendrait piquer l'homme; quel que soit l'agent d'inoculation, vous savez que la virulence de cette affection est des plus redoutables. Endémique, pour ainsi dire dans certains endroits où des travaux manufacturiers nécessitent le dépouillement, la préparation et par suite l'accumulation d'une grande quantité de peaux d'animaux, le charbon est relativement rare à Paris. Nous n'avions du reste, pas à y songer ici; il n'y avait pas de pustule maligne, ni l'escharre centrale, ni la couronne de vésicules, en un mot aucun des signes spéciaux. Etait-ce un œdème charbonneux ? Les auteurs qui ont traité de ce sujet particulier signalent les difficultés du diagnostic et si l'on en juge par les résultats trop brillants de certaines statistiques, il faut croire que l'erreur a dû être commise plus d'une fois.

Dans un travail paru dans les Archives de médecine, en 1865, M. Mauvezin distingue trois variétés d'œdèmes : 1° une œdème gangréneux avec symptômes généraux d'intoxication;

2° Un œdème gangréneux accompagné d'un simple mouvement fébrile; 3° Un œdème gangréneux purement local.

Il reconnaît le premier comme étant franchement de nature charbonneuse; pour les deux autres, il accorde qu'il est difficile de se prononcer.

En tenant grand compte de l'état général qui était favorable, de la limitation exacte de l'œdème aux paupières, sans propagation aux régions avoisinantes, nous avons écarté l'idée de charbon, et nous avons pensé à un œdème phlegmoneux simple.

La question restait dès lors circonscrite entre l'érysipèle, et le phlegmon des paupières ; nous ne parlerons que pour mémoire de l'anthrax, nous n'en avions aucun des caractères.

Ce n'était pas non plus l'érysipèle des paupières dans le sens propre du mot : ce serait, si vous le voulez, l'érysipèle tel que l'a bien décrit Desmarres père ; mais la dénomination n'est pas exacte. J'aimerais mieux l'appeler phlegmon diffus des paupières, si nous n'avions dans le vieux langage médical un terme qui rend bien compte des signes locaux que je vous ai décrits : c'est l'*érysipèle phlegmoneux*, ou, mieux encore, le *phlegmon érysipélateux*. Je vous ai déjà dit qu'il n'y avait pas lieu de soupçonner une affection de l'orbite ou du globe oculaire. L'érysipèle pourrait être admis en quelque sorte, par ce fait que les deux paupières étaient malades simultanément, que les deux yeux étaient pris, quoiqu'à des degrés différents; d'un autre côté, les phlyctènes, l'écoulement du pus, qu'à un moment donné l'on exprimait comme d'une éponge, les eschares fai-

(1) Voir les nos 34, 37 et 38 du *Progrès médical*.

saient pencher vers le phlegmon. Nous garderons donc, si vous le voulez bien, ce terme mixte de phlegmon érysipélateux, d'érysipèle phlegmoneux.

Quoique nous ayons écarté la nature charbonneuse de cet œdème, il s'en faut que le pronostic soit pour cela absolument bénin; dans le cas présent, les menaces les plus directes ont été apaisées, et l'opération que je vais pratiquer tout à l'heure nous rendra encore, je l'espère, les chances de succès plus nombreuses et plus favorables.

Les complications que l'on peut redouter en semblable occurrence, sont assez graves pour que nous nous y arrêtions un instant. Cette inflammation suppurative peut gagner par extension directe le tissu cellulaire de l'orbite et déterminer un phlegmon de cette région avec toutes ses conséquences redoutables. Par inflammation de voisinage nous pouvons voir survenir une phlébite qui se propage rapidement aux sinus intra crâniens, d'où méningite et terminaison fatale. Cet accident qui constitue une des complications les plus à redouter et des plus fréquentes des anthrax de la face, ainsi que l'a bien démontré M. Reverdin dans un excellent mémoire Archives de médecine 1870), cet accident, dis-je, est aussi imminent dans un phlegmon palpébral; le trajet est plus court et la veine ophthalmique est plus rapprochée du foyer inflammatoire.

Dans le cas présent, nous pouvons songer aux complications suivantes: il y a un chémosis considérable, une conjonctivite intense et la cornée peut en ressentir les atteintes, si cet état persiste longtemps, d'où la possibilité d'une perforation de l'œil. Dès le soir de son admission, nous avions combattu ce symptôme par des scarifications multiples que nous devions faire suivre d'une excision de la conjonctive, si elles ne suffisaient pas à arrêter l'extension du chémosis.

Une autre menace a été, dès le premier moment, en partie réalisée : c'est le sphacèle. Les eschares sont profondes, le tissu cellulaire des paupières est complétement en suppuration ; la cicatrice amènera certainement des adhérences. peut-être même un degré plus ou moins prononcé d'ectropion. On ne peut fixer la mesure des dégâts, mais on y peut songer dès à présent ; voilà donc un homme qui reste exposé à de graves accidents immédiats, et qui est presque fatalement condamné à des accidents consécutifs assez sérieux.

La médication a été jusqu'ici peu active ; nous nous sommes bornés à modérer l'intensité de l'inflammation par des applications émollientes, cataplasmes, irrigations tièdes, et par l'incision des eschares. En constatant, ce matin, ces mortifications étendues, cette suppuration diffuse, je me suis décidé à pratiquer quelques cautérisations pénétrantes avec le stylet galvano-caustique ; j'espère ainsi atteindre une double indication : déterminer une action révulsive énergique et, d'autre part, ouvrir une voie large à la suppuration.

La cautérisation que j'ai pratiquée, il y a déjà quelque temps, a eu, comme vous pouvez en juger, les plus heureux effets. Je m'étais contenté de larder en quelque sorte les deux paupières, en plongeant obliquement à diverses reprises mon fil rougi dans l'épaisseur des tissus; peu à peu, les eschares se sont détachées, les plaies se sont détergées, la tuméfaction a disparu et nous assistons à la réparation de la maladie et du traumatisme. Cette réparation, sur laquelle je faisais des réserves, se fait dans des conditions si heureuses que nous pouvons affirmer à peu près sûrement qu'il n'y aura ni difformité, ni ectropion consécutif. La laxité des tissus permet à la cicatrice de se faire sans un retrait trop prononcé et d'ici quelques jours ce malade nous quittera complétement guéri. Nous combattons en ce moment un œdème persistant et limité de la paupière inférieure ; il semble que la circulation lymphatique et même vasculaire, bridée par la cicatrice, ne puisse s'établir en toute liberté et que ce soit là la cause de cet œdème. Une compression ouatée modérée en aura, je pense, facilement raison et nous aurons ainsi obtenu plus que ne pouvaient faire prévoir la gravité du cas et l'étendue de la lésion.

— Le malade est sorti de l'hôpital environ cinq semaines après; les craintes que j'exprimais sur des accidents consécutifs, tels que l'ectropion, se sont dissipés ; il ne reste qu'un peu de raideur, de paresse, suivant l'expression du malade, dans les mouvements de la paupière. L'occlusion de l'œil se fait néanmoins parfaitement.

J'attribue, Messieurs, une grande part dans cet heureux résultat, à l'emploi du fer rouge ; il donne à l'inflammation une détermination franche, modifiant puissamment les parties malades et agissant à distance, par rayonnement, sur les parties avoisinantes. Le stylet galvanique a cet avantage sur le fer rouge proprement dit, d'être maintenu pendant tout le temps de son application, à un degré de température uniforme et d'éviter l'inconvénient de changer de stylet pour le faire rougir.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Enseignement clinique. — Rapport de M. Chauffard.

On sait que M. le Ministre de l'Instruction publique a institué une Commission pour étudier les moyens d'améliorer et de compléter l'enseignement clinique de la Faculté de médecine de Paris. Et la *Gazette Hebdomadaire* du 26 novembre publie un rapport de M. l'inspecteur général Chauffard à cette Commission. Tout en ne visant explicitement que la réorganisation des cliniques complémentaires, ce rapport soulève une question plus générale qui n'a certainement pas échappé à son auteur. Mais, gêné peut-être par sa situation officielle, craignant peut-être de paraître plaider *pro domo suâ*, M. Chauffard a évité de résumer dans une proposition formelle, la vérité dont son rapport est la démonstration. Tenus à moins de réserve, ne pouvant être suspectés de partialité, nous tirerons librement, des prémisses posées par M. Chauffard, la conclusion qui en découle : L'indépendance de la Faculté, vis-à-vis de l'Assistance publique, est la préface indispensable de toute amélioration sérieuse et durable dans son enseignement.

La preuve de cette nécessité se trouve à chaque ligne du rapport de M. Chauffard. L'institution des cours cliniques complémentaires de Rayer a succombé devant les réglements de l'Assistance.

Les quelques titulaires restant des cours cliniques complémentaires ne peuvent pourvoir à l'enseignement dont ils sont chargés en raison de leur situation hospitalière ; il n'y a d'exception que pour le cours d'ophthalmologie, et cette exception disparaîtrait si M. Panas venait à passer dans un autre hôpital.

Ces résultats n'ont rien de surprenant ; étant donnée la situation anormale où se trouve la Faculté, obligée de donner un enseignement clinique, le seul profitable, et n'en possédant pas les moyens. On eût trouvé singulier que pour enseigner la chimie ou la physique, la botanique ou la physiologie, elle fut obligée de recourir à la bienveillance de la Sorbonne, du Muséum et du Collége de France, et d'emprunter à ces établissements leurs instruments et leurs collections. Et cependant elle en est réduite à emprunter, pour ses cliniques, les malades de l'Assistance sans que personne ait jamais réclamé, au moins tout haut. Aujourd'hui pourtant le rapport de M. Chauffard met le mal au jour, et constitue, que l'honorable professeur l'ait ou non voulu, une mise en demeure adressée aux pouvoirs publics d'avoir à en finir avec cette anomalie.

Malheureusement s'il est facile de reconnaître et d'indiquer les causes qui gênent le développement de l'enseignement clinique de la Faculté, il l'est moins de les faire disparaître. Ce n'est pas que, le mal étant connu, le remède ne soit tout indiqué ; la difficulté consiste à le faire accepter à toutes les parties intéressées. Comme on ne saurait songer à des hôpitaux appartenant en groupe exclusivement à la Faculté, il ne reste qu'à modifier les rapports de l'Ecole avec l'Assistance ; or cette modification ne peut sortir que de l'entente des divers pouvoirs publics. Tous s'accordent sans doute, comme le dit M. Chauffard, à désirer voir se relever notre enseignement supérieur, tous sont animés d'un même esprit de progrès scientifique ; mais tous aussi sont jaloux de leurs attributions, tous sont plus disposés à étendre leurs prérogatives qu'à les restreindre, tous sont convaincus que le progrès se fera d'autant mieux que la direction leur en sera plus exclusivement confiée. C'est l'éternel sophisme dont se paient les plus désintéressés.

Il faut donc s'attendre à des résistances diverses. Les hôpitaux généraux appartiennent à la ville de Paris, l'école est un établissement de l'Etat : première cause de conflit ; certains hôpitaux spéciaux relèvent du Ministère de l'Intérieur et l'Ecole dépend de celui de l'Instruction publique : ce sera une nouvelle source de difficultés ; enfin, et surtout, l'Assistance publique se résignera avec peine à une diminution de son rôle. Car il est clair que la Faculté de médecine dans les hôpitaux ne peut occuper que trois positions vis-à-vis de l'Assistance : elle lui sera subordonnée, c'est l'état actuel ; elle sera sur le même pied, chose impossible ; ou enfin, elle en sera totalement indépendante pour ce qui regarde l'enseignement. Dans cette dernière hypothèse, il faut que la Faculté choisisse dans les hôpitaux qui lui conviendront, les services qui lui conviendront, y nomme les titulaires qui lui conviendront. Mais que deviennent alors les médecins des hôpitaux qui n'appartiennent pas à la Faculté ? Que devient le droit de l'Assistance à distribuer ses services, malades et médecins, comme il lui plait ? Voilà la pierre d'achoppement qu'avait bien indiquée la *Gazette hebdomadaire*, l'écueil toujours existant contre lequel est venu se briser l'institution de Rayer, contre lequel risquent d'échouer les propositions de M. Chauffard. Tant il est vrai que toutes les réformes se tiennent et que plus elles sont partielles, plus elles rencontrent d'obstacles !

Venons maintenant au rapport de M. Chauffard. Il demande que l'Administration des hôpitaux cède à la Faculté de médecine cinq services cliniques spéciaux : un service des maladies de la peau à St-Louis, un service des maladies des enfants à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, un service des maladies syphilitiques à l'hôpital du Midi, un service d'ophthalmologie et d'otologie et un service des voies urinaires dans l'un des grands hôpitaux généraux. L'administration de l'intérieur céderait à le Faculté de médecine un service clinique à l'asile St-Anne.

C'est, on le voit, à peu près ce qu'avait voulu faire Rayer, et l'adoption des mesures proposées par M. Chauffard constituerait un progrès incontestable. Elles nous paraissent cependant incomplètes. Il est bien, sans doute, de se préoccuper de l'enseignement des spécialités, et nous sommes loin de professer, pour les spécialistes, au sens honorable du mot, aucune espèce de dédain. Mais, n'est-il pas vrai que l'enseignement général réclame aussi des améliorations ; n'est-il pas vrai que les chaires de clinique générale sont en nombre insuffisant, et que les étudiants sont empêchés, par l'encombrement, de tirer des meilleures leçons tout le bénéfice désirable ? M. Chauffard aurait dû rechercher le moyen de multiplier, sinon les chaires, au moins les centres de clinique générale. Les agrégés, qui sont en même temps médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, ne se refuseraient certainement pas à faire des leçons, qui seraient pour eux des titres aux chaires, et constitueraient peut-être le meilleur des concours.

Nous ne rechercherons pas si les cliniques spéciales, demandées par M. Chauffard, sont celles dont l'enseignement est le plus nécessaire, ni s'il en est d'autres qu'on pourrait leur adjoindre ; son projet n'est évidemment que le premier essai d'une organisation qu'il sera toujours possible d'étendre et de développer quand elle sera bien établie. Cependant, il nous faut signaler dès à présent la part trop étroite faite aux maladies mentales.

La loi, avec raison, remet aux médecins une fonction sociale d'une extrême gravité ; elle les suppose compétents, et ce n'est pas assez d'un service pour que tous puissent acquérir cette compétence. Deux services à Sainte-Anne, autant à la Salpêtrière, ne seraient pas trop. Nous voudrions aussi que l'accès en fût plus largement ouvert ; on comprend qu'une carte d'admission soit nécessaire pour écarter les simples curieux, mais la carte d'étudiant devrait suffire ; à la rigueur, encore, les étudiants des premières années pourraient attendre ; mais pourquoi établir des séries limitées ?

Ces restrictions nous semblent fâcheuses ; plus fâcheux encore nous paraît l'abandon fait par M. Chauffard à l'Administration de l'Assistance publique de la réglementation et de la police des services cliniques. Cette police doit appartenir à l'Ecole, sous peine de tiraillements incessants, de conflits qui finiront par faire déserter les cliniques complémentaires. M. Chauffard n'ignore pourtant pas que ce sont, par exemple, les pudibonderies administratives qui entravent le cours clinique des maladies syphilitiques « confié à l'un des agrégés libres les plus distingués et les plus compétents en la matière. » Pour notre compte, nous avons peine à comprendre que la vue de femmes syphilitiques soit un grand excitant à la débauche.

Les agrégés libres de la Faculté de médecine et les médecins ou chirurgiens des hôpitaux ou asiles publics d'aliénés seraient seuls admis à être candidats aux chaires complémentaires, d'après le projet de M. Chauffard. C'est une disposition plus libérale que celle qu'avait établie Rayer, en donnant satisfaction aux médecins des hôpitaux, étrangers à la Faculté ; elle peut, en outre, faciliter la grande réforme préalable, indispensable au succès de l'organisation nouvelle. Elle a le tort, pourtant, de fermer la porte à des médecins n'appartenant ni aux hôpitaux, ni à l'Ecole, et auxquels on pourrait, au grand avantage des malades et des élèves, confier un service spécial. Duchenne (de Boulogne), par exemple, n'aurait pu, avec ce système, obtenir une clinique de maladies nerveuses.

Quant à la nomination des professeurs de clinique complémentaire, elle se ferait par le Ministre de l'Instruction publique, sur la présentation de la Faculté. Il y aurait lieu à réserves à ce sujet ; nous préférons, pour terminer, nous

borner à louer la limitation de la durée de leurs fonctions, qui pourrait, sans inconvénients, s'appliquer à d'autres.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

M. BROWN-SÉQUARD a constaté depuis longtemps que l'excitation de la substance grisâtre située à l'origine du sciatique chez les oiseaux, détermine des mouvements convulsifs, analogues à ceux de l'attaque. Or, il résulte des recherches de M. Pierret, que cette substance ne renferme pas d'éléments nerveux, mais est constituée par une masse huileuse avec fort peu d'éléments figurés et quelques granulations. Comment dès lors s'expliquer les phénomènes de titubation, déterminés par l'irritation de cette région et sa grande excitabilité réflexe? Toutes les parties avoisinantes ne possèdent pas ces propriétés. Peut-être sont-elles dues à la dure-mère qui tapisse ce segment de la moelle.

M. PIERRET dit qu'en effet cette substance grisâtre ne renferme pas d'éléments nerveux : c'est du tissu conjonctif très-délicat avec beaucoup de graisse. Comme il y a des nerfs dans la dure-mère, l'hypothèse de M. Brown-Séquard, n'est pas inadmissible à *priori*.

M. NEPVEU signale l'existence de bactéries en quantité considérable dans la matière des cataplasmes. — Dans une seconde note, il annonce avoir trouvé des bactéries dans les urines d'un homme atteint d'hématurie à la suite de contusion rénale.

M. LEVEN communique à la Société un fait clinique qu'il a récemment observé sur un homme mort à la suite d'une chute d'un quatrième étage. Immédiatement après l'accident, le blessé tomba dans le coma avec cyanose, disparition des réflexes, contraction des pupilles.

La température s'abaissa à 35°,5. 60 pulsations régulières par minute — deux heures après, la température s'était élevée à 37°,7 : le pouls était devenu extrêmement petit et rapide.

La seule lésion révélée par l'autopsie, outre une fracture très-étendue du crâne, fut un ramollissement de la couche optique dans sa partie superficielle. Ce fait montre qu'on ne saurait avec Schiff placer l'origine des vaso-moteurs dans le bulbe : il prouve en outre l'influence exercée sur ces nerfs par le cerveau. et en particulier la couche optique. La mort a dû avoir lieu par sidération.

M. HALLOPEAU ne pense pas que les troubles vaso-moteurs, observés dans ce cas, puissent être considérés comme le résultat direct de la lésion unilatérale de la couche optique.

M. OLLIVIER rappelle qu'on a présenté à la Société Anatomique une série de cas analogues, Quant à l'abaissement de la température, suivi d'une élévation notable, il doit être rapproché de ce qui se passe dans l'hémorrhagie cérébrale.

M. PONCET fait remarquer que la marche progressive des accidents doit faire exclure toute idée de commotion.

M. JOFFROY s'appuie sur un certain nombre de faits cliniques pour établir une relation entre la production d'eschares fessières et les lésions des lobes cérébraux postérieurs. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme mort de paralysie générale en trois ou quatre mois dans le service de M. Lasègue. Dans les derniers jours, il eut plusieurs attaques apoplectiques suivies d'un coma prolongé, et pendant lequel se produisirent des eschares sur les deux fesses, surtout à droite. L'autopsie montra que les lésions de méningo-encéphalite étaient plus développées dans les lobes postérieurs, surtout dans le gauche. De même, en 1869, dans le service de M. Charcot, puis à Lariboisière, M. Joffroy put constater des eschares fessières étendues à la suite d'hémorrhagies situées dans les lobes postérieurs. Tout récemment, enfin, il a observé un état typhoïde très-marqué avec eschare fessière profonde chez une femme qui avait pour toute lésion un très-petit foyer de ramollissement en arrière du ventricule.

M CHARCOT rappelle que les lésions des lobes postérieurs ont une symptomatologie très-vague et sont souvent silencieuses. Quant à la relation signalée par M. Joffroy, les faits qu'il a observés ne lui permettent pas encore de l'accepter comme démontrée.

M. CHARCOT, à propos de la communication de M. Brown-Séquard sur les localisations cérébrales résumée dans le dernier compte-rendu, tient à préciser son opinion sur ce sujet, comme du reste il l'a fait dans son cours à la Faculté.

Il y a des localisations cérébrales, car les lésions de certains points de l'encéphale donnent fatalement lieu aux mêmes symptômes. Ainsi, la destruction de la capsule interne dans ses deux tiers antérieurs détermine toujours de l'hémiplégie. Mais il y a, en outre, des lésions à distance : Ainsi, un foyer hémorrhagique étendu de la capsule interne jusque sous la pie-mère produira, outre les phénomènes directs, dus à la lésion de la capsule, les accidents si graves consécutifs à l'irritation des méninges.

M. BROWN-SÉQUARD repousse d'une façon absolue la théorie des localisations cérébrales. Jamais une lésion n'amène de destruction des fonctions. Les paralysies de cause cérébrale sont des phénomènes d'arrêts dus à l'irritation des points lésés dans l'encéphale. Du reste, on a pu enlever chez le chien le corps opto-strié sans déterminer de paralysie : chez l'homme, l'hémiplégie a fait défaut dans certains cas, alors que la capsule interne était complétement détruite.

M. CHARCOT récuse les anciennes observations faites à l'époque où l'on ne savait pas préciser le siége des lésions cérébrales. Les expériences sur le chien ne peuvent balancer des faits cliniques qui établissent une loi constante. Du reste, on ne saurait utiliser pour l'étude des localisations, ni les tumeurs, si variables dans leurs effets, ni même les ramollissements, faits complexes : il faut prendre des lésions simples, comme celle qui résulte de l'hémorrhagie. On peut suivre son évolution dans ses diverses phases : traumatisme, production de foyer, cicatrisation. On peut alors séparer les uns des autres les phénomènes dus à la localisation et les phénomènes dus à l'irritation à distance.

M. P. BERT a soumis le vaccin à l'action de l'oxygène comprimé. Du vaccin soumis pendant huit jours à la pression de 13 atmosphères d'oxygène a conservé toutes ses propriétés. Il faut en conclure que son principe actif n'est pas un être vivant, mais rentre dans la classe des diastases ou faux ferments.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les troubles de la vision au point de vue du service militaire.

M. J. GUÉRIN dit au début de son discours qu'il s'est trouvé formalisé de ce qu'on lui ait reproché son silence au congrès de Bruxelles. Inscrit dans 4 sections, il a cru ne devoir paraître dans aucune, pour des motifs personnels dont il a fait part au Président du congrès et à plusieurs autres membres. Reprenant la discussion, il reproduit une fois encore ce qui a fait le texte de ses précédentes argumentations. La théorie de l'accommodation par les changements de courbure des surfaces du cristallin ne peut se soutenir : — On ne peut voir ces changements de forme et personne ne les a vus; — C'est une *hypothèse pure* qui repose sur des illusions d'optique et qui s'est prêtée aux besoins de la cause; — L'accommodation se fait surtout par l'action des muscles extérieurs et s'accompagne de quelques modifications dans les milieux intérieurs de l'œil; — Le fait pour l'œil strabique de se mettre en harmonie avec l'œil sain constitue essentiellement l'accommodation; — Les muscles droits ne sont pas les seuls agents actifs dans l'accommodation : les muscles obliques, le muscle ciliaire, et les substances transparentes y contribuent pour une certaine part; — mais, il n'y a pas un seul mouvement fonctionnel de l'œil auquel ne participent pas les muscles droits, même les antagonistes; — les strabiques myopes sont guéris par l'opération. Et à l'appui de son affirmation, M. J. Guérin rapporte des observations personnelles nombreuses et des dessins nombreux aussi.

M. Maurice Perrin désire rentrer dans la question à l'ordre du jour dont M. J. Guérin s'est jusqu'ici toujours écarté, confondant l'adaptation de l'œil à la vision double ordinaire et l'accommodation. Il y a pourtant à établir une grande distinction entre ces deux phénomènes et pour l'accommodation elle-même on doit aussi nettement séparer le fait d'optique et le mécanisme par lequel ce fait s'accomplit. Or, M. J. Guérin nie les changements de courbure du cristallin, il met en doute les assertions d'un grand nombre de savants considérables, il refuse d'admettre ce que tout le monde maintenant admet et reconnait pour démontré, et cependant il lui serait bien facile de se convaincre lui-même. Rien n'est plus aisé à *voir* que les modifications subies par un faisceau lumineux réfléchi par la face antérieure du cristallin, lorsque la vision est accommodée : rien n'est plus facile à comprendre que ce phénomène, car il repose sur la simple comparaison que l'on peut et que l'on doit établir entre la cristalloïde antérieure et un miroir convexe.

Pendant l'adaptation de près, l'image lumineuse droite *diminue* notablement et se rapproche de l'image lumineuse droite aussi produite par la cornée. Si le mécanisme de l'accommodation est encore discuté, on peut cependant affirmer qu'il ne réside pas dans une action musculaire extérieure : et la preuve, c'est qu'après avoir dépouillé un œil de tous ses muscles, après l'avoir complétement isolé, on peut à l'aide de la lumière électrique faire varier la position des images lumineuses réfléchies par les surfaces du cristallin.

M. J. Guérin. Ces expériences ne sont pas citées dans votre livre.

M. Perrin. Elles y sont tout au long et si elles n'y étaient pas, je ferais immédiatement une nouvelle édition pour les y mettre. Laissons de côté l'accommodation et revenons à la myopie? Qu'est-ce qu'un œil myope? Comment l'œil devient-il myope? On peut comparer la rétine à la plaque sensibilisée d'un appareil photographique; quand elle se trouve au-delà du point focal de l'objectif, les rayons qu'elle reçoit sont diffus parceque ces rayons se croisent au-devant de sa surface sensible : d'où le trouble de la vue. L'examen physique confirme les données de la théorie. Si, en effet, on place sur une table un œil myope, à côté d'un œil sain, on remarque que le diamètre antéro-postérieur du premier est très-sensiblement plus long que le même diamètre du second; il existe parfois une différence de 1/3 en plus : Scarpa avait déjà signalé cette modification. De plus, en examinant l'œil myope de plus près, on voit que l'augmentation du diamètre porte surtout sur le segment postérieur, de sorte que le globe devient sphéro-conique. Au sommet du cône, c'est-à-dire autour du nerf optique, on trouve toujours une lésion spéciale, une plaque d'atrophie des membranes internes. Or, cette lésion, qui se voit sur l'œil myope mort, se voit aussi sur l'œil myope vivant; elle se rencontre toujours quand l'œil est cylindro-conique, elle est donc la caractéristique de la déformation oculaire, elle est donc la caractéristique de la myopie. C'est à Donders qu'est due la découverte de cette altération.

A côté de cette myopie que l'on pourrait appeler normale, s'en trouve d'autres parmi lesquelles je rangerai celle que M. J. Guérin met sur le compte de la rétraction musculaire, celle qui coïncide avec le staphylome pellucide, la luxation du cristallin, l'état tétanique de l'accommodation, etc., mais ce sont là des myopies fausses, ce sont des états myopiques particuliers, ce ne sont pas des myopies vraies, car il leur manque la lésion spéciale, augmentation du diamètre antéro-postérieur et l'atrophie en plaque autour du nerf optique. — Ces myopies on les guérit par des opérations, tandis que la myopie vraie ne se guérit (?) que par des lunettes. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juillet. — Présidence de M. Charcot.

19. Lésions osseuses comme seules manifestations de la syphilis héréditaire; par M. Parrot.

M. Parrot présente des os atteints de lésions, qu'il rapporte à la syphilis héréditaire. Ils ont été recueillis sur un enfant de deux mois, mort d'athrepsie. La *calotte crânienne*, sur plusieurs points de sa surface externe, est couverte d'une couche mince d'un tissu plus rouge, plus mou et plus poreux que l'os sain ; en dedans, l'on voit des dépressions nombreuses, profondes et très-rugueuses.

Tous les *os longs* des membres sont altérés suivant un type identique, mais à des degrés divers. Les plus malades sont le fémur et le tibia. A la face interne de ce dernier, empiétant un peu sur l'interne et la postérieure, on voit un tissu rouge plus facile à couper que celui des parties saines de l'os qui ont conservé leur teinte blanc-bleuâtre, leur aspect lisse et leur dureté normales.

Sur une coupe faite suivant le grand axe, et de dehors en dedans, on voit que ce tissu forme une couche de plus d'un millimètre d'épaisseur, séparée par un léger sillon des parties non malades, beaucoup plus rouges qu'elles, et caractérisée par la direction de ces fibres qui est perpendiculaire à celle des fibres normales. Aux extrémités, le tissu spongieux est séparé du cartilage par une ligne parfaitement nette, et aucune lésion n'y est appréciable.

Les viscères, tels que le *foie*, la *rate*, et le *thymus*, qui habituellement sont lésés dans la syphilis héréditaire, ne présentent ici aucune altération ; et durant la vie, l'on n'a constaté aucune particularité anormale sur la peau, non plus que sur les muqueuses.

Malgré cela, et en l'absence de tout renseignement sur l'état de santé des parents de cet enfaut, je n'hésite pas à le considérer comme atteint de syphilis héréditaire. Pour me prononcer ainsi, je me base uniquement sur les lésions osseuses et je dis qu'elles constituent une preuve suffisante.

En effet, elles sont identiques à celles que l'on trouve chez des sujets incontestablement syphilitiques ; et il n'existe à ma connaissance aucune autre maladie qui puisse en être accusée. La seule à laquelle on pourrait songer est le rachitisme. Or, je ne l'ai pas encore constaté à cet âge, et sa caractéristique, à savoir le tissu spongoïde, n'existe pas sur les os que je présente. Le cartilage comme je l'ai montré a tous les caractères de l'état normal ; et il n'y a pas entre lui et le tissu spongieux de l'extrémité diaphysaire cette couche *chondro-spongoïde* qui ne fait jamais défaut dans le rachitisme.

La nature syphilitique de ces lésions étant admise, je ferai remarquer et c'est là ce qui donne une grande importance à ce cas, que les altérations des os y constituent la seule manifestation de la syphilis héréditaire. — Jusqu'ici, et chez un nombre considérable de malades) chaque fois que la syphilis s'était révélée, sur la peau ou les viscères, j'avais trouvé les os malades ; mais ce fait est le premier dans lequel les organes aient été les seuls atteints par la diathèse.

M. Houel. Je ne nie pas la nature syphilitique de ces lésions; je ferai seulement remarquer que le tissu de nouvelle formation formé de fibres perpendiculaires à l'axe de la diaphyse ressemble tout-à-fait à celui qui se forme dans la périostite simple, généralisée à la totalité de l'os.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

M. Guérin dépose sur le bureau, au nom de M. Surmay (de Ham), deux observations : l'une d'*abcès par congestion, situé sous l'arcade crurale, guéri à la suite de 10 ponctions aspiratrices*; l'autre de *kyste hydatique du foie, guéri par une seule ponction*.

M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. Th. Anger, relatif à quelques cas d'hygroma et de grenouillette traités avec succès par les injections de chlorure de zinc. Il a été déjà question, à cette place, de la communication de M. Anger.—Le rapporteur croit à l'opportunité de cette méthode pour le traitement des hygromas, il fait des réserves quant à la grenouillette; les accidents inflammatoires, survenus chez les malades de M. Anger, semblent lui donner raison. — Renvoyé au Comité de publication.

M. Tillaux analyse un travail très-important de M. Farabeuf sur la *luxation du pouce en arrière*. Ce genre de luxation est souvent irréductible : on a tour à tour fait jouer le rôle

principal aux muscles et aux ligaments pour expliquer cette irréductibilité. Ce qui paraît certain, c'est que cet accident est dû à l'interposition, entre les deux surfaces articulaires, du ligament glénoïdien. M. Farabeuf — et c'est là le trait original de son travail — fait siéger l'obstacle dans l'interposition de l'os sésamoïde externe renfermé dans ce ligament. Le ligament glénoïdien s'insère bien moins solidement sur le métacarpien que sur la phalange. Aussi, dans la luxation en arrière, c'est toujours à ce premier point d'insertion qu'il se rompt pour être entraîné avec la phalange. — Dans 100 expériences faites sur le cadavre, M. Farabeuf a constamment vérifié ce fait. — L'auteur considère trois cas de luxation : 1° La phalange est déjetée en arrière, mais l'os sésamoïde entraîné reste en contact avec la surface articulaire du métacarpien : c'est la *luxation incomplète* facilement réductible; 2° La phalange est située à angle droit sur la face dorsale du métacarpien et l'os sésamoïde « en croupe » (comme dit M. Farabeuf) sur le rebord glénoïdien dorsal : c'est la *luxation complète* ; 3° Les os sésamoïdes donnent attache à des muscles; les tendons de ces muscles contractés peuvent maintenir cet os sésamoïde bridé sur la face dorsale du métacarpien. L'auteur appelle ce cas *luxation complexe*. Dans cette circonstance, le pouce est parallèle au métacarpien. L'os sésamoïde ne peut se rabattre et la réduction n'aurait lieu que si l'écart entre les surfaces articulaires, phalangienne et métacarpienne, devenait supérieur à la longueur de l'os sésamoïde, ce qui est impossible à cause des ligaments latéraux.

Pour réduire cette luxation, M. Farabeuf conseille, comme M. Sédillot, de repousser à l'aide de la phalange le ligament glénoïdien et son os sésamoïde, jusqu'à ce que les deux surfaces articulaires soient en contact. Pour avoir un point d'appui plus solide, il se sert d'une pince particulière, dont on pourra voir la figure et la description dans le numéro du 6 février 1875, p. 79, du *Progrès médical*. Si la luxation était ancienne, il faudrait rompre le ligament latéral externe. (Le travail de M. Farabeuf sera publié avec des figures que l'auteur a dessinées et gravées lui-même et qui sont indispensables pour se rendre un compte exact de la production de ce genre de luxation.)

M. Verneuil lit un rapport sur une observation de M. Alfred Fournier, relative à un cas de *dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale*. — Jusqu'ici, on avait cru que les glandes salivaires n'étaient jamais le siége de ce genre de lésions, l'observation de M. Fournier est donc d'une grande importance. L'iodure de potassium a fait disparaître cette tumeur avec rapidité (MM. Després et Paulet font leurs réserves relativement à ce fait, et croient plutôt à une coïncidence ; M. Verneuil répond que la lecture de l'observation lève tous les doutes.)

M. Trélat fait une très-intéressante communication sur la parenté qu'il y a entre le *psoriasis de la langue et l'épithélioma lingual*. (Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de la rapporter en détail.) Il en ressort que sur le psoriasis de la langue vient souvent se greffer un épithélioma ; non pas que le psoriasis soit pour ainsi dire un stade de dévelopement du cancroïde, mais l'irritation, occasionnée par la présence de cette affection, prédispose au développement de l'autre. — M. Trélat cite des observations concluantes à ce sujet.

M. le Fort présente un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur enlevé chez un jeune homme de 21 ans. — Diverses Commissions sont nommées pendant la séance. Celle du prix Duval est composée de MM. Marjolin, Nicaise, Boinet, Houel et Larrey. — I. B.

REVUE CHIRURGICALE.

I. De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme; par le Dr H. L. Petit.

I. On sait que depuis plusieurs années M. Verneuil s'attache à l'étude des rapports réciproques des lésions traumatiques avec les maladies constitutionelles. Plusieurs de ses élèves en ont fait leur sujet de thèse : en 1868, M. Dériaud recherchait l'influence de l'impaludisme sur les lésions traumatiques; en 1870 M. Péronne et M. Eug. Petit reprenaient la question au point de vue de l'alcoolisme et de la grossesse. On n'a pas oublié que le travail si intéressant de M. Péronne a été le point de départ d'une discussion approfondie, à l'Académie de médecine, sur l'influence de l'alcoolisme sur la marche des plaies.

M. H. Petit vient de faire pour la syphilis ce que ses devanciers avaient fait pour les autres états généraux, que nous venons de citer; mais il a insisté plus que les autres sur l'influence des lésions traumatiques sur la diathèse.

Son travail se compose de plusieurs parties. Dans la première il fait l'historique de la question, et suit pas à pas l'idée qu'il étudie dans les écrivains qui auraient pu s'occuper de la question. Il faut bien dire que les documents recueillis sont clair-semés, et si l'auteur a pu réunir un assez grand nombre de faits dans les livres, ces faits sont presque toujours isolés et ne paraissent pas avoir éveillé dans l'esprit de ceux qui les ont rapportés l'idée que ce qui peut s'appliquer à un syphilitique pourrait s'étendre à tous les individus en puissance de diathèse.

Dans la seconde partie l'auteur étudie l'influence de la syphilis sur la marche des lésions traumatiques. Si tous les cas ne sont pas concluants, nous devons néanmoins signaler comme très-curieuses les observations 1, 2, 3, 7, 13, etc., où des lésions minimes, piqûre d'aiguille, d'insectes, application de tartre stibié sur la peau, ont été suivies, *in situ*, de l'apparition d'ulcères syphilitiques.

On voit dans ce chapitre que, chez des sujets atteints de syphilis grave ou qui dans une syphilis ordinaire n'ont pas encore suivi de traitement ou ne l'ont suivi que pendant un temps insuffisant, les lésions traumatiques peuvent donner lieu : 1° à une véritable syphilide; 2° à une ulcération qui, sans avoir des caractères syphilitiques bien nets, ne guérit pas; 3° à une plaie qui ne se cicatrise pas ou ne se cicatrise que lentement. Ces caractères peuvent se montrer soit immédiatement après la blessure, soit quelques jours après, soit enfin lorsque la cicatrisation paraît sur le point de se terminer. Lorsqu'il y a des manifestations syphilitiques au moment de la blessure, l'aspect que revêt celle-ci est analogue aux syphilides en voie d'éruption; s'il n'y a pas de manifestations, la plaie revêt en général l'aspect d'une manifestation tardive de la syphilis, du rupia en particulier. Tous ces accidents guérissent comme les syphilides simples, par un traitement spécifique.

La troisième partie a trait à l'influence du traumatisme sur les manifestations de la syphilis. Elle n'est pas moins intéressante que la précédente. Nous y voyons, en effet, des lésions minimes, des écorchures, un vésicatoire, des piqûres, etc., réveiller une diathèse endormie depuis plusieurs années. Nous devons signaler comme des plus curieuses l'observation 42, où une luxation de l'épaule fit apparaître des bulles de rupia chez un syphilitique, qui, depuis 67 ans, se croyait à tout jamais débarrassé de sa maladie. Ce fait est à rapprocher de celui que signalait dernièrement M. Fournier, d'une gomme syphilitique survenue 55 ans après le début de l'affection.

Les syphilides provoquées par le traumatisme occupent soit la région blessée, soit un point du corps plus ou moins éloigné de cette région ; elles peuvent aussi se localiser sur un point qui a été autrefois le siége d'une lésion (*locus minoris resistentiæ*). L'accident syphilitique est tantôt une ulcération, tantôt une gomme ; il guérit comme les accidents de la syphilis ordinaire.

Le point important de ce chapitre est celui qui rapport aux opérations chez les syphilitiques. Sans doute, comme le fait remarquer M. Petit, tous les syphilitiques blessés n'ont pas pour cela des syphilides, mais comme des opérations, en particulier des autoplasties, ont donné de mauvais résultats par le fait de la syphilis, il n'en coûte rien de faire suivre aux syphilitiques un traitement général pendant un certain temps (six mois, dit M. Verneuil), avant de les opérer, quand il n'y a pas urgence.

Nous passons sur le chapitre des complications des plaies, où l'on trouvera néanmoins encore d'intéressantes, mais trop peu nombreuses observations.

En résumé, M. Petit a fait dans sa thèse, le cadre qui pourra servir à l'étude des autres maladies constitutionnelles. Le sien n'est pas encore rempli, mais il est à désirer que ceux qui sont en mesure de recueillir de nombreuses observations s'efforcent de combler les vides qu'il a laissés. Ajoutons que, dans cet excellent travail, la profondeur de l'érudition et la netteté des observations cliniques s'unissent à de grandes qualités de style; pour en faire une œuvre très-intéressante et très-agréable à lire. C'est ainsi qu'on a jugé la Société de Chirurgie, puisqu'elle a décerné à l'auteur une de ses plus belles récompenses (1). (*A suivre*). H. Duret.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'essence de santal. — Ses avantages dans le traitement de la blennorrhagie. — Son meilleur mode d'administration.

Bien connu depuis longtemps au point de vue botanique, le santal n'avait cependant été étudié que très-superficiellement sous le rapport de ses propriétés thérapeutiques, jusqu'à l'époque récente où M. le docteur Th.-B. Henderson lui consacra un travail spécial. Peu après, M. Panas, chirurgien des hôpitaux de Paris, ayant eu l'occasion d'observer les effets de l'essence de santal dans le traitement de la blennorrhagie, communiqua, à la *Société de chirurgie*, les résultats que l'emploi de cette essence lui avait fournis. Toutefois, aucun mémoire un peu complet n'avait été publié en France sur le santal, lorsque M. le docteur G. Durand jugea utile de choisir pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude des propriétés thérapeutiques de l'essence de santal (2).

Dans le résumé que nous entreprenons, nous ferons des emprunts d'autant plus larges aux documents rassemblés par cet auteur que les traités classiques sont insuffisants sur ce point, bien qu'il y ait des exceptions à cet égard, comme nous aurons l'occasion de le faire voir.

Laissant de côté, parce qu'elles sont encore trop indécises, les applications de l'essence de santal, soit contre certaines fièvres, soit pour combattre les affections pulmonaires d'origine catarrhale, nous examinerons uniquement les usages de cette substance dans le traitement de la blennorrhagie et des affections analogues. C'est dans cette maladie, en effet, que les propriétés balsamiques du santal, à l'instar de celles du copahu et du cubèbe, ont été mises à contribution.

Un hollandais, Rumphius, a, le premier, reconnu les qualités anti-blennorrhagiques de l'essence de santal. Cela se passait en 1750. Or, il s'est écoulé plus d'un siècle, avant que de nouvelles recherches fussent entreprises sur ce point. Guidé par un passage d'un ouvrage du docteur Saughnessy, dans lequel il était dit que « les naturels de différents pays se servaient de la poudre de santal contre la blennorrhagie », M. le docteur Henderson expérimenta le santal et fit connaître les résultats obtenus, par lui, dans le *Medical Times and Gazette* (3 juin 1865). Ayant eu connaissance de cette publication, M. Panas se procura de l'essence de santal, qu'il administra dans son service à des hommes atteints de blennorrhagie. Ses expériences confirmèrent de tous points les avantages signalés par le médecin anglais (3).

A partir de là, quelques médecins, entre autres M. le docteur Simonnet, médecin de l'hôpital du Midi, et M. le docteur Caudmont, dans sa pratique privée, eurent recours à l'essence de santal et en retirèrent des bénéfices sérieux. (G. Durand, loc. cit.).

Mais ces essais isolés étaient peu connus; aussi M. le professeur Gubler a-t-il largement contribué à attirer l'attention sur le santal en lui consacrant les quelques lignes suivantes dans ses *Commentaires thérapeutiques sur le Codex* (1873).

« L'essence de santal passe dans les urines à la manière de celle de la térébenthine et de copahu. Elle agit, comme ces dernières, sur la muqueuse des voies urinaires et génitales et peut les remplacer dans le traitement du catarrhe vésical, ou de la blennorrhagie. On l'emploie depuis quelques années à cet usage (Henderson, Berkeley-Hill, Panas, etc.), j'en ai souvent constaté l'utilité. On administre l'essence de santal en capsules dosées au même nombre que celles de copahu. »

Ainsi que cette citation l'indique nettement, l'éminent professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, range l'essence de santal à côté des balsamiques les plus actifs: copahu, cubèbe, etc.

Nos observations particulières nous permettent de dire que, associée à ces différents médicaments d'un usage quotidien, l'essence de santal rendra de réels services dans le traitement de la blennorrhagie, de la blennorrhée, de la cystite du col, des rétrécissements de l'urèthre avec inflammation partielle de la muqueuse. (Caudmont cité par Durand). Aux faits déjà connus, M. le docteur Durand en ajoute plusieurs qu'il a recueillis lui-même et qui méritent d'être consultés.

Les ressemblances que nous avons signalées entre l'essence de santal, d'une part, le copahu et le cubèbe, d'autre part, sous le rapport des effets thérapeutiques, se retrouvent encore lorsqu'il s'agit du mode d'administration.

Tous les médecins savent combien les capsules à enveloppe de gluten, celles de Mathey-Caylus, par exemple, qui sont mentionnées depuis longtemps, avec éloges, dans plusieurs ouvrages classiques, ont rendu facile et commode l'emploi des balsamiques, en permettant de les prescrire même aux personnes dont l'estomac est le plus susceptible. De là, l'idée toute naturelle de donner l'essence de santal en capsules glutineuses.

Les Capsules de Mathey-Caylus dont l'enveloppe est aussi mince que possible, et par conséquent rapidement dissoute dans les liquides de l'estomac, constituent la préparation la plus convenable. De la sorte, l'odeur de l'essence de santal est masquée, absolument comme celle du copahu, du cubèbe, de la térébenthine, du goudron, etc.

Grâce à cet ingénieux procédé pharmacologique, le médecin peut, à volonté, selon les cas, prescrire des capsules contenant les divers médicaments balsamiques, dont l'emploi est si répandu, et avec raison, dans le traitement des affections des organes génito-urinaires. Du reste, pour justifier cette appréciation, il nous suffira de rappeler l'opinion d'un des syphiliographes les plus illustres de notre époque, Ricord :

« Au nombre des meilleurs moyens imaginés pour envelopper le copahu, on peut, dit-il, placer en première ligne les *capsules de gluten*. Ce procédé, supérieur à tous les autres, réunit les conditions voulues pour rendre l'emploi du copahu facile et sans inconvénient. » (*Leçons cliniques à l'Hôpital du Midi.*)

En résumé les Capsules Mathey-Caylus, *à enveloppe mince de gluten*, constituent le moyen le plus parfait pour administrer le copahu, le cubèbe, l'essence de santal, le goudron, la térébenthine et d'autres médicaments dont l'odeur et la saveur désagréables sont bien souvent un obstacle à leur emploi. (*Gazette des Hôpitaux*, 7 décembre.)

70. L'acide oxalique dans l'angine diphthérique.

Le Dr Noé Cesmi emploie avec avantage l'acide oxalique en solution gommeuse. Il badigeonne les plaques avec un pinceau trempé dans la solution. Le Dr Proso-Giurleo se sert de la formule suivante :

Acide oxalique........	[illegible] grammes.
Glycérine............	100 —

De plus, gargarismes fréquents avec :

Acide oxalique............	1 gr. 5
Eau.....................	20 —

(*Giornale Veneto* et *Gaz. médic.*)

71. Traitement des hémorrhoïdes par l'injection d'ergot.

Le Dr G.-W. Semple rapporte cinq cas d'hémorrhoïdes, dont deux étaient accompagnés de prolapsus du rectum qu'il traita avec succès en injectant dans le rectum, après chaque selle, 0 gr. 80 d'extrait d'ergot et 16 grammes

(1) Nous trouvons dans l'ouvrage d'Heyfelder que nous analyserons bientôt les faits suivants. Pendant la guerre de 1870-71, à Neuwied, cet éminent chirurgien observa chez un blessé français une large plaie en sillon, peu profonde, siégeant sur le thorax et qui avait pris tout-à-fait le caractère d'un ulcère syphilitique, tandis qu'une seconde plaie au tibia ne présentait aucune altération appréciable. Chez un officier russe atteint de varioloïde, pendant qu'il était en possession de syphilis secondaire, 45 pustules en suppuration se transformèrent en autant d'ulcères syphilitiques (p. 195).

(2) *Étude sur les santalacées et sur les propriétés chimiques et thérapeutiques de l'essence de Santal-citrin.* — (Paris 1874.)

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie.* — Septembre 1865. — Consultez aussi un article de M. Genest de Servière, inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, 14 juillet 1865.

d'eau. L'un des malades avait une hypertrophie de la rate qui fut ramenée à ses dimensions normales par le traitement. Un troisième cas concernait une femme enceinte qui n'éprouva aucun inconvénient du traitement (*Saint-Louis Med. and. Surg. Journal*, après 1875 et *The Practitioner*, august 1875, p. 142).

Faculté de médecine de Paris. — Dans leur réunion du 2 décembre, les professeurs de la Faculté ont proposé à M. le Ministre de l'Instruction publique, pour la place de doyen : en 1re ligne, M. Vulpian; — en 2e ligne, M. Bouchardat. — Hier 9 décembre, M. le vice-recteur a installé le nouveau doyen, M. Vulpian.

Concours de l'agrégation (anatomie, etc.). Les questions suivantes (1re série d'épreuves) ont été traitées dans les trois premières séances : *Anatomie et physiologie de l'intestin grêle*, par Chrétien et Farabeuf; — *Pie-mère, liquide céphalo-rachidien*, par Coyne et Héméguy ; — *La langue, anatomie et physiologie*, par Cadiat ; — *Des carbures d'hydrogène*, par Bourgoin.

— M. le Dr Malassez vient d'être nommé directeur-adjoint du laboratoire d'histologie au Collège de France.

École pratique des hautes études. — *Laboratoire de physiologie*, directeur P. Bert. — Les conférences de physiologie expérimentale commenceront au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences de la Sorbonne le samedi 11 décembre, de 2 heures à 4 heures et continueront les jeudis et samedis suivants. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté des sciences.

Concours. — *Internat.* Les épreuves orales ont commencé, voici les questions : 1° : artère rénale; diagnostic, pronostic et traitement de l'hématurie; — 2° articulation tibio tarsienne; entorse.

Externat. — 2 déc.: Signes et diagnostic de la pleurésie ; 4 déc.: Des moyens hémostatiques dans les hémorrhagies traumatiques.

Le fou de Saint-Omer : M. Ritt et M. Van Cassel. — Les débats ont été clos le 7 décembre. La Cour, après s'être retirée dans la chambre de ses délibérations, a rendu un arrêt par lequel elle a retenu l'affaire en délibéré. — Enfin, le 8 décembre, le jugement a été prononcé : M. Ritt a été condamné à 100 fr. d'amende et M. Van Cassel à 50 fr. de la même peine. Ces Messieurs n'ont pas payé trop cher leur brevet d'invention d'un mode de traitement de la folie que nous nous garderons bien de conseiller à nos lecteurs.

Vacances médicales. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot continue ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux tous les dimanches, à 9 heures et 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* Service de M. Brouardel. Salle Saint-Augustin (H.) : 9, atrophie musculaire progressive; 20, gangrène pulmonaire; 26, asthme essentiel. — Pavillon III (F.) : 3, granulie; 17, leucocythémie ganglionnaire; 22, syphilis tertiaire.

Service de M. Peter. Salle Saint-Antoine (H.) : 5, hématuries intermittentes, lithiase rénale; 18, ataxie locomotrice; 20, albuminurie; 24, affection mitrale, asystolie. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 2, suite de couches, pleurésie; 17, paraplégie. Leçons cliniques le samedi.

Chirurgie. Service de M. Duplay. Salle Saint-Barnabé (H.): 23, fracture comminutive de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'omoplate; 63, mal perforant; 44, mal perforant sur une cicatrice de gelure; 40, phlegmon angioleucitique de l'avant-bras. — Salle Sainte-Marthe (F.): 6, anus contre nature, inguinal; 5, éléphantiasis des jambes; 15, carcinome du vagin et du col utérin; 11, hernie ombilicale très-volumineuse, accidents d'obstruction intestinale. — Leçons cliniques et opérations le mardi.

Hôpital Sainte-Eugénie. Médecine. Service de M. Bergeron. Consultation lundi et jeudi. Visite à 8 h. Salle Saint-Augustin : 1, fièvre typhoïde; 12, angine catarrhale; 14, pneumonie; 18, entérite. — Salle Sainte-Mathilde : 1, mal de Bright; 15, croup; 18, coqueluche; 23, anémie; 27, méningite spinale; ?, chorée.

Service de M. Triboulet. Consultations mercredi et samedi. Visite à 8 h. 1/3. Salle Sainte-Marguerite: 9, fièvre continue; 10, pneumonie; 17, pneumonie caséeuse; 20, fièvre typhoïde à forme cérébrale ; 23, fièvre typhoïde.

Service de M. Cadet de Gassicourt. Consultations mardi et vendredi. Visite à 8 h. 1/2. Salle Saint-Joseph : 3, rougeole, bronchite ; 4, coqueluche, 6, croup opéré; 14, laryngite striduleuse; 21, fièvre typhoïde.

Chirurgie : Service de M. Marc Sée. Consultation tous les jours. Visite à 8 h. 1/2. Salle Napoléon : 5, luxation du coude; 7, fracture des deux cuisses; 8, fracture de jambe; 16, kyste du creux poplité; 35, phlegmon sous-pectoral. — Salle Sainte-Eugénie : 4, fracture de jambe; 26, fistule lacrymale double ; 29, nécrose du tibia, évidement de l'os; 31, brûlures de la face et des mains; 39, pied-bot valgus équin.

Hôpital Necker. — Service de M. Delpech. Salle Saint-Ferdinand (H.): 2, néphrite; 4, eczéma; 6, sciatique; 9, entérite chronique; 10, rupia syphilitique; 14, rétrécissement et insuffisance aortique; 19, fièvre intermittente; 20, ataxie locomotrice; 22, paralysie générale; 23, sciatique, tumeur du bassin. — Salle Sainte-Adélaïde (F.) : 1, sclérose en plaques; 2, fièvre typhoïde; 3, périmétrite; 9, anémie; 10, rhumatisme articulaire aigu; 15, paraplégie hystérique; 20, métrite parenchymateuse; 24,

[illegible] intermittente 25, méningite spinale rhumatismale.

Service de M. LABOULBÈNE. Salle Sainte-Anne (H.) : 1, épilepsie symptomatique; 18, péritonite tuberculeuse à forme aiguë; 19, bronchite gangréneuse; 23, bronchite, emphysème; 30, pneumonie. — Salle Sainte-Thérèse (F.) : 1, pleurésie, 3, intoxication par le sulfure de carbone, albuminurie; 7, angine herpétique; 8, pneumonie; 9, insuffisance mitrale; 18, chorée, rhumatisme articulaire, endocardite et angine rhumatismale. — Salle Sainte-Eulalie (F.) : 3, corps fibreux sous-péritonéaux; 10, insuffisance mitrale, hémoptysie; 14, tumeur fibro-cystique de l'utérus; 15, néphrite albumineuse, urémie; 17, fièvre typhoïde; 20, tumeur cérébrale.

Service de M. POTAIN. Salle Saint-Louis (H.); 6, néphrite interstitielle, bruit de galop, accidents céphaliques; 21, hypertrophie cardiaque gauche, aortite chronique? 19, morve anomale? 20, cirrhose alcoolique. — Salle Sainte-Anne (F.) : 8, chorée rhumatismale avec insuffisance et rétrécissement mitrale; 12, hypertrophie cardiaque droite par emphysème pulmonaire et déformation thoracique, congestion rénale consécutive; 21, hypertrophie cardiaque, insuffisance tricuspide fonctionnelle (sans lésions); 30, érysipèle de la face, hémiplégie. éruption tuberculeuse de la face soupçonnée de nature syphilitique.

Service de M. DÉSORMEAUX. Salle Saint-Pierre (H.) : 5, étranglement herniaire (opération), 12, rétrécissement du rectum: 25, hématocèle du testicule; 31, ténosite crépitante; 43, empyème. — Salle Sainte-Marie (F.) : 10, cancer du bras n[illegible] opéré, 16, hydarthrose du genou; 24, antéversion.

Service de M. GUYON. Salle Saint Jean (H.) : 1, luxation du fémur, suite de coxalgie, albuminurie; 3, rétrécissement du rectum, rétrécissement de l'urèthre, fistules urinaires; 4, adénite cervicale, 19, tumeur des fossesnasales; 20, fractnre compliquée de l'humérus, résection; 22, fracture de la clavicule.

Le rédacteur-gérant: BOURNEVILLE.

VERSAILLES, IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

3e ANNÉE. — N° 51 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 18 DÉCEMBRE 1875.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

De la Gangrène pulmonaire.

Leçon recueillie par L. MAUNOIR, interne des Hôpitaux.

Messieurs,

Parmi les malades intéressants du service, il est une femme que vous connaissez tous très-bien, et qui, entrée depuis près de deux mois et demi à l'hôpital avec les symptômes d'une pneumonie, a présenté dans le cours de sa maladie des accidents de gangrène pulmonaire.

J'avais différé jusqu'ici de vous en entretenir, attendant pour le faire une issue quelconque de cette longue maladie. Pendant assez longtemps, nous avons assisté à une amélioration telle que nous avons pu espérer sa guérison ; mais depuis quelque temps, elle décline à vue-d'œil et il n'est pas douteux que, bientôt, elle ne nous fournisse l'occasion d'observer *de visu* les lésions dont ses poumons sont le siége. Comme ce complément d'observation ne peut ajouter que peu d'intérêt aux considérations que je me propose de vous présenter à ce sujet, je vais en faire dès aujourd'hui l'objet de cette conférence.

Au moment où déjà les pneumonies nous arrivaient en assez grand nombre, le 16 février, cette femme, âgée de 72 ans, fabricante de chaussons, entrait à l'hôpital atteinte d'une pneumonie du côté gauche, qu'elle paraissait avoir contractée l'avant-veille en revenant du lavoir. Malgré son âge avancé, cette femme avait une constitution robuste ; elle avait toujours joui d'une bonne santé, n'avait jamais fait aucun excès, ni pâti de la misère. Jamais elle n'avait eu de maladie sérieuse, aucune affection de poitrine, et elle conservait avec la maladie dont elle était atteinte une bonne humeur et un entrain très-remarquables.

C'est assez vous dire que la pneumonie ne se présentait pas avec les caractères de gravité qu'elle revêt ordinairement à cet âge. Elle avait débuté par des frissons assez intenses deux jours auparavant; en même temps un point de côté, violent et persistant, s'était manifesté du côté gauche de la poitrine. La fièvre était modérée, la langue nette et humide, la respiration peu embarrassée; elle toussait peu et l'expectoration était presque nulle. Cependant à gauche et en arrière, dans les deux tiers inférieurs, on constatait une matité notable qui s'accusa davantage encore les jours suivants. A l'auscultation, nous trouvions les signes ordinaires de la pneumonie: souffle bronchique, râles crépitants, retentissement de la voix qui, à la base, avait très-manifestement le caractère égophonique.

Sa maladie paraissait si bénigne qu'elle fût livrée à peu près à l'expectation ; un vésicatoire seulement fut appliqué en raison des phénomènes pleurétiques assez accusés qui se montrèrent au moment où la pneumonie semblait entrer en résolution. Tout à coup, dix jours après son entrée, c'est-à-dire au 12e jour de sa pleuro-pneumonie, la scène changea complétement. Cette malade qui, le 25 février, avait présenté un peu d'abattement, fut trouvée le lendemain 26 à la visite du matin dans un état de prostration complète, la face cyanosée, le corps couvert d'une sueur froide, avec une dyspnée intense, et ayant eu du délire pendant toute la nuit.

Localement, les signes s'étaient peu modifiés, mais dans le tiers inférieur à gauche le souffle était redevenu tubaire et on trouvait une exagération notable des vibrations thoraciques. Mais le phénomène capital était l'odeur infecte qu'exhalait l'haleine de la malade, odeur caractéristique de la gangrène pulmonaire, odeur dont la malade avait parfaitement conscience et qui s'exagérait encore quand elle faisait de profondes respirations ou qu'elle toussait. Les crachats restaient comme les jours précédents muco-purulents, mais sans offrir l'odeur de sphacèle, seulement une odeur fade et un peu alliacée. La température alors était montée à 39°, 2 pour redescendre très-vite à 37° et osciller désormais entre 37° et 38°, le pouls lui-même ayant peu de fréquence.

Cependant, le 28 février, on constatait aussi à la base du côté droit les signes d'une seconde pleuro-pneumonie avec souffle et râles crépitants assez humides dans le quart inférieur. Deux jours après, quoique l'odeur gangrèneuse eût disparu, la malade se plaignait d'être empoisonnée par l'odeur de son haleine. Pendant 15 jours environ jusqu'au 10 mars l'état général demeura le même : Cyanose de la face avec très-peu de dyspnée, prostration très-accusée, mais état fébrile très-modéré (T. A. entre 36°, 5 et 38°). Crachats muco-purulents verdâtres et visqueux. Les urines n'ont présenté ni sucre ni albumine. Localement à gauche le souffle prend un caractère caverneux avec de gros râles humides en dehors vers l'angle de l'omoplate ; à droite persiste du souffle doux et de l'égophonie.

Du 15 mars au 10 avril, la malade semble être entrée en pleine convalescence. Bien que toussant encore beaucoup, elle a retrouvé bon appétit, et sa gaieté naturelle. Les signes restent à peu de chose près ceux indiqués précédemment. Le caractère de l'expectoration seul a changé. Ce sont de gros crachats nummulaires, compacts, et d'une blancheur laiteuse. A l'examen micrographique, on n'y trouve que des globules purulents. Depuis le 10 avril, notre malade est reprise de fièvre le soir ; elle pousse des gémissements continuels, elle présente avec cet abattement un amaigrissement sensible ; sa toux est revenue fréquente, pénible et s'accompagne d'une expectoration muco-purulente abondante. Le 27 avril, l'examen local ne permet de constater que peu de modifications : à gauche, en bas et en dehors, existe un souffle doux, pleurétique, mêlé à des râles humides, et un peu plus haut vers la pointe de l'omoplate un souffle profond dans les fortes inspirations ; à droite le souffle est plus dur, et on entend aussi des bouffées de râles de retour avec submatité et égophonie.

L'analyse de cette longue observation semble conduire à cette conclusion que cette malade est entrée à l'hôpital pour une pleuro-pneumonie du côté gauche, suivie bientôt d'une pleuro-pneumonie du côté droit, l'une et l'autre à la base, et qu'en même temps que se manifestait la seconde pneumonie, des phénomènes particuliers sont venus indiquer que l'inflammation du parenchyme pulmonaire se compliquait de gangrène. — Il s'agirait donc ici d'une pneumonie terminée par gangrène avec cette particularité remarquable que pendant un temps assez long à la suite d'un pareil accident la malade parût marcher vers la guérison.

Telles sont, en effet, les données les plus probables, mais pour peu que vous pénétriez dans la question de la *gangrène pulmonaire*, vous verrez qu'elle n'est pas toujours aussi simple; de même que, pour le cas actuel, il est assez difficile de se rendre exactement compte de ce qui s'est passé. La gangrène est rangée au nombre des terminaisons possibles de l'inflammation et si le poumon n'échappe pas absolument à cette loi commune, il faut se hâter d'ajouter que rien n'est plus rare que la mortification du poumon à la suite de la pneumonie.

Laënnec qui, le premier, a bien étudié la gangrène pulmonaire dit : « qu'on peut à peine la ranger au nombre « des terminaisons de l'inflammation de cet organe, et

« encore moins la regarder comme un effet de son intensité, car le caractère inflammatoire est très-peu marqué « dans cette affection, soit sous le rapport des symptômes, « soit sous celui de l'engouement pulmonaire. »

Quoique Fournet et Laurent apportent à l'appui de la terminaison possible par gangrène les faits d'Andral, Rostan, Cruveilhier, etc., Grisolle dit que l'opinion émise par Laënnec est absolument vraie, car sur 50 cas de gangrène pulmonaire observés par lui en 25 ans, dans aucun la maladie n'a été consécutive à une pneumonie légitime, et, d'autre part aucune des 305 pneumonies analysées dans son ouvrage (et ce n'est peut-être que le quart de ce qu'il en a vu depuis) ne s'est terminée par sphacèle. Enfin sur les 70 cas de gangrène pulmonaire qu'on trouve dans les ouvrages et monographies, à peine Grisolle en compte-t-il cinq qu'on pourrait, à la rigueur, regarder comme des exemples de pneumonies terminées par sphacèle.

J'ai déjà eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits de gangrène pulmonaire, et je crois rigoureusement vraie la proposition de Laënnec et de Grisolle. Rien de plus rare que la terminaison de la pneumonie par gangrène, mais, cependant, et c'est là le point capital en clinique, rien de plus ordinaire que de voir la gangrène pulmonaire présenter à son début et dans ses symptômes les signes habituels de la pneumonie.

Laissez-moi vous en rapporter un exemple récent qui reste d'autant plus gravé dans mon souvenir qu'il s'agit d'un de vos camarades attaché à mon service et qui fût frappé de cette terrible maladie, au mois d'octobre dernier à son retour des vacances. C'était un fort garçon de 23 à 24 ans, d'une constitution un peu molle et lymphatique, né de parents âgés, dont la conduite était régulière et qui ne faisait d'excès d'aucun genre. A la fin de ses vacances de l'an dernier, il s'était enrhumé, et en revenant le 8 octobre il éprouve, en route, un refroidissement. Le 10, il est pris dans la nuit d'un violent frisson et d'une douleur très-vive dans le côté droit de la poitrine. Il me fait appeler le 13. Il avait toujours la même douleur dans le côté et l'épaule à droite; son faciès était animé, la peau chaude et sèche, la toux incessante, l'expectoration peu abondante, muqueuse sans viscosité ni coloration spéciales. Le pouls était à 88, et malgré un état saburral l'appétit était conservé ; mais la soif était vive et il n'y avait pas de sommeil.

En examinant la poitrine, je ne trouvais qu'une légère submatité dans la fosse sous-épineuse droite, avec un peu de faiblesse du murmure vésiculaire, sans souffle ni râles. Plusieurs jours se passent sans amélioration et sans changement de l'état local. Tous les soirs la fièvre redouble pour retomber sensiblement le matin; la toux est toujours incessante, l'insomnie persiste et il n'y a que de la matité sans signes à l'auscultation. Ce n'est que le 17 que les crachats deviennent visqueux et qu'un souffle profond, peu intense, sans râles, se fait entendre dans la fosse sous-épineuse ; — puis, le 19, la fièvre augmente, des râles crépitants sont entendus, le point de côté reparaît et les crachats prennent bientôt un aspect muco-purulent, grisâtre, sanieux A leur surface surnagent quelques crachats de sang pur, vraiment hémoptoïques (P. 100, T. dépassant 40°). Du 22 au 26, on constate une matité assez étendue et plus complète, un souffle intense occupant toute la fosse sous-épineuse avec râles crépitants gros et superficiels, et frottements pleurétiques étendus. Il survient en outre des épistaxis abondantes, se répétant presque chaque jour. Les crachats sont toujours sales, visqueux et hémoptoïques. Enfin, le 26, apparaît l'odeur fétide et franchement gangréneuse de l'haleine.

Alors la température tombe rapidement de 40° à 37°,6, le malade perd cette anxiété qui lui était si pénible, il se sent beaucoup mieux, cesse de s'inquiéter. Quoique son haleine fût infecte, ses crachats n'avaient pas d'odeur. La faiblesse devient excessive, malgré la persistance d'un peu d'appétit. Le 28 et le 29, avec une amélioration apparente, la dépression des forces est extrême.

La nuit suivante fut très-mauvaise. Il y eut du subdélirium, des sueurs profuses. Au matin, le 30, je trouve le pouls petit, misérable, très-irrégulier; la respiration très-pénible et précipitée, les crachats toujours de mauvaise nature, mais sans odeur spéciale, tandis que la chambre était infectée. A 11 heures, surviennent de la cyanose, du refroidissement des extrémités; la respiration est très-fréquente, le pouls imperceptible. La connaissance est cependant conservée; — puis enfin, à 4 heures du soir, l'agonie et la mort terminent cette triste histoire. Si les circonstances nous avaient permis de faire la constatation anatomique des désordres qui existaient dans la poitrine de ce malheureux jeune homme, ce n'aurait pas été une pneumonie que nous aurions trouvée, mais une certaine étendue du poumon droit sphacélée, et commençant à subir la fonte gangréneuse.

Le parenchyme mortifié se présente, dans ce cas, sous la forme d'une espèce de bourbillon, mou, verdâtre, formé d'un tissu filamenteux que Laënnec. et les auteurs qui l'ont suivi, camparent à du chanvre ou à du lin putréfié. Ce bourbillon exhale une odeur de macération anatomique. — Si la fonte est assez avancée, on trouve un ou plusieurs foyers, dans lesquels existe une espèce de bouillie noirâtre et fétide.

Autour de l'escharre ou du foyer, la paroi est assez semblable au tissu hépatisé ou simplement carnifié, par le fait d'une inflammation parenchymateuse consécutive, qui joue, ainsi que le remarquent Cruveilhier et Grisolle, le rôle du cercle inflammatoire circonscrivant la gangrène des téguments. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus ;

Par le Dr **L.-E. DUPUY**, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Les trois cas suivants d'élongation hypertrophique compliquée de déviations utérines se rapprochent par un caractère commun : la résection du col fut pratiquée et amena un résultat doublement heureux, car les malades furent guéries à la fois, de l'hypertrophie du col et de l'*anté* ou *rétro-version* de la matrice.

Observation V. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus, accompagné de rétroversion chez une jeune femme de 21 ans — Section du col avec l'écraseur linéaire. — Guérison rapide.* (Observ. de Demarquay.)

La nommée T.. Marie, âgée de 21 ans, entre, le 21 janvier, dans le service de M. Demarquay, pour y être soignée d'une maladie de l'utérus. — Cette jeune femme a été bien portante jusqu'à l'âge de 16 ans. Depuis cette époque, elle a des pertes blanches abondantes et sa santé s'est graduellement altérée A son entrée à l'hôpital, elle est très-faible ; elle a de la dyspepsie, de la gastralgie, un bruit de souffle anémique très-intense. Les membres sont grêles, la peau est décolorée et la face présente cette teinte jaunâtre caractéristique de l'anémie prononcée.

Les règles reviennent tous les mois avec une très-grande abondance ; elles s'accompagnent de malaise, de douleurs dans le ventre et dans les reins, et laissent la malade dans une grande faiblesse. — A l'examen des parties génitales, on trouve un col qui arrive jusqu'au niveau de la vulve, et qui sort à travers les grandes lèvres pendant les efforts. Le vagin est peu renversé, en sorte qu'au premier abord on pourrait prendre cette lésion pour un abaissement simple de la matrice. Mais il est facile de voir, en introduisant l'hystéromètre dans la cavité utérine, que le col est même fortement allongé. L'organe tout entier mesure, en effet, 10 centimètres, au lieu de 6 ou 7, sa longueur normale. On sent facilement par le toucher, en arrière du col, une tumeur qui disparaît immédiatement par la manœuvre du redressement, et qui n'est autre chose que le fond de l'utérus.

25 *janvier*. — M. Demarquay pratique la *section du col*. — Après avoir endormi la malade avec le chloroforme, il saisit le col de l'utérus avec des pinces à griffes ; il l'attire hors de la vulve et le serre avec l'écraseur : la section se fait avec une grande facilité. L'opération n'a pas duré plus de cinq minutes La portion du col enlevée présente une longueur de 4 centimètres Sa structure n'offre rien de spécial à noter. Il n'y a ni érosion, ni ulcération à la surface de la muqueuse.

Les suites de l'opération sont très-simples : écoulement de quelques gouttes de sang dans la journée. Comme prescription : repos au lit et injection froide. — Le lendemain, il y a à peine un peu de fièvre. Le troisième jour

(1) Voir les nos 42, 43 et 46.

et les jours qui suivent, écoulement sanguin abondant qui n'est autre chose que l'hémorrhagie menstruelle avancée de quelques jours. Le seul accident à noter dans le cours de l'opération, est une perte légère survenue quinze jours après l'opération.

La malade est soumise à un traitement tonique: fer, vin de quinquina, alimentation réparatrice. Un mois après l'opération, la plaie du col est cicatrisée. La rétroversion a disparu et la malade sort de l'hôpital, ne conservant qu'un peu de faiblesse.

Signalons le jeune âge de cette malade qui la met dans les conditions que nous avons indiquées comme étant les plus favorables à la production d'une déviation utérine. On remarquera également l'heureux résultat de l'amputation par l'écraseur, qui, certes, trouvait ici une de ses plus utiles applications.

Observation VI. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Kystes folliculaires.— Amputation du col.* (Observation de Huguier.)

Madame X., âgée de 43 ans, présente un col volumineux, mais lisse : soulevé de place en place par de petites éminences grosses comme des petits pois, et que M. Huguier regarde comme des kystes folliculaires. Le col utérin est entr'ouvert et admet facilement l'extrémité du doigt. L'introduction de l'hystéromètre le prouve, comme elle démontre l'*existence d'une rétroversion.* La cavité utérine a 10 centimètres de profondeur, *le vagin dilaté permet à la vessie et au rectum de faire un peu hernie.* — Considérant que, par suite de l'allongement et du volume excessif du col, les *fonctions rectales et vésicales sont très-sérieusement troublées,* M. Huguier pratique, avec un plein succès, l'amputation du col.

Cette observation est remarquable à plusieurs points de vue; outre les kystes folliculaires et la rétro-version, nous attirerons l'attention sur la hernie formée dans le vagin par la vessie et le rectum, et ayant amené des troubles fonctionnels sérieux. Dans le cas suivant de Marchal (de Calvi), nous retrouvons, décrites avec soin, des perturbations analogues dans les fonctions rectales.

Observation VII. — *Allongement hypertrophique du col avec anté-version. — Accidents du côté de l'anus et du rectum. — Amputation du col; hémorrhagie. — Guérison.* (Cas de M. Marchal, de Calvi.)

Madame X., âgée de 40 ans, présente une hypertrophie notable de la portion sous-vaginale. — *Il existe, en même temps, une anté-version de la matrice.* et le col presse sur la paroi rectale antérieure et la repousse fortement. Les matières fécales sont habituellement minces, aplaties, transversalement rubanées et en gouttière.

L'amputation du col fut pratiquée avec le bistouri; l'opération fut rapide, et il coula peu de sang. Une heure après une hémorrahagie. Le sang avait coulé abondamment; l'opérée était très-pâle, refroidie, le pouls extrêmement déprimé; il y avait menace de syncope à chaque instant. — On fit un tamponnement et de la glace fut appliquée sur le ventre. L'hémorrhagie, ainsi arrêtée, ne se produisit pas

Non-seulement la malade guérit de tous ces accidents, mais encore les fonctions rectales se rétablirent complétement, et les matières fécales prirent la forme de gros boudins cylindriques.

Rapprochons de l'observation de M. Marchal (de Calvi) le fait suivant qui nous a été communiqué verbalement par M. Ricord. Il s'agit d'une femme atteinte d'élongation hypertrophique du col avec anté-version de la matrice. D'habitude le museau de tanche ne comprimait le rectum que faiblement et sans déterminer aucun trouble intestinal. Lorsque cette disposition s'exagérait (à la suite d'un effort, de la marche prolongée ou d'une fatigue quelconque) la pression du col sur le rectum amène des phénomènes nerveux fort singuliers. La malade qui, du reste, était hystérique, tombait immédiatement dans le collapsus avec résolution musculaire complète. Il suffisait, pour faire cesser ces symptômes, d'amener en avant avec le doigt, le col de la matrice. — M. Ricord appliqua un appareil imaginé par lui, lequel avait pour effet de maintenir en avant le museau de tanche et de l'empêcher de comprimer l'intestin. Les accidents nerveux cessèrent ; plus tard, la malade fut guérie radicalement par l'amputation du col.

Disons enfin quelques mots d'une complication dont le chirurgien doit toujours prévoir la possibilité : nous voulons parler de l'*atrophie de l'utérus.* Celle-ci peut devenir une cause d'erreur grossière, lorsqu'on vient à pratiquer la mensuration à l'hystéromètre. Par suite des faibles dimensions de la cavité utérine, le nombre de centimètres obtenu représente presque exclusivement la longueur du col et se trouve au-dessous de la normale. Il ne faudrait pas, on le conçoit, nier par cette raison la possibilité d'une élongation cervicale.

Les faits de ce genre sont rares et nous n'avons pu en recueillir d'observation détaillée. Mais M. Boinet nous a dit avoir observé le cas suivant : Examinant une jeune étrangère, atteinte de stérilité, il trouva un col utérin ayant une longueur de quatre centimètres. Par le toucher rectal, il fut facile de constater une *atrophie* de la matrice. Celle-ci présentait, en outre, un léger degré d'anté-version. La menstruation était régulière et le canal cervical parfaitement libre. Le coït était possible, mais fort douloureux.

Cette malade ayant quitté brusquement Paris, M. Boinet ne put se livrer à un examen plus approfondi, mais il n'en conclut pas moins, et avec raison, qu'il s'agissait d'une élongation congénitale du col, *compliquée d'anté-version légère avec atrophie de l'utérus*

Telles sont les diverses complications ayant pour siége soit le col, soit le corps de l'utérus.

Si nous n'avons fait que nommer les divers états *inflammatoires ou néoplasiques* qui peuvent se développer sur le museau de tanche hypertrophié, c'est que nous comptons les étudier spécialement dans le chapitre suivant qui aura trait à l'examen histologique des différentes formes d'hypertrophies.

Nous avons aussi négligé à dessein de parler de l'*atrésie de l'orifice externe* qui s'observe principalement dans certaines hyperplasies fibromateuses du col utérin ; cette complication est importante à bien connaître, car elle s'accompagne souvent de troubles sérieux de la menstruation, et peut devenir une cause absolue de stérilité, même dans des cas où l'élongation est peu considérable. — Nous reviendrons plus loin sur ces faits et sur l'intervention thérapeutique qu'ils réclament.

Il est relativement assez rare d'observer des *lésions de voisinage* dans les cas d'élongations hypertrophiques cervicales; M. Rumbach, qui est le seul auteur ayant, à notre connaissance, consacré un chapitre spécial à ces complications, ne les mentionne même pas. — Sans vouloir parler de l'entraînement des organes voisins (vessie, vagin, etc.) qui ne s'observe guère que lorsque l'hypertrophie a porté en même temps sur la portion sus-vaginale, ou qu'il coexiste une procidence utérine, nous insisterons simplement sur deux complications importantes à savoir : la *péritonite chronique localisée* et le *phlegmon ou abcès pelviens.* — Les détails dans lesquels nous sommes entrés précédemment font prévoir la concomitance possible de ces affections ; nous avons vu, en effet, le coït occasionner au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur une douleur et une irritation fort vives On conçoit qu'il puisse en résulter, si l'acte sexuel est répété souvent, une inflammation chronique aboutissant à la suppuration du tissu cellulaire interposé entre le vagin et le rectum. Et nous ne faisons pas ici une pure hypothèse, car depuis longtemps les excès vénériens et les traumatismes ont été considérés par plusieurs auteurs comme une cause fréquente des tumeurs inflammatoires péri-utérines. *(A suivre)*

PATHOLOGIE INTERNE

Physiologie pathologique d'un cas de gangrène du poumon, avec oblitération de l'artère pulmonaire chez un enfant atteint de rougeole et de broncho-pneumonie consécutive;

Par **Albert ROBIN**, interne des hôpitaux.

Les oblitérations vasculaires et les gangrènes de divers organes, sont des complications fréquentes de la rougeole chez les enfants ; mais il est rare de rencontrer une gangrène du poumon coïncidant avec une thrombose de l'artère pulmonaire : le sang de cette artère n'est pas chargé de pourvoir à la nutrition du poumon, et l'oblitération du vaisseau ne produit ordinairement que du collapsus pulmonaire, de l'œdème circonvoisin et quelquefois de petits infarctus dans la zone des capillaires de la compensation collatérale. Grisolle n'admet pas que la suppression de la circulation dans l'artère pulmonaire puisse être une cause de gangrène.

Le fait suivant que nous avons observé avec M. Parrot vient

à l'encontre de cette opinion un peu trop absolue peut-être, comme nous essayerons de le démontrer tout à l'heure; nous tenterons aussi d'établir les rapports de causalité qui peuvent exister entre la rougeole compliquée de bronchopneumonie, d'une part; la thrombose et la gangrène pulmonaire, d'autre part, et de montrer comment s'enchaînent ces diverses affections. Bien entendu, nous ne généralisons aucune de nos réflexions : elles ne s'appliquent uniquement qu'à l'observation qui leur sert de base :

Observation. — *Rougeole. — Broncho-pneumonie. — Oblitération de l'artère pulmonaire. — Gangrène du poumon. — Rachitisme. — Stéatose hépatique. — Infarctus uratique du rein.*

D. Louise-Rosalie, née le 13 mars 1874 (n° 1004 des dépôts), entre à la salle de médecine (hospice des Enfants assistés, service de M. le docteur Parrot) le 26 mai 1875.

26 *mai*. Rougeole des mieux caractérisées. L'éruption est survenue pendant la nuit. Le seul caractère un peu spécial que présente cette rougeole est la teinte légèrement foncée de l'éruption. A l'auscultation de la poitrine, on perçoit un souffle peu intense des deux côtés de la poitrine, en arrière, surtout vers la base. L'enfant présente des signes incontestables de rachitisme (chapelet costal, nodosités articulaires, etc.) P. 156, T. R. 40°,2.

27. Diarrhée verte. P. 152, T. R. 40°,4.

28. Petites ulcérations à la face interne des lèvres et des paupières. Conjonctivite très-intense T. R. 39°,6.

29. La diarrhée persiste avec la même abondance et les mêmes caractères. P. 132. T. R. 39°,4, R. 80.

30. L'éruption rubéolique s'est encore étendue : elle a pris un caractère ecchymotique très-caractérisé. Le souffle s'entend toujours à la base et du côté droit de la poitrine. P. 132. — 31. P. 104, T. R. 38°,8.

1er *juin*. T. R. 40°. — 2. P. 128, T. R. 40°,2.

3. La teinte ecchymotique de l'éruption rubéolique commence à s'effacer. P. 148, T. R. 39°,8.— 4. P. 128, T. R. 39°,2.

5. Apparition sur la face et sur quelques points du corps de bulles de pemphigus rares et isolées. P. 136, T. R. 38°,6.

6. P. 104, T. R. 38°,2.— 7. T. R. 38°. — 8. P. 116, T. R. 38°,2.

9. L'éruption pâlit peu à peu et tend à disparaître; mais l'enfant ne se rétablit pas; il mange à peine et vomit rapidement la petite quantité d'aliments ingérée. T. R. 38°,6.

10. P. 144, T. R. 38°,4.

11. L'enfant est anxieux : à l'auscultation, on entend du souffle aux deux bases de la poitrine, en arrière, et des râles muqueux abondants disséminés dans toute la hauteur des poumons, surtout à droite. P. 136, T. R. 38°,6.

12. Nouvelle apparition de bulles de pemphigus. P. 144. T. R. 38°.

13. T. R. 38°. L'éruption rubéolique a complétement disparu.

14. P. 136, T. R. 38°,6.

15. P. 128, T. R. 38°,6.

16. P. 132, T. R. 38°,2.

17. P. 132, T. R. 39°,2. L'enfant maigrit et ne se remet pas; toux fréquente.

18. P. 132, T. R. 38°,8. — 19. P. 108, T. R. 38°.4.

20. P. 108, T. R. 39°,8. — 21. 108, T. R. 39°.

22. Le souffle se perçoit maintenant à la région supérieure et postérieure du poumon droit : il est d'une grande intensité et est accompagné de râles nombreux à grosses bulles. P. 148, T. R. 39°.6.

23. P. 116, T. R. 39°,6. — 24. P. 132, T. R. 39°,2. — 25. P. 132, T. R. 39°. — 26. P. 128, T. R. 39°,3.

27. P. 116, T. R. 39°. — 28. P. 112. T. R. 39°,4.

29. Petites ulcérations à la face postérieure des lèvres. P. 110, T. R. 40°,2.

30. P. 116, T. R. 40°,4.

1er *juillet*. P. 112, T. R. 40°,2. — 2. P. 112, T. R. 41°. — 3. P. 136. T. R. 40°,2. — 4. P. 180, T. R. 40°.

5. P. 100, T. R. 39°,8. — 6. P. 100, T. R. 39°. — 7. P. 100, T. R. 40°.

8. La peau de l'abdomen est recouverte d'ecchymoses violacées assez étendues; l'amaigrissement a fait de grands progrès. A l'auscultation, souffle intense aux deux côtés de la poitrine, en arrière, sans modification bien sensible de la sonorité à la percussion. P. 136, T. R. 39°,8. R. 76. — 9. P. 156. — *Mort* le 10 juillet à sept heures du matin.

Autopsie pratiquée le 12 juillet à 11 heures du matin.

Poumon droit. — Ce poumon présente dans la plus grande partie de son lobe inférieur une coloration grisâtre uniforme.

Le tronc de l'*artère pulmonaire* du même côté est occupé par un thrombus de couleur gris blanchâtre, formé de couches successives stratifiées, peu adhérent aux parois de l'artère qui sont complétement saines, se terminant brusquement du côté du cœur par une surface presque plane, à peine arrondie, et, envoyant des ramifications dans les branches de l'artère qui pénètrent dans le parenchyme pulmonaire. Les parties périphériques du thrombus n'ont pas la couleur gris-bleu du caillot principal, mais quoique intimement liées à celui-ci, elles ont un aspect noirâtre et sont d'une consistance beaucoup plus molle.

La portion du poumon dans laquelle se rendent ces branches de l'artère pulmonaire est à peu de chose près, complétement *sphacélée*. Le tissu de l'organe est extrêmement mou et friable; à l'œil nu, toute structure a disparu : la portion atteinte a une couleur verdâtre teintée de gris; elle laisse suinter un liquide épais tirant sur le vert sale et exhale une odeur gangréneuse des plus accentuées.

La lésion n'atteint pas partout un degré uniforme; dans les parties les moins malades, elle constitue des îlots très-nettement circonscrits par des lignes grisâtres plus dures que le tissu ambiant. Ces îlots excavés légèrement dans leur centre sont entourés d'une zone de parenchyme plus ou moins injecté, dont la couleur varie du rose au rouge sombre.

Les parties grises de la périphérie correspondent aux points les plus fortement atteints : là, tout est envahi; il n'y a plus trace de tissu sain; le poumon est creusé de cavernes remplies de liquide verdâtre et de détritus gangréneux.

Dans le *sommet* du même poumon, pneumonie lobulaire formant des taches brunes et dures sur la coupe rosée de l'organe; mais, il n'existe pas de broncho-pneumonie dans le lobe malade; les parties qui n'ont pas été atteintes par la gangrène se sont facilement insufflées et ne présentent aucun caractère anormal.

Poumon gauche. Tout le lobe inférieur de ce poumon est atteint de broncho-pneumonie, présentant çà et là des groupes d'un gris rose et passant à la troisième période. — *Bronches.* La muqueuse des bronches est de couleur jaune verdâtre.

Cœur. Le cœur pèse 29 grammes: il ne présente aucune altération. Un petit caillot récent dans l'oreillette gauche. Pas de stéatose myocardiaque.

Foie. Le foie présente un grand nombre de taches jaunes très-régulièrement distribuées à la surface de l'organe et ressemblant sur quelques points à des grains de semoule. Dans la profondeur, sur une coupe, cette disposition n'est plus appréciable et le foie n'offre d'autre apparence que celle d'un foie gras ordinaire. *Au microscope*: le foie est extrêmement gras; la stéatose est surtout intralobulaire; la périphérie des lobules est claire, tandis que le centre est d'un noir foncé; les gouttelettes de graisse sont très-nettement apparentes. — Un peu de bile jaune pâle dans le vésicule.

Reins. A la partie inférieure du rein gauche on voit de nombreuses taches bleuâtres très-apparentes, surtout à la périphérie. Quelques tubules contiennent un infarctus uratique de couleur noirâtre. — *Examen microscopique.* Le rein n'est pas gras dans sa substance corticale; mais il l'est à un degré très-marqué dans les tubules des pyramides; cette graisse est parfaitement mise en relief, si l'on traite la préparation par une solution de potasse.—L'infarctus est formé de sphérules d'urate de soude, très-condensés; la matière qui paraît bleuâtre à l'œil nu est distribuée très-régulièrement, mais elle existe partout, excepté à l'extrémité des pyramides; elle est formée d'une matière analogue aux sphérules, tantôt groupées, tantôt en îlots isolés; leur siége est difficile à déterminer; elles ne pa-

raissent pas contenues dans les tubules. L'acide chlorhydrique la dissout complétement ; la potasse ne lui fait pas subir de modifications.

Estomac. Revenu sur lui-même ; ne présente aucune lésion. *Larynx.* Intact. — *Rachitisme* costal très-accusé. — Pas de rachitisme crânien ; l'humérus et les tibias sont relativement peu malades. — *Encéphale.* — Rien à noter.

1° De la thrombose de l'artère pulmonaire. — *A. Le thrombus pulmonaire est de formation ancienne et il a précédé la gangrène.* En effet, sa couleur, sa consistance, la stratification des diverses couches qui le composent sont une preuve de son âge ; il s'est formé d'emblée dans la partie la plus large du vaisseau, puisqu'il se termine brusquement à l'origine de celui-ci et que ses ramifications intra-pulmonaires offrent tous les caractères des caillots récents : la coagulation a donc marché du centre à la périphérie. Si la gangrène avait précédé ou causé le thrombose, la coagulation aurait débuté par les parties gangrénées, c'est-à-dire par la périphérie, et elle aurait gagné de proche en proche jusqu'au centre ; on pourrait objecter que la coloration rougeâtre des expansions pulmonaires du caillot tient à l'altération de celui-ci par son contact avec des tissus gangrenés ; mais l'examen microscopique a prouvé que la partie blanche du caillot était formée de fibrine fibrillaire et granuleuse, mélangée d'une très-petite quantité de leucocytes et de globules sanguins, tandis que ces derniers abondent dans ces ramifications rouges ; le thrombus est donc mi-fibrineux, mi-cruorique.

B. Quelles sont les conditions qui ont favorisé la thrombose et pourquoi celle-ci a-t-elle siégé dans l'artère pulmonaire?

Dans l'observation qui nous occupe, la thrombose pulmonaire reconnait trois facteurs : la *rougeole*, la *broncho-pneumonie*, le *rachitisme*, dont nous comprenons aussi le mode d'action, en nous appuyant sur les données précises que fournit l'hématologie moderne à la physiologie pathologique.

Pendant la durée de la rougeole, la *température* avait oscillé de 39° à 40°4 : quand l'éruption eut disparu, le thermomètre se maintint durant une huitaine de jours entre 38° et 49° au lieu de s'abaisser entre 37° et 38°, suivant la règle; ceci tenait à l'évolution d'une broncho-pneumonie survenue dans le cours de la maladie primitive ; cette période écoulée, la pneumonie simple jusqu'alors, envahit les deux côtés de la poitrine, et la température s'éleva de 39°, à 40° et même 41°. Si l'on admet qu'il existe un rapport direct entre la température et le taux des *désingrégations organiques*, on peut conclure de ces premiers faits que chez notre malade, la dénutrition, c'est-à-dire la somme de déchets organiques devant être brûlés et éliminés, était assez considérablement augmentée. Nous en prenons pour témoin cet amaigrissement notable et rapide.

Pour brûler et transformer en produits facilement éliminables cet excès de matériaux, il faut nécessairement absorber une plus grande quantité d'oxygène : or, l'enfant avait une broncho-pneumonie double qui diminuait de moitié sa surface respiratoire (lobe supérieur droit, lobe inférieur gauche) ; de plus, comme le rachitisme costal était très-prononcé, le thorax se déprimait profondément à chaque inspiration, en sorte que toute compensation respiratoire devenait impossible; la quantité d'oxygène absorbée, se trouvait réduite dans de grandes proportions. Aux premières périodes de la maladie, une certaine compensation pouvait encore avoir lieu par l'augmentation énorme du nombre des respirations, et par l'accélération du pouls. Mais à la dernière période, le malade n'a plus la force de soutenir activement cette lutte ; son thorax s'affaisse d'autant plus que les masses musculaires et graisseuses qui aidaient à sa résistance s'amaigrissent avec plus de rapidité. On peut donc résumer en deux mots l'état de l'hématose et des combustions intra-organiques dans le cas actuel : par l'état fébrile et la phlegmasie pulmonaire *augmentation de la quantité de déchets à comburer* ; par cette dernière affection et par le rachitisme costal, *diminution de la quantité du comburent.*

Voyons maintenant quel rôle vont jouer l'une par rapport à l'autre, cet *oxygène insuffisant et cet excès des matériaux de la désassimilation*; puis nous étudierons la *constitution du sang veineux* qui doit charrier les produits ultimes de leurs réactions. — L'oxygène accomplit son maximum d'effet utile et brûle ce qu'il peut ; l'urée en effet augmente dans l'urine, mais sa quantité est si insuffisante qu'une partie des principes azotés ne pouvant évoluer en urée, ne s'oxydent qu'à l'état d'acide urique ; l'abondance des urates dans le sang est telle qu'ils forment dans le rein des infarctus analogues à ceux que l'on rencontre dans l'athrepsie et dans le sclérème.

Les autres produits des combustions sont les matières extractives et l'acide carbonique ; l'on sait peut de choses sur les premières, mais le second s'accumule dans le sang d'où il ne s'élimine pas facilement, en raison de la diminution du champ respiratoire.

Quant au sang lui-même, MM. Andral et Gavarret ont démontré que lorsqu'il surgit une phlegmasie dans le cours d'une fièvre éruptive, la fibrine du sang augmente. Lehmann et Smée expliquent ainsi le fait : la fibrine est un produit d'oxydation peu avancé de la sérine et des matières albuminoïdes fondamentales de nos tissus : dans les maladies inflammatoires du poumon, la fibrine augmente, parce que l'oxygène absorbé est en quantité relativement moindre et que cette quantité suffisante pour transformer la sérine en fibrine, n'est pas assez considérable pour en faire de l'urée.

Voilà donc le sang qui contient plus de fibrine, qu'à l'état normal, à côté d'un excès de principes mal brûlés et d'acide carbonique, et du minimum d'oxygène nécessaire à la constitution des globules : les expériences récentes de MM. Mathieu et Urbain démontrent que ce sont là les conditions les plus favorables à la coagulation du sang et c'est dans les vaisseaux veineux qui sortent des viscères importants et dans ceux qui sont les plus proches du cœur et des poumons que ces conditions de coagulabilité se trouvent réunies avec leur maximum d'intensité et de fat, les thromboses qui surviennent dans le déclin de la rougeole compliquée de broncho-pneumonie, siégent fréquemment dans les sinus crâniens, dans les jugulaires et dans l'artère pulmonaire : théoriquement même, l'artère pulmonaire serait particulièrement prédisposée, puisque c'est à son niveau que le sang contient le plus d'acide carbonique et le moins d'oxygène.

Telle serait pour moi l'une des causes de la thrombose pulmonaire, cause purement *chimique* qui vient en aide aux divers conditions *mécaniques* qui influent, elles aussi, sur la formation du caillot : la viscosité du sang, une diminution dans l'énergie des impulsions cardiaques, le ralentissement du courant circulatoire, etc.; la thrombose de l'artère pulmonaire est la résultante de l'action connexe de ces causes.

2° Causes de la gangrène. — Influence sur l'oblitération de l'artère pulmonaire.—De même que la thrombose, la gangrène reconnait plusieurs facteurs, les uns d'ordre *chimique*, les autres d'ordre *mécanique.*

Parmi les auteurs qui ont étudié les gangrènes morbilleuses, Bouley et Caillat, Boudet, puis Becquerel, fait jouer un rôle prépondérent à l'altération du sang et en particulier à son alcalinité prononcée et à la diminution de la quantité de fibrine ; d'autres ont admis que les virus morbilleux paralysant les vaso-moteurs du poumon, d'où stase et strombose capillaires, d'autres enfin ont mis en avant l'influence d'une pneumonie préalable.

Dans le cas présent, il faut éliminer l'inflammation du poumon, puisque l'autopsie a démontré que dans le lobe gangréné, il n'y avait nulle trace de broncho-pneumonie; il faut rejeter aussi l'hypothèse d'une diminution de la fibrine du sang; nous laissons enfin de côté la théorie dite nerveuse, dont la vérité n'est rien moins que prouvée.

Mais il reste néanmoins une altération du sang constituée par l'augmentation de l'acide carbonique et des matériaux de dénutrition imparfaitement brûlés par la diminution de l'oxygène, et par les modifications méconnues encore qu'imprime à la crase sanguine, le virus rubéolique. Les éléments des tissus affaiblis déjà par la longue durée de la maladie, sont donc mal nourris par un sang altéré, voilà la *cause chimique prédisposante* : dans le poumon, ces mêmes éléments débilités sont chargés d'un surcroit de travail en raison de la suppression des parties enflammées du parenchyme qui

ne peuvent plus rien pour l'hématose ; leurs conditions mécaniques ordinaires sont perverties, par suite de la mollesse de la cage thoracique qui s'affaissant à chaque inspiration, les comprime ou gêne leur expansion, telles sont les *causes mécaniques prédisposantes*. C'est alors que, commence l'*action de la thrombose pulmonaire* ; elle ne supprime, il est vrai, que la circulation fonctionnelle de l'organe, mais il est évident que cette suppression trouble profondément l'équilibre circulatoire de la région du poumon à laquelle se distribue l'artère oblitérée, et cette rupture d'équilibre survient précisément au moment où l'influence des causes chimiques et mécaniques prédisposantes se fait le plus vivement sentir : en même temps que la question de circulation, les accidents propres à la thrombose de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire, l'œdème, le collapsus et quelquefois les infarctus des capillaires de compensation, entrent pour une large part dans l'éclosion de la gangrène, dont l'ensemble des phénomènes précédents, constitue les *causes déterminantes*.

3. Un mot sur la symptomatologie. — Le diagnostic de la thrombose et de la gangrène, n'a pas été porté pendant la vie. La gangrène n'a dû apparaître que dans les derniers temps de la vie, sans cela, elle n'aurait pas passé inaperçue. Pour ce qui regarde la thrombose, les auteurs signalent comme signes de celle-ci, le dyspnée, le refroidissement par anhématose, la cyanose, etc. — Chez notre malade, la dyspnée s'est maintenue au même degré apparent, pendant toute la durée de la broncho-pneumonie; au lieu de se refroidir, il a présenté une très-notable élévation de température pendant les 8 à 9 derniers jours de sa vie ; mais la veille de la mort, la peau du ventre était couverte de taches violacées. Les signes propres à la pneumonie, et la complication gangrène, masquaient donc à peu près complétement la symptomatologie de la thrombose dont le diagnostic devenait par là presque impossible.

Nous n'avons insisté sur ce fait, peu important en apparence, que pour donner un petit exemple des secours que la physiologie morbide peut espérer de la chimie biologique, dans l'interprétation des phénomènes intimes d'un grand nombre d'états pathologiques (Voir page 755).

OBSTÉTRIQUE.

A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical ?

Par **P. BUDIN**, interne des Hôpitaux.

Pendant mon internat à la Maternité de Paris, mon chef de service, M. Tarnier, dans l'une de ses visites à la salle d'accouchements, en 1875, me recommandait de ne pas lier et de ne pas couper le cordon ombilical dès que l'enfant est né. Quand on se hâte trop de faire cette petite opération, entre deux ligatures préalables, on trouve, disait-il, le placenta gorgé de sang et l'on s'expose, d'une part, à priver l'enfant d'une certaine quantité de sang qui, avec plus de patience, serait rentrée dans son appareil circulatoire ; d'autre part, on court le risque de rencontrer dans l'extraction de l'arrière-faix quelques difficultés produites par la turgescence des vaisseaux ombilicaux et l'augmentation consécutive de la masse placentaire. Il est vrai qu'aux yeux d'un grand nombre d'accoucheurs ces difficultés sont largement compensées par la facilité avec laquelle le placenta se décolle quand son tissu est rendu plus ferme par la réplétion de ses vaisseaux; mais, d'après mon vénéré maître, cette opinion serait loin d'être établie sur des preuves irréfutables. M. Tarnier ajoutait qu'à côté des observations cliniques il était nécessaire d'avoir recours à la méthode expérimentale pour déterminer le moment précis où, dans l'intérêt de l'enfant, il convient de lier le cordon ombilical et il me chargeait de faire les expériences suivantes : chez un certain nombre d'enfants dont le cordon serait coupé au moment même de leur naissance, il faudrait recueillir et mesurer le sang qui s'écoulerait du bout placentaire; chez d'autres enfants, la tige funiculaire ne devait être coupée que plusieurs minutes après leur naissance et, pour ces derniers, la quantité de sang fournie par le bout placentaire du cordon serait comparée à celle qui aurait été obtenue dans la première série d'expériences.

Quant à la question relative à la délivrance, M. Tarnier déclarait que la solution devait en être laissée presque exclusivement à l'observation clinique; néanmoins il me conseilla de faire passer les placentas que j'aurais à ma disposition dans un entonnoir dont le petit orifice serait rigide et assez étroit pour qu'à l'aide d'une poulie de renvoi et de poids attachés à l'extrémité du cordon ombilical, il fut aisé de mesurer la résistance que cet orifice opposerait au passage de l'arrière-faix, cette résistance devant très-probablement varier suivant qu'on agirait sur un placenta exsangue (ligature et section tardives du cordon) ou sur un placenta gorgé de sang (section hâtive du cordon entre deux ligatures.)

L'enseignement et les conseils que je viens de résumer ont servi de point de départ aux recherches que je publie aujourd'hui.

Dès les temps les plus reculés, on a pratiqué la ligature du cordon ombilical. On était, dans l'antiquité, si convaincu de l'utilité de cette opération, que les sages-femmes portaient chez les Grecs le nom de coupeuses de cordons et qu'Aristote leur demandait pour toute qualité d'être habiles à le lier (1).

Mais les anciens attendaient la sortie de l'arrière-faix pour sectionner la tige qui réunit l'enfant au placenta ; ils n'avaient donc à la lier qu'une fois la délivrance achevée, ils ne pratiquaient par conséquent que la ligature du bout fœtal.

Mauriceau recommandait la même façon d'agir, « il faut toujours, disait-il, différer la ligature jusqu'à ce qu'on ait tiré l'arrière-faix. » Telle était aussi, mais pour des considérations d'un autre ordre, la conduite de Clément, conduite que ses élèves eux-mêmes n'approuvaient point, comme le montrent assez les lignes suivantes empruntées à Puzos: « Condamnant comme je viens de le faire dans Mauriceau, » la méthode de délivrer trop promptement, je ne devrais » pas être, dit Puzos, plus indulgent à l'égard de M. Clé» ment, malgré le respect et la reconnaissance dont je » suis pénétré pour cet habile praticien, que j'ai le bonheur » d'avoir eu pour maître. Il s'y prenait de la même façon » que Mauriceau, mais pour un motif bien différent: il » s'était accoutumé à délivrer sur-le-champ, en laissant » l'enfant dans le lit de la mère, par la sage précaution de » ne le point abandonner qu'il ne l'ait fait voir aux person» nes intéressées sain et sauf. Comme il avait eu l'honneur » d'accoucher, étant encore très-jeune, la première dau» phine de France sous le règne de Louis XIV, et d'avoir » été appelé au secours de reines étrangères, et qu'on est » obligé, dans ces accouchements d'éclat, de montrer aux » Princes du sang, aux ambassadeurs, le nouveau-né nud, » et de leur faire voir son sexe ; il s'était fait une loi de » délivrer d'abord, de prendre ensuite l'enfant pour le » montrer aux assistants et de le remettre entre les mains » de la garde, après lui avoir fait voir que l'enfant sortait » de ses mains en bon état, et sans aucunes défectuosités » qu'on puisse lui imputer. Il croyait que s'il eût abandonné » des femmes de ce rang, avant de les avoir délivrées, au» tant de temps qu'il en faut pour faire examiner la forme » d'un enfant à tant de spectateurs, pour visiter tous ses » membres en présence des médecins et pour le confier à » la garde, il les aurait impatientées, et se serait rendu res» ponsable des accidents qui auraient pu survenir pendant » ce temps par la présence du placenta dans la ma» trice (2). »

Mais tous les médecins n'accouchent pas des dauphines et des reines; on n'agit donc pas comme le faisait Clément : dès que l'enfant est sorti, on n'attend point pour le séparer du placenta que l'arrière-faix tout entier ait été expulsé. Avant que la délivrance ne soit faite, on sectionne le cordon ombilical.

On a longuement discuté pour savoir s'il fallait, soit

(1) Velpeau. — *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 509.
(2) Puzos. — *Traité des accouchements*, p. 151. Paris, 1759.

avant, soit après cette section, pratiquer la ligature, et du bout *placentaire*, et du bout *fœtal* du cordon.

Les anciens liaient le bout *placentaire*, parce qu'ils croyaient à l'existence d'une communication entre les vaisseaux maternels et les vaisseaux du fœtus au niveau du placenta. S'ils n'avaient pas lié le bout placentaire du cordon, ils auraient donc pensé qu'ils exposaient la femme à une hémorrhagie grave. Les modernes pratiquent encore cette ligature, mais pour des raisons différentes : 1° parceque le sang qui s'écoulerait par le bout placentaire tacherait le linge de l'accouchée, il est donc plus propre d'éviter cet écoulement de sang ; 2° parceque s'il existait une grossesse gémellaire et qu'il n'y eût qu'un seul placenta, en ne liant pas le cordon, le second fœtus pourrait, s'il y avait anastomose entre les vaisseaux, perdre une certaine quantité de sang ; et 3° parceque, par suite de la rétention du sang dans son épaisseur, le placenta est plus turgide et son décollement, pense-t-on, s'opère avec plus de facilité.

Quant à la ligature du bout *fœtal*, elle a été le sujet d'interminables discussions. Chez la première femme, disait-on, la ligature du cordon n'a certainement pas été faite ; chez les animaux le cordon ombilical n'est jamais lié ; enfin, dans beaucoup de cas, si on ne lie pas ce bout fœtal, on ne voit surveniraucun accident. Donc cette ligature est inutile.

Aujourd'hui néanmoins, tous les accoucheurs la pratiquent : 1° afin d'éviter les hémorrhagies qui pourraient avoir lieu immédiatement et causer la mort de l'enfant ; 2° afin de prévenir les hémorrhagies secondaires, hémorrhagies parfois fatales, dont la plupart des accoucheurs, à la suite de Mauriceau, ont rapporté des exemples.

Il faut lire les anciens traités d'obstétrique, même ceux qui ont paru dans la première moitié de ce siècle ; il faut parcourir les journaux spéciaux de cette même époque, pour voir combien a été passionnée la discussion sur ce double sujet : la ligature du bout *placentaire* et du bout *fœtal* du cordon. La question, nous l'avons dit, est aujourd'hui résolue ; nous ne la discuterons donc pas davantage à notre tour. Tout le monde est d'accord pour procéder de de la façon suivante : on sectionne le cordon ombilical, et soit avant, soit après cette section, on jette sur lui deux ligatures : une sur le bout placentaire et une sur le bout fœtal.

Mais à *quel moment* doit-on pratiquer ces ligatures et cette section du cordon ombilical ?

Les accoucheurs, aujourd'hui, sont encore divisés sur ce point : les uns, tels que Cazeaux, Joulin, Verrier, Pénard, etc., conseillent d'opérer *immédiatement*. « Lorsque » l'enfant est bien portant, dit Verrier, *aussitôt la naissance* on devra procéder à la section du cordon ombilical (1). » « On a l'habitude, dit Cazeaux, de pratiquer la » section de la tige funiculaire *immédiatement* après la » naissance (2). »

D'autres accoucheurs au contraire, Stoltz (3), Nægelé, Schrœder (4), Leishman (5), Jacquemier, etc., recommandent d'attendre un certain temps avant de faire la ligature du cordon ombilical. « Si l'enfant, dit Nægelé fait » des inspirations égales et profondes, et pousse des cris » vigoureux, on attend, pour lier et couper le cordon, » que les pulsations cessent de s'y faire sentir, ce qui a » lieu d'ordinaire au bout de 5 à 10 minutes ; ou du moins » soient devenues plus faibles et plus lentes (6). » « Lorsque, dit Jacquemier, l'état de l'enfant n'exige pas qu'on lui fasse » perdre du sang, on doit attendre avant de le séparer de » ses annexes que la respiration soit pleinement établie et » que les pulsations du cordon aient cessé ou du moins » soient très-affaiblies jusque près de l'ombilic. » (7)

(*A suivre*).

(1) Verrier. — *Manuel des accouchements*. 2e édition, p. 198.
(2) Cazeaux : 8e édition, p. 395.
(3) Stoltz. — *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*. T. I, p. 283.
(4) Schrœder. — *Manuel*. Traduction Charpentier, p. 192.
(5) Leishman. — *A system of Midwifery Glasgow* 1873, p. 306
(6) Nægelé et Grenser. — *Traité de l'art des accouchements*, p. 192.
(7) Jacquemier. — *Manuel des accouchements*. T. II, p. 745.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Quelques considérations sur l'organisation des Facultés de médecine (1).

Dans un premier article, nous avons essayé d'indiquer le meilleur système qui, dans le recrutement des Professeurs des Facultés de médecine, donnerait moins de prise à la faveur et à l'arbitraire, et qui servirait le mieux l'enseignement.

Dans ce second article, j'indiquerai une autre question aussi importante et aussi nécessaire que la première, et qui réclame dans l'intérêt des élèves, et de l'enseignement médical une prompte modification : je veux parler de l'enseignement médical. Afin d'être plus précis, je viserai en particulier le programme de la Faculté de médecine de Paris.

Avant de toucher à cette délicate question, je crois utile de dire quelques mots des préliminaires qu'on exige du futur élève en médecine. Dans l'organisation actuelle, l'étudiant, en prenant sa première inscription pour le doctorat, doit présenter le diplôme de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint ; il doit passer, à la fin de la première année, un examen sur la physique, et la chimie médicale, et qui, en définitive, n'est que de la physique et de la chimie pure et simple ; enfin, il doit encore subir un examen probatoire(?) Trois examens sur les mêmes matières, cela fait donc trois examens sur la physique, la chimie, etc., etc. A quoi peuvent servir ces trois examens à l'élève? est-il pour cela bien et dûment initié aux principes de la Physique de la Chimie, de l'Histoire naturelle ? Nullement, d'aucuns subissent ces examens sans connaître la moindre notion de géologie, etc. Cela sert seulement à perdre du temps et de l'argent et à obliger les professeurs de chimie et de physique à ne s'occuper dans leurs cours que de physique et de chimie élémentaires. Ne serait-il donc pas plus utile, ainsi que l'a indiqué si judicieusement le professeur Hardy dans une brochure récente, de renvoyer l'élève pour ces divers sujets, devant les Facultés des sciences, de les obliger à y passer au moins un an, d'y subir un ou deux examens sur la chimie, la physique, l'histoire, la zoologie et la géologie, et au lieu et place de cet éternel parchemin, diplôme de bachelier, d'arriver à la Faculté de médecine avec un simple certificat d'examen, système, qui se pratique du reste ailleurs ?

Les professeurs de chimie et de physique ne s'occuperaient plus alors dans leurs chaires que de chimie et de physique biologiques, suivant le plan si brillamment suivi dans leurs leçons supplémentaires, par les professeurs Gavarret et Wurtz ; la toxicologie, la climatologie, etc., etc., seraient également enseignées.

Débarrassé de ce premier point, nous passerons maintenant à l'enseignement médical lui-même ; nous ne dirons rien pour le moment de cet abandon dans lequel, de science certaine, on laisse les élèves, de ce défaut de direction, qui se traduit souvent par une grande perte de temps et, au lieu de se préoccuper d'objets accessoires, il serait

(1) (Voir le n° 44). — Cet article de notre très-regretté maître, M. Giraldès, aurait dû paraître dans l'avant dernier numéro. Sa mort si imprévue et si cruelle nous en a empêché. Conformément à la note dont nous avons accompagné son premier article, nous reviendrons prochainement sur l'examen des reformes qui nous paraissent nécessaires dans l'organisation de l'enseignement de la médecine.

plus utile de se préoccuper de choses qui peuvent avoir une grande influence sur l'instruction et l'avenir des étudiants en médecine et, par suite, sur la santé publique.

L'enseignement de la médecine proprement dite comprend l'anatomie, la physiologie et la pathologie, je laisse à l'écart l'hygiène privée et publique, la médecine légale, etc., etc., pour ne m'occuper que des deux enseignements de l'anatomie et de la pathologie. L'anatomie, indispensable à l'étude de la médecine, compte à la Faculté trois cours : deux par des professeurs titulaires, et un troisième par le chef des travaux anatomiques. Ces trois cours marchent isolément, ne s'enchaînent point, constituent trois systèmes différents ne s'adaptant pas entre eux ; aussi le développement de cet enseignement exige-t-il plusieurs années, et on peut dire qu'il est loin d'être complet ; l'embryologie et l'anatomie comparée n'ont jamais vu le jour dans le grand amphithéâtre. Ajoutons enfin que l'amphithéâtre des leçons n'est nullement disposé pour des démonstrations: on le croirait destiné à des cours de théologie. Le Musée n'est pas le moins du monde organisé pour servir à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie. Les pièces sèches, des préparations d'un autre âge, sont encore en grande faveur à la Faculté. L'insuffisance des connaissances anatomiques a justement ému M. le professeur Hardy. Pour remédier à cette insuffisance, ce professeur propose la création d'un grand nombre d'aides démonstrateurs ; je crois que, au lieu du système proposé par mon collègue de l'Académie et des hôpitaux, on arriverait à un résultat plus complet : 1° en doublant le nombre des prosecteurs et des aides d'anatomie, et en défendant à ces derniers de passer leur thèse pendant la durée de leur adjuvat ; 2° en faisant en sorte que les deux professeurs d'anatomie prennent une part active, avec le chef des travaux, à la direction et à la surveillance des études anatomiques. L'augmentation des dépenses qu'exigerait la création de nouveaux prosecteurs et de nouveaux aides pourrait très-facilement être supportée par l'Ecole ; celle-ci, en effet, verse annuellement au Trésor près de trois cent mille francs de bénéfice !...

Enseignement de la pathologie. — Si l'anatomie réclame de grandes modifications dans son enseignement, il en est de même de celui de la pathologie. Cette branche de la médecine compte à la Faculté de Paris 14 chaires. Avec un tel personnel, l'enseignement est très-incomplet ; un certain nombre d'embranchements de la médecine n'ont que rarement pris la parole dans les amphithéâtres de la Faculté. M. le professeur Hardy a parfaitement reconnu cette lacune et, pour y remédier, il propose la création de plusieurs chaires spéciales. Si je suis d'accord avec le très-distingué professeur sur le principe de la nécessité de la création de chaires spéciales, je n'accepte pas le procédé qu'il conseille. Je crois qu'on arrivera plus facilement au but et d'une manière plus pratique, en transformant les 4 chaires de théorie en chaires de clinique, et en transformant également quatre chaires de clinique en chaires spéciales ; par ce procédé la médecine et la chirurgie auront chacune deux chaires de clinique générale et quatre chaires de clinique spéciale.

On me dira peut-être : vous proposez de supprimer les chaires de pathologie médicale et chirurgicale. Sans doute... Dans l'état actuel des procédés de l'enseignement de la médecine, ces chaires sont mutilées et sont loin de rendre les mêmes services qu'une chaire de clinique ; en effet, exposer à des élèves commençants des descriptions souvent de fantaisie, leur parler de choses qui ne peuvent se bien comprendre que par l'application des sens, c'est perdre son temps, c'est donner aux élèves des éléments d'instruction faux dont ils sont parfois victimes dans les concours des hôpitaux. Reste maintenant la pathologie générale. Cette chaire a une grande importance, elle doit être réservée à l'examen des grandes questions de pathologie, mais par cela même qu'elle a un but élevé, qu'elle est pour ainsi dire une chaire de perfectionnement, on ne devrait y donner accès qu'aux élèves de quatrième année.

Dans une modification de cet ordre, le cours de médecine opératoire mérite de fixer l'attention; ce cours, par son importance même, a besoin d'être complété, et un professeur de plus ne serait pas de trop pour lui donner, dans un temps relativement assez court, un ample développement.

Les diverses modifications indiquées plus haut dans l'enseignement de la chimie et de la physique, de l'anatomie, de la médecine et de la chirurgie, ont pour but de développer et d'étendre à la faculté de Paris l'enseignement de la Médecine: La chimie et la physique biologiques y seraient enseignées dans leur ensemble, au lieu de l'être par des fractions annuelles, grâce au bon vouloir des professeurs chargés de cet enseignement. L'anatomie recevrait un développement plus grand, surtout si, comme cela se pratique dans quelques-unes de nos Facultés, les cours étaient annuels au lieu d'être de simples cours semestriels.

La création de cliniques spéciales, par la transformation des chaires de pathologie, et celle de quatre chaires de clinique, permettraient de donner une satisfaction complète aux besoins de la science et de la pratique. On ne manquera pas de dire que la transformation des chaires de théorie serait un coup mortel, porté au progrès de la pathologie !... qu'on se rassure. Les chaires de théorie ont peu contribué au développement de la médecine, elles ont plutôt servi à propager des erreurs et à enrayer le progrès. Tous les perfectionnements, introduits dans la pathologie, l'ont été par l'intervention des internes et des chefs de service des hôpitaux et nullement par l'initiative de la Faculté. Chose assez singulière ! les Facultés de province, en particulier l'ancienne Faculté de Strasbourg avec ses faibles ressources, a toujours présenté un enseignement médical plus précis et plus complet.

Les modifications, ou si l'on veut les quelques réformes dont nous parlons ne sont pas les seules qu'il faille apporter au plan et au cadre de l'enseignement médical. Si l'on veut que les réformes nécessaires soient introduites, il est utile quelles ne soient formulées ni par le Ministère de l'Instruction publique, ni par le Conseil supérieur dans l'espèce complétement incompétente.

Il nous reste maintenant, à examiner quel sont les services que peut rendre à l'Enseignement des Facultés, l'institution de l'agrégation, presque laissée à l'écart, ainsi que les réformes urgentes et radicales qu'il importe d'apporter au mode des examens et à la collation des grades... ......

J. GIRALDÈS.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MARSEILLE. — Par décret du 26 novembre, rendu sur la proposition du Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille a été déclarée Ecole de plein exercice.

Intoxication saturnine chez les ouvrières qui fabriquent les mèches à briquets.

Le 9 novembre dernier, entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur G. Sée, une jeune fille de 21 ans, passementière, qui se plaignait surtout de douleurs dans le ventre. Ces douleurs étaient d'une intensité extrême et occupaient particulièrement le voisinage de l'ombilic et les fosses iliaques où elles étaient notablement exagérées par la pression ; le ventre n'était point ballonné, mais plutôt un peu aplati ; la langue était couverte d'un enduit assez épais, et la malade disait avoir eu la veille des vomissements verdâtres ; elle n'avait pas eu de garde-robes depuis plusieurs jours ; elle accusait, en outre, une céphalalgie assez intense, quelques douleurs dans les membres, principalement au voisinage des articulations, et enfin une faiblesse générale. Il n'y avait pas de fièvre, la peau était fraîche, et le pouls normal comme force et comme fréquence. L'auscultation du cœur révélait l'existence d'un souffle doux à la base, évidemment anémique. Du reste, la malade était pâle. Elle était, de plus, franchement hystérique : outre des attaques bien caractérisées, elle avait assez souvent la sensation de boule et elle était impressionnable au plus haut degré.

Les accidents qui l'amenaient à l'hôpital remontaient à une quinzaine de jours; mais elle racontait que, depuis cinq mois environ, elle avait souvent des migraines, de la pesanteur de tête, des envies de vomir et des vomissements; des douleurs à l'épigastre ou dans le bas ventre, et de temps en temps aussi des faiblesses dans les jambes.

Dans ces conditions, le diagnostic était assez délicat et l'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas simplement d'une constipation chez une jeune fille anémique et hystérique, d'autant plus que les douleurs de ventre étaient surtout exagérées par la pression au niveau des ovaires. Mais un examen plus complet permit de constater un signe qui mit d'emblée sur la voie du diagnostic. En effet, la malade présentait sur les gencives au niveau de la sertissure des dents (qui, du reste, étaient remarquablement saines) le liseré caractéristique de l'intoxication saturnine : c'était le plus beau type que l'on pût voir.

Interrogeant alors la malade dans cette direction, nous apprîmes qu'elle était passementière et que son travail consistait à tresser des fils de coton destinés à faire les mèches de couleur orange dont on se sert aujourd'hui pour les briquets. Elle avait commencé ce genre de travail six mois auparavant et, au bout d'un mois environ, les accidents avaient débuté, légers d'abord, puis de plus en plus intenses. Elle racontait du reste que, dans son atelier, plusieurs ouvrières avaient eu des accidents analogues.

Il s'agissait bien évidemment d'une intoxication saturnine, et sous l'influence du traitement que M. Sée prescrit ordinairement en pareil cas (purgatifs, injections de morphine, bains sulfureux) les accidents ne tardèrent pas à disparaitre. La malade sortit le 25 novembre, conservant seulement un peu de faiblesse et quelques fourmillements dans les membres inférieurs. Elle n'avait jamais eu de troubles de la sensibilité.

Ce fait, dont nous avons seulement rapporté les traits principaux, est doublement intéressant, et sous le rapport du diagnostic et, d'autre part, au point de vue de l'hygiène publique. Il nous révèle, en effet, une cause d'intoxication saturnine, qui n'est peut-être pas nouvelle, mais qui, jusqu'à ces derniers temps, n'avait point été remarquée.

Les tisseuses de coton peuvent être intoxiquées par la céruse que l'on ajoute quelquefois aux apprêts ; mais dans le cas actuel, ainsi qu'on le verra plus loin, c'est le chromate de plomb qui a été l'agent toxique. On trouve dans un journal anglais (*Med. Times and Gaz.*, déc. 1864) un cas de mort par intoxication saturnine, observé chez une femme employée à dévider de la laine colorée en orange. Plus récemment, à la session de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, tenue à Nantes (V. *Progrès médical* du 4 septembre 1875), M. Lancereaux a signalé un fait analogue à celui que nous venons de rapporter, et M. Proust, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, vient aussi d'en observer cinq cas, dont son interne, M. Chenet, commence la publication dans la *France médicale* (11 décembre). Il est probable que d'autres cas ont pu se présenter dans d'autres hôpitaux, et nous avons appris qu'une femme, travaillant dans le même atelier que notre malade, était entrée pour la même raison à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Guyot. Il est certain que les faits de ce genre deviennent assez communs, et cela n'a du reste rien de bien étonnant en raison de l'usage fréquent que l'on fait aujourd'hui des briquets et des mèches de couleur orange.

La couleur de ces mèches est due au chromate de plomb, qui a l'avantage de faciliter singulièrement la combustion du coton. (Cette propriété de chromate de plomb est d'ailleurs utilisée par les chimistes dans l'analyse des matières organiques.) Il était intéressant de déterminer la quantité de plomb que contiennent les mèches en question, et nous sommes heureux de pouvoir donner ici les résultats de l'analyse qu'a bien voulu en faire M. Léger, interne en pharmacie du service de M. Sée.

« 2 grammes de mèches ont été finement divisés, puis placés dans un petit ballon, avec de l'eau distillée additionnée d'acide nitrique et à laquelle on a ajouté quelques fragments de sucre, puis on a fait bouillir le mélange pendant 10 minutes environ. Sous l'influence de l'ébullition, le coton perd sa couleur jaune ; il devient parfaitement blanc, en même temps que la liqueur prend une teinte verte. Le chromate de plomb, par suite de l'action réductrice du sucre, se trouve transformé en oxyde de chrome et en oxyde de plomb, lesquels, prenant naissance dans une liqueur acide, donnent des azotates de chrome et de plomb. Le mélange de ces deux sels, traité par l'acide sulfurique, donne du sulfate de plomb qui se précipite, tandis que le chrome reste en dissolution. On recueille le sulfate de plomb après l'avoir lavé à l'eau alcoolisée, puis on le calcine, et de son poids on déduit celui du plomb métallique ou du plomb chromaté contenu dans le produit analysé.

Pour le cas actuel nous avons obtenu en opérant sur 2 grammes de matière : 0 gr. 37 de sulfate de plomb correspondant à gr. 25 de plomb métallique, ou 0 gr. 39 de chromate de plomb. Ce qui donne en centièmes : 1° 12 gr. 50 pour cent de plomb métallique ou 2° 19 gr. 50 pour cent de chromate de plomb. Si l'on pèse une certaine quantité de ces mèches, on trouve que le mètre pèse en moyenne 12 gr. et par conséquent on peut dire que chaque mètre contient 1 gr. 50 de plomb métallique ou 2 gr. 34 de chromate de plomb. »

On comprend facilement, d'après cette analyse, les dangers auxquels expose la fabrication des mèches à briquet, puisqu'elles contiennent *un cinquième de leur poids de substance toxique*; encore devons-nous ajouter que le coton avec lequel elles sont fabriquées doit en contenir beaucoup plus. Les ouvrières reçoivent le coton imprégné de chromate de plomb ; elles le dévident au rouet, puis tressent les fils ainsi obtenus pour en faire les cordons que chacun connaît. Or, pendant ces opérations, il se dégage d'abondantes poussières jaunes, dont l'atmosphère de l'atelier est bientôt remplie. Les ouvrières aspirent ces poussières à tel point

que, au dire de notre malade, les sécrétions nasales et bronchiques sont ordinairement colorées en jaune, malgré la précaution que l'on peut prendre de masquer la bouche et les narines. M. Lancereaux, qui a visité un atelier, a trouvé un liseré très-caractérisé chez toutes les ouvrières, bien qu'elles n'eussent pas de phénomènes bien nets d'intoxication.

Il importe donc au plus haut point d'étudier cette question et de chercher à modifier les conditions de la fabrication ; mais il nous semble qu'il serait préférable encore de faire une réforme plus radicale, et de remplacer (ce qui doit être facile) le sel de plomb par un corps inoffensif. Les mèches orangées peuvent-elles produire des accidents par leur combustion ? *A priori*, rien n'empêche de l'admettre, mais nous ne connaissons pas de fait qui le démontre.

A. SEVESTRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. Cl. BERNARD.

Après la lecture du procès-verbal, M. CHARCOT précise quelles sont les localisations cérébales qui lui paraissent établies : outre l'hémiplégie à la suite des lésions de la capsule interne dans ses deux tiers antérieurs, il y a l'hémianesthésie cérébrale, rattachée aux altérations de la capsule dans son tiers postérieur; les localisations corticales sont plus contestables; une seule paraît définitivement établie : l'aphasie, à la suite des lésions de la troisième circonvolution frontale gauche. M. Charcot se rallie entièrement sur ce point aux idées de M. Broca.

M. LABORDE revendique pour la pathologie expérimentale (?) une grande part dans les progrès qu'a fait récemment l'étude du cerveau: il rappelle notamment les recherches de Veyssière et les expériences où, chez les chiens, on a pu déterminer des hémorrhagies cérébrales avec des phénomènes analogues à ceux observés chez l'homme.

M. POUCHET communique à la Société le résultat de ses recherches sur l'imbibition des tissus vivants par le carmin. Après avoir injecté cette substance dans le sac lymphatique d'une grenouille, il a constaté que les tendons prenaient une coloration rose très-nette. Cette observation, contraire à l'opinion admise qui nie toute imbibition des tissus vivants par le carmin, devint le point de départ de nombreuses recherches. Il en résulte que le carmin imbibe le tissu conjonctif et les bâtonnets de la rétine dans leur segment externe : on ne le retrouve pas dans la cornée, ni dans les cellules cartilagineuses, épithéliales, ni dans les éléments musculaires et nerveux.

M. PONCET insiste sur l'intérêt que présentent ces faits pour l'étude des bâtonnets de la rétine qu'il est très-difficile de colorer.

M. DURET résume en quelques mots l'observation intéressante d'un malade du service de M. Verneuil, qui, dans le cours d'une brûlure étendue du membre supérieur et de la paroi thoracique, a été pris subitement d'une hémiplégie et d'une hémianesthésie de la sensibilité *commune* et *sensorielle*. Ces troubles nerveux, après avoir persisté pendant quatre jours, ont complétement disparu. Une semaine après, nouvelle attaque semblable à la première : elle dure 24 heures. Au bout de quinze jours, glossoplégie très-marquée, qui disparaît à son tour. A peu près guéri de sa brûlure, au bout de sept mois, le malade présente encore des troubles très-notables du système nerveux tels que : fatigue et pesanteur des membres du côté autrefois paralysé; diminution très considérable de la sensibilité dans une moitié du corps; perte de la sensibilité des organes des sens; amblyopie, surdité, paralysie du goût à gauche, etc... M. Duret pense que des accidents, si semblables aux troubles nerveux décrits par M. Charcot chez les hystériques et aussi dans certaines lésions de la capsule interne, sont produits très-probablement par une *lésion vasculaire* atteignant les régions de l'encéphale, dont l'altération, d'après les recherches récentes, détermine cette hémiplégie et cette hémianesthésie si remarquables.

L'artère sylvienne, en effet, vascularise, en grande partie, la *capsule interne*, dont la lésion des deux tiers antérieurs produit l'hémiplégie, et dont la destruction du tiers postérieur cause l'hémianesthésie. De plus, le malade était atteint d'alcoolisme chronique, et, comme tel, avait probablement les artères de l'encéphale athéromateuses ; d'autre part, ces coagulations vasculaires sont fréquentes chez les brûlés, et M. Duret rapporte, à l'appui de son opinion, deux cas de *phlegmatia alba dolens* où, avec son collègue et ami, M. Coustou, il a observé dans le service de M Verneuil, et qui étaient survenus à distance du foyer de la brûlure. Ajoutons que le malade de M. Duret était devenu épileptique par usage immodéré de l'absinthe en Algérie, et que, depuis l'apparition de l'hémiplégie, les attaques d'épilepsie commencent du côté paralysé, et envahissent ensuite le reste du corps. Chez les alcooliques, d'après M. Magnan, les attaques d'hémiplégie et d'hémianesthésie ne seraient pas absolument rares, mais il n'est peut-être pas illogique de les attribuer à des troubles vasculaires.

M. MAGNAN ne croit pas que la brûlure ait eu un rôle pathogénique dans la production de l'hémiplégie avec hémianesthésie. Il rattache ces phénomènes à l'alcoolisme. En effet, chez les alcooliques il les a observés assez fréquemment : ils ont ordinairement peu de durée, mais peuvent persister pendant longtemps. Il en est ainsi pour un malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Dumontpallier.

Dans une seconde communication, M. Duret rapporte l'histoire d'un blessé du service de M. Tillaux, atteint d'une plaie contuse du nerf médian. Vingt-cinq jours après l'accident, précédées par des douleurs névralgiques intenses, il a vu survenir des *escharres* très-profondes à l'extrémité de trois doigts de la main . pouce, index et médius. C'est là un exemple rare de troubles trophiques considérables, survenus à la suite de lésions traumatiques des nerfs des membres.

M. BROWN-SÉQUARD se propose de faire à la Société une série de communications sur les localisations cérébrales. C'est surtout au point de vue physiologique qu'il se placera. En s'appuyant à la fois sur l'expérimentation et sur la clinique, il espère démontrer qu'il n'y a pas de centres dans l'encéphale ni de localisations cérébrales.

M. CHARCOT, tout en acceptant dans une juste mesure les résultats de l'expérimentation, n'étudie la question qu'au point de vue clinique. Il n'a pas, dès lors, à examiner s'il existe ou non des centres dans l'encéphale : mais il peut affirmer la liaison constante de certaines lésions et de certains symptômes. Il se bornera donc, le cas échéant, à discuter les faits cliniques exposés par M. Brown-Séquard.

M. LABORDE présente une poule sur laquelle il a enlevé le cervelet il y a un an et demi : l'opération fut suivie des accidents habituels qui persistèrent pendant deux mois : puis la plaie antérieure se cicatrisa; les accidents disparurent progressivement. La poule a pondu et aujourd'hui elle a repris son allure normale.

M. DASTRE vient de lire dans un journal anglais un travail récent de M. Turner sur le placenta des pachydermes. Les conclusions de l'auteur sont analogues à celles que M. Dastre a déduites de recherches entreprises antérieurement et qui seront prochainement publiées. Il en résulte qu'à ce point de vue les pachydermes se rapprochent non des ruminants, mais des carnivores qui comme eux ont un placenta zonaire.

M. BUDIN fait une communication sur la section du cordon chez le nouveau-né. (Voir page 750).

L.D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. OULMONT lit à l'appui de sa candidature dans une section dont la place n'a pas encore été déclarée vacante, un travail sur les propriétés de l'aconit et de l'aconitine. L'auteur a fait un grand nombre d'expériences sur les chiens et sur l'homme

avec les différents composés pharmaceutiques ou chimiques dans lesquels entre l'aconit soit par ses feuilles, soit par ses fleurs, ses semences sa racine. Chacune des principales variétés, aconit commune, aconit des Vosges, aconit des Pyrénées, aconit de Suisse, a subi des expérimentations régulières.

D'une façon générale, les phénomènes observés ont été: 1° pour l'aconit : sensibilité exagérée, hypéresthésie des muqueuses des cavités faciales, agitation générale, salivation, vomissements, gémissements douloureux, incoordination et ataxie des mouvements dans le train postérieur surtout, titubation, paralysie incomplète; puis, mort par asphyxie paralytique quand les doses ont été trop fortes;—2° pour l'aconitine : mêmes phénomènes qui cependant apparaissent plus rapidement, durent plus longtemps et sont suivis d'une mort prompte quand la dose est élevée. La guérison des accidents survient avec promptitude si les doses ne sont pas mortelles.

Les feuilles, fleurs, semences, racines d'aconit sous forme d'alcoolatures et de teintures sont peu actives et infidèles. Les extraits des mêmes parties, et surtout des racines fraiches ou sèches sont beaucoup plus actifs et méritent seuls d'être employés. L'aconit des Vosges doit être préféré pour les préparations pharmaceutiques, car il est moins actif que l'aconit des Pyrénées et surtout l'aconit de Suisse. L'aconitine agit à doses très faibles puisque 1/4 de milligramme de cette substance a pu produire des accidents chez l'homme.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la section de chirurgie. La commission présentait: en 1re ligne, M. Bourgeois (d'Etampes); en 2e ligne, M. Courty (de Montpellier); et en 3e ligne *ex æquo* MM. Bourguet (d'Aix), Denucé (de Bordeaux), Duboué (de Pau), Hergott (de Nancy). Votants 58; majorité, 30. — M. Bourgeois obtient 30 voix; MM. Courty 19; Duboué et Hergott, 3; Denucé, 2; Bourguet, 1. En conséquence M. Bourgeois est nommé membre correspondant national.

Suite de la discussion sur les troubles de la vision au point de vue du service militaire. — M. J. Guérin s'efforce de démontrer que les opinions émises et présentées à l'Académie par MM. Giraud-Teulon et Perrin ne peuvent être soutenues; et pour arriver à cette démonstration, il nie purement et simplement les faits physiologiques d'observation vulgaire et cherche à établir une contradiction entre les ouvrages écrits et les discours de ses contradicteurs. Revenant sur l'expérience citée par M. Perrin dans la dernière séance, il admet bien que la face antérieure de la cornée et la face antérieure du cristallin puissent donner deux images droites; mais *la face postérieure du cristallin ne peut pas donner une image,* car cela est impossible. S'il y a une image, elle ne peut être fournie que par la masse du corps vitré creusé par le cristallin en forme de masse concave. D'une part, M. Giraud-Teulon et M. Perrin disent que dans l'accommodation le cristallin ne change pas de place et, d'autre part, ils disent que la face antérieure du cristallin se rapproche de la cornée: et pourtant la face antérieure du cristallin ne peut pas se rapprocher de la cornée sans que la face postérieure ne s'en rapproche.

La myopie est un état permanent de l'accommodation; elle varie comme les différentes phases de l'accommodation. Elle est toujours due à une altération musculaire. Bonnet (de Lyon), Guépin, Philippe, ont observé des cas de strabisme dont la guérison par la myotomie a amené la guérison de la myopie qui existait auparavant. M. J. Guérin en a vu un nombre considérable, M. Dechambre aussi, M. Giraud-Teulon aussi, puisqu'il cite des relevés dans son ouvrage.

Dans ces derniers temps, on a voulu créer une myopie mathématique, géométrique qui est beaucoup trop savante et pas assez pratique. Pour constater la myopie, on n'a qu'à regarder un œil, on verra qu'il est dévié par la rétraction d'un ou de plusieurs muscles, ou *ankylosé* par la rétraction des 4 muscles droits; on sectionnera les muscles et la myopie disparaîtra complétement. Il n'existe pas de myopie *normale,* sans rétraction des muscles droits, excepté quelques cas de myopie congénitale (et encore ne peut-on admettre une convulsion musculaire intra-utérine) et de myopie accidentelle.— La séance est levée à 5 heures 1/4. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juillet.— Présidence de M. Charcot.

Inauguration du monument élevé à Forli, à la mémoire de Morgagni.

Le 14 mai, le syndic de Forli invitait, par lettre, la Société anatomique à déléguer plusieurs de ses membres pour la représenter, le 27 mai, à l'inauguration solennelle du monument élevé, dans sa ville natale, à la mémoire de Jean-Baptiste Morgagni « prince et père de l'Anatomie pathologique. »

Le 27 mai, matin, était envoyée au syndic de Forli la dépêche suivante:

« La Société Anatomique de Paris se joint, par la pensée, » au pieux et illustre cortége réuni au pied du monument » qui immortalisera le nom du grand Morgagni, père de l'Ana» tomie pathologique.

» Le Président de la Société,
» Charcot. »

Le 11 juin, la Société Anatomique recevait du municipe de Forli une médaille de bronze, grand module, portant, au revers de l'effigie de Morgagni, ces mots:

La patria
inaugurando
la statua
donatale da C. Versari.
MDCCCLXXIII

Physiologie pathologique d'un cas de gangrène du poumon, avec oblitération de l'artère pulmonaire, chez un enfant atteint de rougeole et de broncho-pneumonie consécutive, par Albert Robin, interne (voir page 747).

M. Homolle. Je ne crois pas que, dans la rougeole, les coagulations veineuses soient plus fréquentes dans l'artère pulmonaire qu'ailleurs. On en observe souvent dans les sinus crâniens et dans la veine jugulaire. Quant à la gangrène pulmonaire dans le cours de la rougeole, elle peut être aussi la conséquence d'une embolie dans l'artère pulmonaire; j'ai observé un fait dans lequel le caillot embolique était issu d'un foyer gangréneux situé au cou.

M. Robin. Le sang des sinus crâniens et des veines jugulaires se trouve dans les mêmes conditions que le sang de l'artère pulmonaire, et j'explique de la même façon les coagulations qui peuvent se produire dans ces vaisseaux.

M. Hayem. La théorie que M. Robin propose ne tient pas suffisamment compte des conditions anatomiques. La coagulation du sang dans l'artère pulmonaire peut être le résultat de la bronchopneumonie; on l'observe même dans la pneumonie franche. Il se produit d'abord une stase au niveau des parties enflammées, puis le sang se coagule de proche en proche. Si la circulation collatérale ne s'établit point, la gangrène survient; mais celle-ci ne se montre que chez les sujets cachectiques. La gangrène n'existe pas en tant que processus anatomique spécial; elle est toujours la suite d'une stase inflammatoire survenant dans des conditions déterminées, dans un terrain spécial.

M. Parrot. Dans le fait actuel, je crois pouvoir affirmer que la thrombose a précédé la broncho-pneumonie. Celle-ci n'existe pas autour du foyer gangréneux. Il est certain que la thrombose de l'artère pulmonaire est ancienne; elle s'est développée dans le cours de la rougeole avant toute complication. Les thrombus qu'on observe dans la bronchopneumonie ont les apparences de caillots récents et ne s'accompagnent pas toujours de gangrène.

Fracture de l'extrémité interne de la clavicule; fracture de côtes; par M. Léger, interne des hôpitaux.

Un homme tombé du siége de sa voiture, est apporté à l'hôpital Beaujon, sans aucun renseignement, il est sans connaissance, et meurt peu de temps après son admission. On remarque au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite une saillie soulevant la peau régulièrement et simulant une luxation en avant de cette extrémité. Il y a aussi de l'emphysème.

A l'AUTOPSIE, on trouve d'abord un épanchement considérable de sang dans la cavité pleurale gauche et une double blessure du poumon au niveau de la saillie très prononcée du fragment externe des troisième et quatrième côtes fracturées. Il n'y avait aucune adhérence du poumon à la plèvre pariétale. Outre un grand nombre de fractures de côtes siégeant à droite et à gauche, ayant en un mot défoncé toute la région antérieure du thorax, on trouve du côté de la *clavicule* droite une lésion assez rare.

Son extrémité interne fait sous la peau une saillie notable en avant. Le tégument enlevé, on voit le tissu cellulaire éraillé au niveau de cette saillie. Celle-ci bascule facilement en avant, et on voit qu'elle n'est pas formée par toute l'extrémité interne, mais seulement par la partie la plus antérieure, et déborde le sternum de cette extrémité. En arrière, sur sa face postérieure, on voit que toute la partie articulaire avec une partie attenante en dehors est arrachée et restée en place, fixée au sternum par les ligaments. Cette partie est longue de trois centimètres environ, triangulaire, à sommet aigu dirigé en dehors, à base large encore articulée avec le sternum. Le trait de fracture n'arrive donc qu'à la partie la plus antérieure de l'articulation, et n'empiète pas du tout sur la face antérieure de l'os, de sorte que la saillie sous-cutanée appartenait bien à l'extrémité interne et simulait une luxation.

Si le malade n'avait pas eu d'autres lésions ayant entraîné la mort, la portion osseuse restée fixe aurait servi d'attelle postérieure, et la réduction se serait probablement maintenue sans aucun déplacement, au moyen d'une simple pression d'avant en arrière sur l'extrémité de l'os.

Séances de juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Plaie de la région hyoïdienne; sonde œsophagienne laissée à demeure; œdème de la glotte; trachéotomie; infection purulente; ulcérations de l'œsophage; par M. MARTINET.

L'instrument avait porté immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde, entre le pharynx et l'os hyoïde. Tous les muscles antérieurs du cou, la membrane thyro-hyoïdienne avaient été sectionnés; le pharynx était largement ouvert en avant et les deux extrémités de la blessure se trouvaient juste à la hauteur de la bifurcation des deux carotides. Ces deux vaisseaux étaient à découvert dans la plaie et n'avaient dû leur intégrité qu'à l'extension forcée de la tête qui les avait ramenés en arrière au moment de l'accident.

La déglutition se trouvait ainsi impossible; on ne pouvait songer à introduire directement des substances alimentaires dans le bout supérieur de l'œsophage, ce conduit étant rétracté derrière l'orifice béant du larynx. On eut donc recours à la sonde œsophagienne; mais son introduction ne se fit point sans difficulté; elle détermina des accès de vomissements, de suffocation, et comme l'opération devait être forcément répétée plusieurs fois par jour, M. Verneuil, sans se dissimuler les dangers du séjour d'un corps rigide dans un conduit long et contractile comme l'œsophage, se décida à laisser la sonde à demeure. Celle-ci fut parfaitement supportée, et trois ou quatre fois par jour, on put faire prendre au blessé les aliments qui lui étaient nécessaires.

La plaie était fréquemment nettoyée avec le plus grand soin, le malade reprenait des forces, quand, vers le douzième jour, se déclara un *œdème de la glotte*. En raison de l'exposition de la partie supérieure du larynx, on a pu en suivre tous les progrès, aussi bien par la vue que par le toucher.

Les replis aryténo-épiglottiques se sont peu à peu gonflés, et n'ont pas tardé à devenir un obstacle insurmontable à la pénétration de l'air. Me trouvant de garde ce jour-là, je dus pratiquer la trachéotomie. Un soulagement considérable accompagna l'introduction de la canule, et s'est maintenu pendant les cinq ou six jours qui ont suivi.

Tout était au mieux, quand le malade fut pris de frissons, sa température s'éleva rapidement à 40°, et il se développa un état général grave.

L'auscultation de la poitrine ne révélait rien du côté du poumon : on n'avait point affaire aux grandes oscillations thermométriques qui constituent le tracé si caractéristique de la pyohémie; aussi, M. Verneuil admit-il la possibilité d'un phlegmon du médiastin antérieur. La pression était du reste douloureuse au niveau des espaces intercostaux, de chaque côté du sternum, et expliquait en partie l'hypothèse de cette complication.

Le même état s'est maintenu pendant les cinq ou six jours qui ont précédé la mort; quelques jours avant celle-ci, on a observé une teinte ictérique très-prononcée, étendue à tout le corps.

AUTOPSIE. En enlevant la paroi antérieure du thorax, on a trouvé un véritable phlegmon de tout le tissu cellulaire du médiastin antérieur ; il n'y avait pas encore de pus collecté, mais, si la mort n'était pas survenue aussi rapidement, il se serait certainement développé. Cet état anatomique expliquait bien les douleurs vives ressenties par le malade, lors de la pression au niveau des espaces intercostaux.

A la surface des poumons, on a remarqué une foule de petits abcès miliaires sous-pleuraux, caractéristiques de la pyohémie au début; quelques fausses membranes de récente formation se voyaient çà et là, à la surface des plèvres. Le foie était flasque, mou, mais sans infarctus ni abcès métastatiques.

Le *larynx* a présenté une lésion intéressante. En effet, quoique la trachéotomie fût faite depuis une quinzaine de jours, l'œdème de la glotte avait persisté; les deux replis aryténo-épiglottiques étaient toujours gonflés, distendus, et formaient deux bourrelets saillants, qui oblitéraient l'orifice supérieur du larynx. Leur inflammation avait été évidemment entretenue par le contact incessant avec les liquides de la plaie.

Quant à la sonde œsophagienne, son séjour n'avait point été inoffensif; en effet, à la face interne de l'œsophage, se voyaient de larges ulcérations arrondies, allongées dans le sens vertical, et siégeant précisément au niveau des points où ce conduit présente des rétrécissements normaux. L'une se trouvait un peu au-dessus du cardia, la seconde, plus large, à l'origine même de l'œsophage; en outre la pression de la sonde sur le thyroïde avait ulcéré la muqueuse et complétement dénudé le cartilage.

Il est probable que si la mort n'était pas survenue aussi rapidement, ces ulcérations se seraient étendues en largeur et en profondeur, et n'auraient pas tardé à amener des perforations, avec tous les accidents qu'elles peuvent entraîner.

Cirrhose hypertrophique; par M. STOÏCESCO, interne.

Arnoult, Martin, âgé de 38 ans, cordonnier, est entré le 5 avril 1875 à l'hôpital de Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 3 bis, (service de M. SIREDEY).

Antécédents héréditaires peu précis. Le père paraît s'être bien porté toute sa vie, la mère serait morte d'une pleurésie après en avoir eu plusieurs auparavant; le malade ne sait pas si elle toussait dans l'intervalle. Deux sœurs se portent bien ; un frère aîné est mort pendant la guerre après avoir beaucoup toussé; deux ans avant, il avait été atteint d'une affection du genou, probablement une arthrite fongueuse.

Notre malade a toujours été lui-même d'une santé délicate et chancelante, bien qu'il n'ait eu jamais — du moins depuis sa jeunesse — de grave maladie ; dans son enfance il avait souffert de maux d'yeux très-fréquents, dont il porte la trace sur la paupière gauche (*trichiasis*). Vers la même époque, il fut atteint d'une entérite chronique (ventre gros, digestions pénibles, alternatives de diarrhée et de constipation); il se nourrissait mal et fut surmené par le travail.

Il y a environ un an et demi, le malade a commencé à tousser et à maigrir un peu; la toux a toujours été en augmentant depuis cette époque. Il n'a jamais craché de sang, mais parfois le matin, après des efforts de toux, il rendait des crachats teints par du sang noir qui venait probablement des fosses nasales.

Vers la même époque, le malade a souffert de rachialgie, de douleurs vagues, passagères, mobiles, occupant tantôt les épaules et les bras, tantôt les genoux. Pas de coliques hépatiques, pas d'ictère.

Malgré un examen minutieux, il nous fut absolument impossible de trouver la moindre trace de syphilis soit dans ses antécédents, soit dans son état présent; nous avons insisté d'autant plus sur ce point, que le diagnostic paraissait obscur et difficile à plus d'un point de vue.

Il habite Paris depuis son enfance ; il n'a jamais eu d'accès de fièvres intermittentes.

Depuis quatre mois, le malade a cessé de travailler, et il a remarqué que, presque toutes les après-midi, il était pris d'une fièvre très-incommode, suivie parfois de sueurs très-abondantes ; il s'aperçut alors que ses vêtements le gênaient, la ceinture de son pantalon devenait trop étroite après les repas, les jambes enflaient après une marche même très-légère, et le soir, l'élastique de ses bottines laissait des traces sur les chevilles. Il commença à perdre l'appétit, mais n'eut pas de vomissements. Le malade nous assure n'avoir jamais fait des excès de boisson, et dit avoir toujours été très-sobre.

Vers la fin de janvier 1875, après des efforts de toux, il rendit quelques crachats sanguinolents, et eut, pendant une huitaine de jours, plusieurs épistaxis très-abondantes. Pas d'hématémèses. Traitement insignifiant.

Etat actuel. Le malade, profondément affecté de sa maladie, est devenu presque hypochondriaque, il est dans un état d'anxiété des plus marqués. Le corps est amaigri, la figure anémique, pâle, non ictérique. La partie sus-diaphragmatique et les membres inférieurs contrastent par leur maigreur avec la portion sous-diaphragmatique. L'inspection du ventre ne fait découvrir aucune trace de dilatation anormale des veines de la paroi ; les veines hémorrhoïdales n'ont pas subi non plus de dilatation pathologique.

L'appétit est fort diminué, surtout le soir; la soif est vive. les digestions sont pénibles (constipation, pas de vomissements).

A la percussion de la *poitrine*, en avant, la sonorité paraît conservée des deux côtés; en arrière, sub-matité dans la fosse sus-épineuse droite. Partout ailleurs la sonorité est normale. A l'auscultation, dans la même fosse sus-épineuse, on entend des craquements nombreux ; dans tout le reste de la poitrine, le murmure vésiculaire paraît avoir son amplitude et ses caractères physiologiques.

Aucune modification dans le rhythme des battements du *cœur*: le timbre de ses bruits est à peine modifié par un souffle doux, anémique, qu'on entend au niveau de l'orifice aortique et qui se propage dans les vaisseaux du cou.

L'*abdomen* est volumineux, globuleux : l'épigastre très-proéminent, dur à la palpation. Les fausses côtes du côté droit sont soulevées par le *foie*, qui forme une énorme saillie douloureuse facile à limiter par la percussion. La matité qu'il donne s'étend de deux travers de doigt au-dessous du mamelon droit jusqu'au niveau de l'ombilic, et descend à trois travers de doigt environ au-dessus de l'arcade de Fallope du même côté. La *rate*, aussi très augmentée de volume, moins douloureuse que le foie, mesure 15 centimètres de haut en bas. A la partie inférieure de l'abdomen, on trouve une légère ascite, le liquide se déplace dans les différents mouvements qu'exécute le malade. Comme nous l'avons déjà dit, point de circulation supplémentaire.

Les jambes, légèrement infiltrées. présentent çà et là quelques taches de purpura. Nulle part les ganglions lymphatiques ne paraissent augmentés de volume. Les urines, chargées, déposent beaucoup d'urates, elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. Les selles sont moulées et de couleur normale. Eau de Vichy, sulfate de quinine 0,60. Bordeaux.

9 *avril.* L'ascite paraît avoir augmenté un peu. Ce matin, une épistaxis très-abondante.

13 *avril.* Constipation opiniâtre, perte d'appétit, soif vive ; les épistaxis se répètent abondamment presque tous les jours. Les ganglions inguinaux, surtout ceux de droite, semblent augmentés de volume. On ajoute au traitement du suc de cresson (60 grammes).

Le malade continue à maigrir de plus en plus, son état général empire journellement. Anxiété, inappétence presque complète, même tendance à l'hémophilie. De temps à autre, il est pris vers le soir de fièvre, simulant les accès de fièvre intermittente, sauf le frisson. Les taches de purpura que nous avons remarquées à son entrée, exclusivement sur les jambes, commencent à gagner le reste du corps. Les signes physiques du côté des poumons sont *in statu quo*.

Le 24 *mai*, dans la nuit, le malade est pris de frissons; le matin à la visite, nous le trouvons avec une température très-élevée, la respiration ne paraît pas embarrassée, pas de point de côté. Une plaque érysipélateuse que nous remarquons vers l'oreille gauche semble expliquer ce cortége symptomatique, insolite dans son état habituel. Traitement en conséquence : purgatif, poudre d'amidon.

25 *mai.* Le malade est gêné pour respirer : en l'auscultant, on est surpris de trouver une pneumonie qui occupe toute l'étendue du poumon gauche. Potion de Todd.

Les *jours suivants*, la pneumonie ne change point, l'état général du malade est de plus en plus grave.

Le 29 *mai* : on examine le sang avec le compteur Hayem, on y trouve 2,000,000 de globules rouges et point de leucocytose : quelques globules blancs se présentent sur la plaque de l'appareil. Le malade succombe dans la journée.

Autopsie. La cavité abdominale contient une petite quantité de liquide jaunâtre, limpide, non purulent. Le péritoine est sain.

Le *foie*, considérablement hypertrophié, pèse 4.000 grammes; sa forme est conservée : il est inégal à sa surface, parsemé de petites éminences gris jaunâtres arrondies, un peu plus grosses que des têtes d'épingles. Sa consistance est ferme et élastique. L'enveloppe de Glisson est épaissie et blanchâtre. La vésicule, petite, à parois très-épaisses, contient peu de bile, sans calculs.

La *rate*, augmentée de volume aussi, pèse 800 grammes environ. Son tissu, d'une coloration rosée, est dur, consistant ; à la coupe, elle offre une surface recouverte de nombreuses granulations, à peu près semblables à des grains de semoule ; ces grains, étant recouverts de teinture d'iode, prennent une légère teinte foncée.

Le *cœur* et les *reins* ne présentent rien d'anormal. Les *ganglions* inguinaux sont un peu hypertrophiés, rouges et consistants.

Aux *poumons*, en dehors d'une caverne grosse comme une petite mandarine et de quelques tubercules disséminés dans le sommet du poumon droit, nous avons trouvé tout le poumon gauche dans un état d'hépatisation rouge, cause certaine de l'issue fatale.

M. Debove. J'ai fait l'examen histologique de ce foie, et j'ai constaté des lésions identiques à celles qu'avait observées M. Hayem dans le fait qu'il a présenté dernièrement à la Société ; c'est-à-dire qu'il existe une cirrhose extra- et intra-lobulaire, une prolifération active de cellules embryonnaires dissociant les cellules hépatiques restées à peu près saines, et une dilatation remarquable des conduits biliaires. Ce malade n'avait jamais eu de syphilis.

Tumeurs (*tuberculeuses*?) **des artères cérébrales ; granulie aiguë ; ganglion bronchique suppuré ;** par M. Ch. Rémy, interne des hôpitaux.

Guérin Clémence, âgée de 46 ans, mécanicienne, entre à l'hôpital de Lourcine le 18 mai 1875, salle Saint-Clément, 14, (service de M. Lancereaux).

Cette femme n'a pas eu de maladie antérieure. Elle a eu deux enfants, morts tous deux, l'un de bronchite, l'autre de maladie indéterminée, en nourrice. Réglée à 16 ans ; ménopause probable il y a six mois. Depuis novembre 1874 jusqu'à la fin de décembre, migraines fréquentes, caractérisées par de la céphalalgie et des vomissements. — Depuis le mois de janvier 1875. les migraines ont cessé, mais elle a commencé à tousser, à perdre l'appétit, s'est amaigrie beaucoup et a eu une fièvre vespérale avec sueurs nocturnes, sans hémoptysies.

Etat actuel. Face vultueuse, pommettes rouges, traits tirés, peau peu élastique : peu de tissu cellulaire.

Diminution de l'expansion thoracique et des vibrations vocales dans la moitié supérieure droite et gauche des poumons. Râles sibilants et sous-crépitants généralisés très-nombreux ; toux quinteuse; expectoration muco-purulente peu abondante. Rien au cœur; pouls petit et fréquent. Langue saburrale, amère ; soif vive ; anorexie; constipation de longue date, urines normales. Foie volumineux, douloureux, débordant de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes, insomnie. T. A. 38°,6. — *Soir*. T. 38°,2.

20 *mai*, frissons violents ; crachats contenant des filets de sang. T. 38°,8. — *Soir* T. 38°,6.

21 *mai*, accès de suffocation pendant un frisson. Orthopnée. T. 39°,6. — *Soir*, T. 40°,2.

22 *mai*, T. 36°,2. — *Soir*, T. 38°,4. Mort le soir dans un accès de suffocation.

AUTOPSIE. *Poumons* volumineux, débordant l'ouverture du corps, ne s'affaissant pas et surnageant. Faibles adhérences pleurales généralisées; les plèvres présentent des granulations grisâtres d'un demi millimètre de diamètre, très-peu saillantes, appréciables au doigt. Des granulations de couleur jaunâtre existent dans toute l'étendue du poumon, du sommet à la base sans que le sommet soit plus altéré.

Dans le médiastin postérieur, limitée par la trachée, l'œsophage, la division des bronches et l'aorte, se trouve une cavité anfractueuse couverte de détritus grisâtres et gangréneux ; le point de départ de cette lésion paraît être un *ganglion bronchique*. Cette cavité communique avec la bronche droite par un petit pertuis de 1[2 millimètre. La muqueuse des bronches est épaissie, violacée et parsemée de granulations tuberculeuses miliaires.

Cœur dilaté et coloré par le sang. *Foie* normal. *Rate* volumineuse, boueuse et friable.

Corps fibreux dans le milieu de la paroi postérieure du corps de l'*utérus;* dilatation kystique de la *trompe* gauche adhérente à l'ovaire.

Déviation légère de la colonne vertébrale portant sur la première moitié de la région dorsale ; concavité à droite.

Cerveau. Taches opalines des méninges ; deux masses jaunâtres, la première du volume d'un pois, l'autre du volume d'un grain de chenevis, existent sur le trajet de l'*artère sylvienne gauche*; deux ou trois autres plus petites sur les artères de l'hexagone de Willis.

Examen des tumeurs artérielles. A l'œil nu, elles semblent siéger dans la tunique adventice de l'artère. Elles sont développées au niveau d'une bifurcation, elles ne touchent à l'artère que par un point de sa convexité, sans l'entourer.

Jaunâtres d'aspect, elles ont une consistance variable : la plus petite est molle ; la plus volumineuse contient une matière dure qui s'est énuclée par la pression, laissant une sorte de cavité. Cette matière dure est constituée par des corps ovoïdes de $\frac{1}{10}$ de millimètre, très-réfringents, offrant à leur surface des raies concentriques comparables à l'amidon, et aux corps développés dans les plexus choroïdes; sous l'influence de la pression, ils se brisent par une étoile au centre en 4 ou 5 morceaux ; sur une coupe perpendiculaire à l'artère, on observe une masse arrondie plus volumineuse que l'artère et en continuité de tissu avec la tunique adventice. Cette masse est constituée par deux zones, une périphérique, l'autre centrale. La zone périphérique est constituée par du tissu cellulaire ayant plus de fibrilles que de cellules, formant une sorte de membrane. On y observe de place en place une multiplication de noyaux. Le centre est occupé dans les plus petites tumeurs par des détritus difficiles à apprécier, dans les plus volumineuses par les corps déjà décrits.

Au point de contact de cette tumeur, on observe un état d'inflammation de toute la paroi artérielle, qui détruit la membrane musculaire et épaissit la tunique interne.

RÉFLEXIONS. La nature de cette lésion semble difficile à préciser ; elle ne présente point les caractères de l'artérite syphilitique (Lancereaux) ; on pourrait, avant tout examen, croire à un tubercule, en raison des lésions du poumon; mais l'histologie ne confirme pas absolument cette manière de voir.

M. HAYEM. Je ne crois pas qu'on puisse considérer cette tumeur comme un tubercule; elle me paraît ressembler beaucoup plus aux fibromes que l'on voit quelquefois se développer sur les artères, et plus encore à un petit anévrysme. Je n'ai vu qu'une seule fois un tubercule développé sur une artère de l'encéphale, et dans ce cas, il y avait oblitération complète du vaisseau. Ici, au contraire, le vaisseau est resté perméable. Du reste, l'examen histologique n'est pas en faveur de la nature tuberculeuse de la lésion.

M. CHARCOT. M. Rémy a dit qu'il ne s'agissait pas d'une artérite syphilitique; mais je ne crois pas qu'il soit permis de conclure d'une façon aussi catégorique, tant que les caractères de l'artérite syphilitique ne seront pas mieux définis qu'ils le sont aujourd'hui; car les résultats fournis par les travaux de MM. Heubner, Lancereaux, Moxon, Wilks, ne sont point encore acceptés par tout le monde.

M. DEBOVE. La lésion me paraît être une périartérite avec foyeur athéromateux.

M. CHARCOT. Evidemment, mais il faut bien remarquer que ce foyer athéromateux siége dans la tunique adventice. Le plus prudent, je crois, est de consigner le fait sans le dénommer, et d'attendre que d'autres plus ou moins analogues se présentent pour qu'on puisse les classer.

Hématome de la vulve ; par M. CANIVET, interne à l'hospice Saint-Lazare.

La nommée Eugénie B.., âgée de 26 ans, entre à l'hospice Saint-Lazare, le 1er juin, dans le service de M. le docteur BOUREAU.

Cette malade reçut il y a deux ans, sur les parties génitales, un violent coup de pied qui porta surtout sur la grande lèvre gauche. Depuis cette époque, la grande lèvre est restée tuméfiée et a conservé un volume sensiblement le même, assez considérable pour gêner la malade, qui demande à être opérée.

Cette tumeur, ovoïde, occupe la grande lèvre dans presque toute sa hauteur, mais elle est plus saillante à la partie inférieure. Par son volume, elle entr'ouvre la vulve, et présente deux faces, l'une formée par la portion cutanée, l'autre par la partie muqueuse de la lèvre, séparées entre elles par le bord interne de la grande lèvre qui, supérieurement, forme une saillie.

Presque entièrement indolente au toucher, elle offre aujourd'hui le volume d'un œuf de poule. Elle est fluctuante, mais donne la sensation de cloisonnements nombreux de telle sorte qu'on ne peut songer à la ponction simple. L'ablation pouvant seule amener la guérison, est pratiquée.

La *tumeur*, disséquée avec soin pendant l'anesthésie chloroformique, est énuclée en entier, très-facilement à la partie supérieure, mais avec peine à la partie inférieure, où elle envoie un prolong ment vers l'ischion.

Des coupes pratiquées dans tous les sens, montrent qu'elle est formée par la réunion de nombreuses poches, contenant toutes le même liquide épais, couleur chocolat, qui n'est autre que du sang altéré. La quantité du liquide est évaluée à environ 50 grammes. La glande de Bartholin paraît intacte et le siége de l'épanchement enkysté est péri-glandulaire.

RÉFLEXIONS. Ces sortes de kystes sanguins succédant à un épanchement traumatique sont assez rares, puisque Huguier déclare n'en avoir observé qu'un seul cas ; il dit que les épanchements de sang qui finissent par s'enkyster donnent naissance à des kystes séreux.

Carcinome du maxillaire supérieur; résection de l'os; par M. A. CARTAZ, interne des hôpitaux.

X.., âgé de 54 ans, lingère, entre le 13 février 1875, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, service de M. TRÉLAT. C'est une femme vigoureuse, qui a eu sept enfants et a toujours joui d'une bonne santé. Ménopause il y a quatre ans.

Elle nous raconte qu'il y a sept mois, elle vit, sans cause appréciable, survenir une petite tumeur sur le côté droit du nez, au niveau de l'angle interne de l'œil. Jamais auparavant elle n'avait eu d'affections de la gorge ou du nez. Cette petite tumeur, quoique indolente, eut un développement assez rapide, et quatre mois après, la malade subissait une opération qui, d'après ses renseignements et les traits de la cicatrice, paraît avoir consisté en une ablation de la tumeur en conservant le lambeau cutané ; il existe en effet une ligne cicatricielle le long du sillon naso-jugal, qui indique le point précis de l'incision. — Récidive un mois après. La marche de l'affection a été, cette fois encore plus rapide, quoique toujours indolente.

Actuellement, la malade vient à l'hôpital avec l'intention de se faire opérer à nouveau. La figure présente absolument l'aspect des déformations dues aux polypes naso-pharyngiens volumineux ; la joue droite, au niveau du sinus maxillaire,

est le siége d'une tumeur du volume du poing ; l'œil est projeté en dehors et dans un état assez prononcé d'exophthalmie ; le nez est déjeté du côté gauche, et son sillon du côté droit, complétement effacé, a fait place à une tumeur qui n'est que le prolongement de celle de la joue.

Au niveau de l'angle interne de l'œil et de la racine du nez, la tumeur est plus molle, donne une sensation de fausse fluctuation qui n'existe pas sur les autres points, où on trouve une certaine résistance. A ce niveau, la peau est rouge, enflammée, sillonnée de petites veines variqueuses et comme prête à s'ulcérer.

En ouvrant la bouche, on trouve que la tumeur fait saillie sur le bord alvéolaire ; elle présente en ce point deux mamelous du volume d'une petite noisette, d'un blanc rosé, mollasses et résistants. La narine droite est complétement obturée. Rien du côté du pharynx ; on ne trouve rien dans les arrière-fosses nasales.

Sous l'angle de la mâchoire inférieure, petit ganglion gros comme une noisette, dur, indolore.

Pas de troubles de la vue. Santé générale très-bonne.

Malgré le peu de chances de succès que présente l'opération, en face d'une marche aussi rapide et d'une première récidive, on se décide, sur les instances de la malade, à intervenir.

15 *février*. Résection du maxillaire supérieur. On est obligé, en raison de l'adhérence de la tumeur à la peau et de l'altération de la peau à la partie supérieure, de sacrifier toute la partie cutanée comprise dans l'angle de l'œil et la racine du nez. La portion ainsi excisée mesure 4 à 6 centimètres carrés, et donne, à la fin de l'opération, un vide que ne peut recouvrir le lambeau. L'incision porte sur le milieu du nez et toute la portion droite du nez est enlevée. Une fois le maxillaire supérieur enlevé, on cautérise au fer rouge le fond supérieur de la plaie, pour détruire, d'une part, des masses qui se prolongent du côté de l'ethmoïde et arrêter une légère hémorrhagie. Rapprochement du lambeau au moyen de 11 points de suture métallique ; une partie de l'aile droite du nez qui a été conservée rétablit un peu la forme primitive et rend l'aspect moins repoussant ; mais il reste, à l'angle interne de l'œil, une ouverture de la largeur d'une pièce de deux francs.

En examinant la pièce, on voit que la production d'apparence sarcomateuse fait hernie en dehors du sinus maxillaire où elle a pris naissance. Dans la cavité de ce sinus, au centre de ces bourgeons fongueux, grisâtres, on trouve de petits polypes muqueux, tels qu'on les rencontre si fréquemment dans cette cavité. On pourrait se demander si ces polypes ont été le point de départ du néoplasme ou si la tumeur leur a donné naissance, par irritation de voisinage. Etant donnée la fréquence de ces productions polypeuses à l'état normal, il est vraisemblable qu'elles préexistaient à la tumeur.

L'*examen* de la tumeur fait au Collége de France par M. Ranvier, a montré la nature *carcinomateuse* de la tumeur.

Les suites de l'opération ont été assez simples, mais un mois après, la récidive se montrait de nouveau et tout fait craindre une issue fatale prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1875. — Présidence de M. Houel.

M. Guyon lit une note de M. Cazin (de Boulogne), sur une modification qu'il a apportée au procédé de M. Rigaud (de Nancy), pour la cure radicale des varices superficielles des membres. — La dénudation de la veine, par le procédé de M. Rigaud, offre de véritables difficultés, et une main peu exercée à cette opération court souvent risque d'ouvrir le vaisseau ; et cela parce que l'incision de la peau se fait sur le trajet de la veine même, et que la dénudation complète de la varice nécessite des tiraillements sur ses parois.

M. Cazin fait d'abord une incision parallèle à la veine, mais à une distance de 1 à 2 centimètres ; puis deux courtes incisions horizontales de manière à tailler un lambeau cutané. La veine est ensuite dénudée avec la sonde cannelée, les pinces ne tiraillant que la peau seule. Cela fait, le chirurgien passe sous la veine dénudée son lambeau de peau et suture les deux bords de la plaie. — Ce lambeau remplace avec avantage le corps étranger dont M. Rigaud se sert pour isoler la veine. La réunion s'opère par première intention et la varice desséchée tombe huit à dix jours après.

—L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Marjolin, sur l'insuffisance des ressources par le traitement chirurgical des enfants à Paris.

M. Després n'est pas de l'avis du rapporteur sur la plupart des questions. Après avoir développé longuement sa manière de voir, l'orateur s'arrête aux conclusions suivantes :

1° Le nombre d'hôpitaux d'enfants est suffisant ; les ressources de l'assistance publique ne suffiraient pas pour construire, comme le veut le rapporteur, deux nouveaux hôpitaux ; 2° Il faut établir dans chaque service de chirurgie 4 lits de nourrices qui seront donnés aux femmes dont les enfants seraient malades ou réciproquement — jusqu'à trois ans l'enfant ne saurait se passer des soins de sa mère ;— 3° N'admettre les enfants dans les hôpitaux spéciaux qu'après 3 ans révolus ; sauf le cas d'accident, survenu sur la voie publique et ne permettant pas le transport ; — 4° Opérer et panser à la consultation les blessures, les abcès chauds, les maladies des yeux, etc. ; — 5° Faire soigner à domicile les affections chroniques longues et ordinairement compliquées de tuberculose : carie, nécrose, coxalgie ; — 6° Donner, par l'intermédiaire des bureaux de bienfaisance, des secours aux nécessiteux.

M. de Saint-Germain est à peu près de l'avis de M. Després ; il serait partisan de la création d'hôpitaux d'enfants *extra-muros*, ainsi qu'au bord de la mer.

M. Boinet dit que la dépense pour un malade soigné à domicile revient à 1 fr. à l'Assistance publique, et à 2 fr. pour chaque malade dans les hôpitaux. Si donc on donnait 1 fr. aux femmes dont les enfants sont malades, ce secours leur permettrait de rester chez elle auprès d'eux et de leur prodiguer les soins nécessaires. Si encore la position des médecins des bureaux de bienfaisance était convenablement améliorée, les enfants seraient mieux soignés au bureau et non renvoyés à l'hôpital comme cela se fait d'habitude ; M. Boinet a calculé qu'en moyenne ces médecins recevaient *quinze centimes* par visite ! (Suite de la discussion renvoyée à la prochaine séance). — M. Tarnier présente un céphalotribe dont il a modifié les cuillères de façon qu'elles ne glissent plus sur la tête du fœtus. I. B.

REVUE CHIRURGICALE (1).

II. Du diagnostic de la généralisation des tumeurs mélaniques; par le Dr E. Clauzel. (A. Delahaye 1874).

III. Cases of enlarged Tonsils; (*Hypertrophie des amygdales chez les enfants*); par le Dr Norman Moore. (*Saint-Bartholomew's Hospital Reports, 1874*).

IV. On the acute arthritis of infants. (*Sur l'arthrite aiguë des très-jeunes enfants*); par le D. Thomas Smith. (id.)

V. Manuel de chirurgie de guerre; par le Dr O. Heyfelder, médecin principal de l'armée russe (Trad. du Dr A. Rapp.)—Berger-Levrault r. des Beaux-Arts, 5 1875.

VI. Du mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius; par le Dr A. Herbline.

II. Les travaux de Robin, de Virchow, de Trousseau et Leblanc, la thèse de Peulevé, les recherches de Cornil et Trasbot nous avaient fait connaître l'histoire clinique et les diverses formes histologiques du cancer mélanique et des mélanoses ; M. Nepveu et, d'après ses inspirations, M. Clauzel, viennent d'étudier avec plus de soin les signes de la généralisation de ces tumeurs. Ils ont démontré que l'examen des crachats, du sang et des urines méritait de prendre une place considérable parmi les éléments sérieux du diagnostic. — Les crachats des malheureux atteints de mélanose pulmonaire sont quelquefois noirs presque comme de l'encre, ou présentent une teinte gris-cendré. Le microscope y fait voir des cellules épithéliales remplies de granulations grises ou noires en grande quantité. — Dans le sang, on trouve les altérations suivantes : 1° globules blancs légèrement augmentés de nombre ; 2° granulations noirâtres dans les globules blancs ; 3° granulations brun-rougeâtre dans le sérum, formant de très-petits cylin-

(1) Voir le n° 50.

dres en forme de moules ; 4° quelquefois les globules rouges isolés ou pris en masses cylindriques présentent une teinte noire très-foncée. Le microscope révèle les produits suivants dans les urines : 1° amas irréguliers de granulations noirâtres ; 2° moules cylindriques brunâtres ; 3° cristaux de couleur hortensia. Outre la thèse de M. Clauzel, M. Nepveu a publié dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, deux mémoires fort intéressants sur la nature et la diagnostic des mélanoses.

III. Tout le monde sait que *l'hypertrophie des amygdales* chez les enfants, lorsqu'elle a atteint un certain développement, gêne considérablement la respiration et la rend stertoreuse. A l'auscultation, le Dr Norman Moore a constaté une diminution très-notable du murmure vésiculaire du poumon du côté de l'amygdale la plus malade ; en mesurant comparativement les deux côtés du thorax à sa base, il a observé une asymétrie très-prononcée. Après l'ablation de l'amygdale, le murmure vésiculaire a reparu dans toute l'étendue du poumon, et le thorax a repris peu à peu sa configuration naturelle.

L'auteur anglais pense que la diminution du murmure vésiculaire ne saurait s'expliquer que par l'atélectasie des alvéoles pulmonaires produite par les inflammations catarrhales, qui ont, en même temps, déterminé l'hypertrophie des amygdales.

IV. La maladie que décrit le docteur Thomas Smith sous le nom d'*arthrite aiguë* des jeunes enfants, apparaît brusquement, et marche avec une très-grande rapidité vers sa terminaison bonne ou mauvaise.

C'est dans la *première année* de la vie qu'on l'observe presqu'exclusivement. Elle occupe le plus souvent l'épaule, la hanche, le genou, et dans quelques cas, plusieurs articulations à la fois chez le même enfant. Elle est caractérisée par de la roideur dans les mouvements, de la douleur, du gonflement péri-articulaire, puis, bientôt, par un épanchement intra-articulaire purulent, qui apparaît brusquement, enflamme la peau et s'ouvre brusquement à l'extérieur. La suppuration de l'articulation dure peu si la guérison doit survenir. Le petit malade succombe généralement à l'épuisement ou à la pyoémie.

Si, après la mort, on examine les lésions produites, on voit qu'elles consistent dans une perte de substance considérable de l'extrémité articulaire d'un des os qui forment l'articulation. A cette période de la vie, les extrémités articulaires des os sont encore complétement cartilagineuses, et il est remarquable de voir la suppuration les envahir et les détruire avec une aussi grande rapidité.

Notons cependant que dans la plupart des vingt-deux observations du Dr Thomas Smith, on reconnaît que l'inflammation a débuté sur les limites du cartilage et de l'os. C'est là que se forme d'abord un abcès qui, plus tard, s'ouvre dans l'articulation. L'étude des nombreuses planches annexées par l'auteur à son travail représente des lésions tout-à-fait semblables à celles que MM. Gosselin, Giraldès, etc..., ont décrites dans l'*ostéite épiphysaire*. Le chirurgien anglais ne semble pas avoir été saisi par les grandes analogies qui existent entre l'affection qu'il a observée chez les très-jeunes enfants et celle que les français ont si bien étudié chez les adolescents : il ne fait nulle mention des travaux de ces derniers. Selon nous, l'*arthrite aiguë* des très-jeunes enfants, ne serait en France qu'une *ostéite épiphysaire précoce*.

IV. Depuis la guerre malheureuse de 1870-71, le ministère de la guerre fait traduire en français et publier une série d'ouvrages allemands et étrangers qui ont trait à l'art militaire, et qui constituent pour nos officiers une bibliothèque fort intéressante à consulter et très-instructive. — Le 2e bureau de l'état-major général qui dirige ces publications ne paraît pas devoir négliger la partie médicale, comme le prouve la traduction du *Manuel de chirurgie* de Heyfelder qu'il a confiée aux soins du docteur A. Rapp, médecin-major de 2e classe. Au milieu du déluge de publications médico-militaires qui n'a pas cessé d'inonder l'Allemagne depuis la fin de la dernière guerre, il ne pouvait faire de choix meilleur que celui du manuel du Dr O. Heyfelder, conseiller d'état et médecin principal de l'armée russe.

Les relations personnelles scientifiques qui unissent ce savant chirurgien au monde médical français, sont, comme il le dit lui-même, dans sa préface, déjà anciennes. Elles commencèrent dès ses premiers pas dans la carrière, au moment où il suivait les cours et les cliniques de Roux, de Velpeau, de Malgaigne, de Nélaton. Pendant la dernière guerre à Metz, à Lille, à Saint-Quentin, il fut le collaborateur de ses confrères français, et il attache, dit-il, le plus grand prix à ces relations qui ne cessèrent d'être agréables pour lui. Ecrit dans une forme concise, empreint d'un caractère éminemment pratique, au courant des progrès réalisés depuis la guerre, le manuel du Dr O. Heyfelder offre de plus l'avantage d'embrasser le domaine tout entier de la chirurgie militaire. Il est divisé en deux parties : l'une, générale, s'occupe surtout du traitement général des blessés ; l'autre, spéciale, est un précis de médecine opératoire. Dans la première partie, on trouve les chapitres suivants : 1° *sur le champ de bataille* : préparation du médecin, coucher les blessés, les animer et les désaltérer ; arrêter les hémorrhagies ; différents modes de transport des blessés en arrière du champ de bataille. 2° *La station de pansement* : Installation de la station, visite et triage, le pansement, les opérations pratiquées sur la station de pansement. 3° *Transport depuis la station de pansement jusque dans l'ambulance de seconde ligne.* 4° *Transport depuis le théâtre* de la guerre jusqu'à de grandes distances, évacuation. 5° Organisation des services de l'*ambulance secondaire*. 6° Pansement général des plaies de guerre, leurs maladies consécutives, leurs complications ; les maladies intercurrentes : la dyssenterie, le typhus, le choléra, la variole etc. 7° Installation des malades et des blessés : baraques, tentes, ambulances de nécessité telles que fabriques, granges, châteaux, édifices publics, etc. — Aménagement des ambulances, personnel des inhumations ; traitement consécutif des blessés, eaux thermales, etc... — Dans la deuxième partie, on trouvera un résumé très-complet, très-lucide et très-concis, d'opérations pratiquées sur les vaisseaux, sur la tête, sur le cou, sur le tronc et sur les membres, telles que amputations, désarticulations, résections. Cette longue énumération suffit pour montrer combien sont nombreux les renseignements que l'on peut puiser dans cet excellent petit livre, imprimé dans un petit format, et ne comprenant pas plus de 400 pages. Le style en est clair, et pas trop didactique ; c'est la causerie agréable d'un homme instruit qui a beaucoup observé et qui connaît à fond les questions modernes de la chirurgie militaire. La traduction du Dr Rapp est d'ailleurs fort heureuse : on y a évité avec soin les expressions et les formes toute germaniques, qui rendent d'ordinaire si pénible la lecture de ces ouvrages.

VI. Le mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius a été l'objet de discussions et de recherches nombreuses. On connaît jusqu'à présent trois théories principales : 1° Celle de la pénétration d'emblée ou de la pénétration réciproque admise par Voillemier ; 2° Celle de la divulsion soutenue par Nélaton à l'aide d'expérimentations nombreuses ; 3° La troisième est celle de Lecomte, connue sous le nom de théorie de l'arrachement. M. le Dr Herbline s'appuyant sur ses recherches expérimentales et sur l'étude consciencieuse de trois fractures du radius, recueillies à l'autopsie dans le service de M. Tillaux, cherche à démontrer que cette fracture se fait toujours par le mécanisme de l'*arrachement* et que la pénétration, qui peut avoir lieu dans certains cas, n'est qu'un phénomène secondaire, consécutif.

H. DURET.

BIBLIOGRAPHIE

Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen.

Par le Dr FOIX. — Br. in-8° de 48 pages, Ad. Delahaye.

Le travail de M. Foix a pour but l'étude des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen, c'est-à-dire de cette partie qui occupe les deux hypochondres et l'épigastre, et qui contient trois viscères importants : le foie, la rate et l'estomac. Laissant à peu près de côté l'estomac, l'auteur s'occupe des inflammations siégeant autour du foie et de la rate, qu'il désigne sous le nom de péritonites péri-hépatiques et de péritonites péri-spléniques.

M. Foix, dans son historique, se plaint de la rareté de documents relatifs à ces affections. Peut-être, en effet, n'ont-elles jamais été traitées avec un grand luxe de détails ; cependant les observations ne manquent pas complétement ; Frerichs, dans un *Traité des maladies de foie*, Besmer, dans son article *Rate* du *Dictionnaire* encyclopédique, ont attiré l'attention sur ce point.

Quoiqu'il en soit, M. Foix nous démontre que ces péritonites suivent différentes marches. Tantôt, elles se terminent par résolution, ne laissant d'autres traces que des fausses membranes ; tantôt, elles passent à la suppuration, et alors les abcès peuvent s'ouvrir dans différents organes, particulièrement dans la plèvre, dans les bronches, daus l'intestin, quelquefois à la peau.

Comme étiologie, nous trouvons surtout les violences extérieures et assez souvent les affections du foie et de la rate, par exemple, des kystes, des tumeurs qui viennent proéminer vers la surface et qui déterminent des inflammations de voisinage.

La symptomatologie de ces péritonites est assez obscure : douleur, tuméfaction limitée, voilà les principaux signes du début. A une autre période, surviennent des accidents plus ou moins graves, suivant que l'ouverture de la collection purulente s'est faite du côté de tel ou tel organe. Aussi le diagnostic est-il toujours difficile et il s'en suit que le traitement se borne assez souvent à la médication symptomatique. Au début, saignées locales, cataplasmes, frictions mercurielles, belladone, vésicatoires. Si l'on reconnaissait l'abcès, il conviendrait de recourir à l'évacuation du liquide, pus ou sérosité inflammatoire, contenu dans l'abdomen ; pour cela, on pourra se servir avec avantage des instruments aspirateurs, sans oublier toutefois que l'aspiration simple peut rester inefficace, alors surtout qu'il s'agit d'un abcès. Il faudrait alors ouvrir l'abcès à l'aide du bistouri ou de la pâte de Vienne.

Deux observations personnelles termineut ce travail qui a surtout pour mérite de fixer l'attention sur un groupe d'affections connues, mais laissées peut-être un peu trop dans l'ombre. G. PELTIER.

CORRESPONDANCE

Rentrée des Facultés à Toulouse. — Université catholique.

Toulouse, le 1er décembre 1875.

Monsieur le rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Mercredi a eu lieu dans une des salles de l'Ecole de droit, la rentrée solennelle des facultés. Beaucoup de personnages officiels, parmi lesquels Monseigneur Florian, mais peu d'étudiants. Les solennités sont aujourd'hui complétement délaissées ; nous le regrettons, car parmi les nombreux discours qui ont été prononcés, un surtout, celui de M. Dreyss, recteur de l'académie de Toulouse, méritait d'être entendu.

Laissant de côté tous ces lieux communs, matière à dissertations plus ou moins érudites, M. Dreyss a pris pour sujet de sa tâche la nouvelle loi sur la liberté de l'enseignement supérieur. Ce discours, que nous ne pouvons que résumer, est digne des plus grands éloges. Loin de critiquer la liberté d'enseignement, l'honorable orateur a démontré que la liberté est une et la même pour tous. Cette liberté, loin d'être nuisible à l'Université, lui sera au contraire favorable, car elle stimulera l'amour-propre des professeurs, et obligera l'État à faire des sacrifices. Pour ce qui est des attaques du parti clérical, et des membres des universités catholiques, on ne doit pas y répondre ; car comprendre la nouvelle loi, ainsi que la comprennent les organisateurs des nouvelles facultés, est chose insensée ; on ne peut aujourd'hui répudier 89. Du reste, la société actuelle saura faire justice des prétentions et des enseignements de ces messieurs.

Ce discours, si sensé et si énergique, a été très-applaudi du public et des professeurs qui assistaient à la séance ; cela, au grand dépit de l'archevêque, qui, je le dis, a reçu un accueil peu flatteur à son entrée dans la salle.

A ce sujet qu'il me soit permis de vous donner quelques renseignements sur la nouvelle université catholique de Toulouse. Il faut le confesser, cette université n'existe pas seulement de nom, mais de fait. Elle est à peu près constituée, et l'argent, ce métal si précieux qui permet d'avoir des hommes, ainsi que le disait naguère Mgr Florian, s'amoncella de toutes parts.

A l'heure présente, il est à peu certain que notre ville va devenir la principale Université du parti clérical; je dis Université et je dis bien, car cette Université comprendra les facultés de droit, des lettres, des sciences, de médecine et de théologie. Les locaux seraient même choisis. D'après certaines conversations, l'hôtel Saint-Jean servirait à loger les facultés des sciences et de médecine; la faculté de théologie serait installée dans un hôtel de la rue Dausserques ; quant aux facultés des lettres et de droit rien n'est encore arrêté.

Le concours donné à cette nouvelle Université catholique est très-puissant. Douze diocèses ont déjà souscrit et se sont engagés à fournir des élèves et les sommes nécessaires à la création des diverses chaires ; parmi les membres les plus ardents, nous devons citer M. Dubreuil, d'Avignon, et l'archevêque d'Auch. Dans la pensée de ces Messieurs, Toulouse doit être en effet le centre universitaire du Sud-Ouest de la France.

Pour ce qui a trait au personnel, il est à peu près trouvé ; les jésuites ou les séminaires fourniront largement aux facultés des lettres, des sciences et de théologie. Les professeurs de la faculté de droit sont également désignés et parmi eux on cite des membres de l'Uuversité. La Faculté de médecine cause plus de souci, cependant on espère arriver à bonne fin. Comme enseignement clinique, l'administration des hospices n'hésitera pas un instant à faire l'abandon de plusieurs salles de malades, moyennant rétribution. L'Ecole de médecine, elle-même, pourrait bien se voir privée de quelques-uns de ses professeurs et des plus éminents, car, comme ces Messieurs le disent hautement et avec amertume, voilà Marseille de plein exercice, Lyon, Bordeaux, Lille facultés, et Toulouse, malgré les sacrifices que s'est imposé son conseil municipal est loin de partager les mêmes faveurs. Aussi, si la transformation de l'Ecole n'a pas lieu sous peu, ne soyez pas étonné d'apprendre qu'il y a eu des transfuges. Au reste ces récriminations sont en partie fondées, car il est déplorable de voir des hommes de talent, des hommes qui professent depuis longues années, dont quelques-uns ont même un nom dans la science, rémunérés dans leurs services comme des commis aux écritures ou des valets de chambre. Dans une école, en effet, un professeur a 1,500 fr., un professeur suppléant 500 fr., un prosecteur 250 fr. N'est-ce pas là des traitements dérisoires et qui prouvent d'une manière évidente le peu d'intérêt que l'Etat porte à son personnel enseignant? Profitant de ces malheureuses circonstances, le parti clérical attirera à lui plus d'un professeur et pourra, dès le mois de février, ainsi qu'il en a l'intention, ouvrir les portes de son Université. L. C.

VARIA

Des exercices vocaux complémentaires de la staphylorrhaphie.

Uue des causes qui font délaisser un peu la staphylorrhaphie, c'est que les malades ne parlent presque pas mieux après l'opération qu'avant, alors même qu'ils ont été soumis postérieurement à quelques exercices vocaux. La faute en est à ce que les leçons de prononciation qui sont le complément indispensable de l'opération ont toujours été données sans méthode. Cette déplorable façon d'agir, qu'on s'explique un peu par le manque de connaissances précises sur le rôle du voile du palais et le mode de production du nasonnement, nous paraît devoir disparaître entièrement aujourd'hui de la pratique pour faire place à une conduite plus scientifique. En effet, M. Chervin, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, dont la méthode de traitement du bégaiement a été récemment l'objet des plus grands éloges de la part de l'Académie de médecine, M. Chervin, vient d'appliquer avec succès ses procédés de gymnastique vocal à la correction des défauts de prononciation inhérents aux divisions congénitales du voile du palais.

Selon lui, le uasonnement est le phénomène pathologique prédominant, mais ce n'est pas le seul ; il est accompagné d'un manque d'articulation de la plupart des consonnes, dont la cause initiale est la lésion organique ayant provoqué plus tard des troubles dans les fonctions des agents articulateurs. Mais comment se produisent ces deux phénomènes ? M. Chervin les attribue : 1° à la direction vicieuse du courant d'air expiré; 2° à l'insuffisance de la fermeture postérieure de la cavité buccale, indispensable pour certaines consonnes et nécessaire pour la plupart.

Pour les consonnes soufflées V, Z, J, par exemple, qui doivent se prononcer en dirigeant le courant d'air entièrement par la bouche, et en plaçant la langue dans une certaine position; le sujet aura beau placer sa langue dans la position physiologique, si la plus grande partie du courant d'air expiré, s'engage dans les fosses nasales, le peu qui passera par la bouche sera insuffisant pour produire, à la rencontre de la langue, un son net et précis. De là, une articulation toujours empâtée, souvent incompréhensible qui est due à ce que le courant d'air expiré qui devait se transformer en son dans la bouche s'est dirigé en trop grande partie dans le nez.

Mais, s'il s'agit de prononcer par exemple une consonne gutturale Gu, K, une autre difficulté vient s'ajouter à la première. Pour la prononciation de ces consonnes le dos de la langue s'élève et vient s'appuyer contre le voile du palais et

obstrue dans une certaine mesure la sortie de l'air par l'isthme du gosier. Il est évident que si le voile du palais manque, ou est insuffisant, les choses ne se passeront pas ainsi et que la lettre ne sera pas prononcée du tout et c'est principalement à l'insuffisance organique qu'il faudra s'en prendre dans ce cas.

La méthode de M. Chervin consiste donc à habituer tout d'abord le sujet à diriger par la bouche le courant d'air qui doit servir à la parole ; puis à lui enseigner des positions artificielles pour remédier aux troubles fonctionnels causés par la lésion organique.

Comme on le voit, cette méthode est très-judicieuse et si jusqu'à présent l'éducation du langage a été prescrite et exécutee empiriquement sans produire des résultats bien sérieux, M. Chervin nous donne aujourd'hui le pourquoi des troubles observés et la marche à suivre pour les faire cesser. Nous n'en attendions pas moins de ce spécialiste distingué.

Concours de l'internat et de l'externat.

Voici les questions orales qui ont été données depuis huit jours. *Internat:* Parotide; oreillons; — Muqueuse des fosses nasales; polypes muqueux; — Artère pulmonaire; hémoptysie; — Veine porte; kystes hydatiques du foie. — *Externat :* Du chloroforme, ses dangers, moyens d'y remédier; — Signes et diagnostic de la pneumonie aiguë; — Vaccine, éruption de la pustule vaccinale.

Ces deux concours touchant à leur fin, nous croyons opportun d'appeler l'attention de l'administration de l'Assistance publique sur l'avantage qu'il y aurait, pour elle, à recevoir un plus grand nombre d'internes *provisoires* et d'externes, afin de faire face aux vides qui se font à l'époque des vacances et à ceux qui sont occasionnés par le volontariat d'un an ou le départ des réservistes. L'administration doit d'autant plus se préoccuper de cette question que, cette année, même elle a été obligée de faire appel aux étudiants libres pour remplacer les externes.

Conseil municipal. — Assistance publique.

M. Nadaud présente un rapport proposant au conseil d'adopter un projet de vœu déposé par M. Raspail pour le rétablissement des sorties quotidiennes à l'hospice d'Ivry. — M. Delattre se demande si l'arrêté par lequel M. le directeur de l'Assistance publique a supprimé ces sorties n'est pas illégal, ne constitue pas une séquestration de personnes et ne doit pas être déféré au procureur de la République.

M. le Préfet ne veut pas répondre à l'observation de M. Delattre. Il a approuvé l'arrêté que justifiaient des abus sur lesquels il convient de garder le silence. Les sorties ont été réduites à trois par semaine, seulement les sorties des hommes et des femmes n'ont pas lieu les mêmes jours. Les familles ont toujours le droit de visiter leurs parents pensionnaires de l'asile. Toutefois, M. le Préfet ne s'oppose pas à ce que le conseil émette le vœu proposé. — M. Benjamin Raspail fait observer que la mesure prise par M. le directeur de l'Assistance publique, pour punir quelques fautes excusables, atteint, sans exception, tous les pensionnaires, même ceux dont la conduite est des plus honorables.

Il est cruel de ne pas permettre aux gens mariés de sortir le même jour. M. Raspail espère que l'administration reviendra aux anciens errements en rendant aux pensionnaires d'Ivry leurs sorties quotidiennes. M. Asselin donne connaissance d'une pétition des commerçants d'Ivry qui protestent contre le monopole d'un négociant de la localité, qui, sans adjudication, a été autorisé à fournir seul la boisson et les comestibles dans l'intérieur de l'hospice. M. le Préfet ne reconnaît pas aux négociants d'Ivry le droit de revendiquer la clientèle des incurables. M. le rapporteur rappelle qu'en Angleterre, depuis la fermeture des work-houses, le niveau de la moralité s'est encore abaissé. Le conseil fera une action juste en demandant à l'administration d'ouvrir tous les jours les portes de l'asile. Le projet de vœu est mis aux voix et adopté.

Il serait à souhaiter aussi que les sorties des épileptiques fussent rétablies telles qu'elles étaient autrefois. De la mesure prise, puis levée, par le Préfet, il est resté une *restriction,* nullement motivée.

Séance du 6 décembre. — M. Dubois dépose un projet de vœu tendant à obtenir que la direction de l'Assistance publique prenne des mesures pour éviter aux malades les déplacements considérables qu'ils ont à subir avant d'être admis dans les hôpitaux et *supprimer le bureau central,* qui n'a plus aujourd'hui de raison d'être. M. le Préfet de la Seine fait connaître qu'il a déjà invité M. le directeur de l'Assistance publique à rechercher s'il ne serait pas possible de répartir les médecins sur divers points de Paris, reliés télégraphiquement aux hôpitaux. Il exprime le désir que le Conseil veuille bien examiner sans retard le projet de vœu de M. Dubois. Ce projet est renvoyé à l'examen de la 4e commission Voici le texte de ce projet de vœu :

Considérant : 1° Qu'un certain nombre de malades, tels que les phthisiques et ceux atteints d'affections chroniques, se trouvent dans l'impossibilité d'être admis dans les hôpitaux de Paris ; — 2° Qu'à ces malades il est généralement répondu aux consultations des hôpitaux : il n'y a plus de lits, allez au bureau central: — 3° Que la même réponse leur est souvent faite au bureau central, il n'y a plus de lits, revenez demain ; — 4° Que d'après les renseignements de M le directeur de l'Assistance publique, sur 90,000 malades reçus dans les hôpitaux dans une année. 80,000 sont reçus directement aux consultations des hôpitaux et 10.000 seulement à celles du bureau central. Les soussignés ont l'honneur d'émettre le vœu que M. le directeur de l'Assistance publique, s'inspirant des raisons d'humanité que réclame cette situation, veuille bien mettre fin à ces voyages interminables à travers Paris, que l'on fait faire à ces pauvres malades, qui, surtout dans la saison rigoureuse, ne font qu'aggraver leur état ; en supprimant le bureau central qui, n'étant plus au centre des hôpitaux, comme lors de sa création, n'a plus sa raison d'être. — Ce vœu a été renvoyé à la 4e commission en demandant un rapport d'urgence.

Nous voyons avec plaisir l'opinion que nous avons soutenue, adoptée par des membres du Conseil municipal. Nous reviendrons prochainement sur cette question, et nous indiquerons l'avis de nos confrères de la presse médicale.

Séance du 7 décembre. — Au sujet du crédit à ouvrir pour le traitement des commissaires de police, M. Murat, rapporteur. exprime le vœu que l'administration étudie les moyens d'arriver à la construction, dans chaque quartier, d'un bâtiment spécial où seraient installés non-seulement les bureaux du commissaire de police, mais encore un poste de police et un poste de pompiers, ainsi qu'un certain nombre de logements pour les agents de l'administration — M. le secrétaire général répond que l'administration est désireuse d'arriver au but indiqué par M. Murat, mais qu'il convient d'agir avec circonspection. — M. TALANDIER propose que les pharmacies des bureaux de bienfaisance soient établies dans les maisons municipales dont l'installation est demandée.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Martin sur le budget de l'Assistance publique.

M. Talandier demande qu'à l'avenir ce budget soit voté article par article afin que le Conseil puisse déterminer impérativement l'emploi de la subvention. — M. Asseline demande que la représentation du Conseil municipal dans le sein du conseil supérieur de l'Assistance publique soit rétablie le plus tôt possible.

M. Grimaud dépose une proposition tendant à augmenter de 50,000 fr. le crédit affecté aux secours d'hospice (renvoyé à la Commission).

M. Jobbé-Duval exprime le vœu que l'administration étudie la création de trois ou quatre orphelinats laïques dans Paris (adopté).

M. Germer-Baillière signale la situation fâcheuse qui résulte de ce qu'un grand nombre de phthisiques ne peuvent pas être reçus dans les hôpitaux.

M. Talandier demande si l'administration a commencé l'exécution des réformes dont elle-même avait reconnu la nécessité à l'asile des vieillards de Belleville. — M. le préfet répond que l'administration attend pour commencer ces travaux que les deux legs qui constituent le revenu de l'asile soient réalisés. — L'article relatif à la création d'une place d'aumônier à l'hôpital Saint-Antoine, 1,800 fr., n'est pas adopté. — Le Conseil approuve le budget spécial des recettes et dépenses de l'Assistance publique.

Les projets de vœux suivants sont proposés par la Commission : 1° pour que l'Assemblée nationale modifie la loi des 10-13 janvier 1849 sur l'organisation de l'Assistance publique à Paris et la mette en harmonie avec les besoins actuels ; — 2° pour que la loi du 24 vendémiaire an II soit abrogée et qu'une nouvelle loi sur le domicile de secours abaisse à un an la durée du domicile pour l'inscription sur la contrôle des indigents, et porte à trois ans la durée du domicile pour l'admission dans les hospices de la ville de Paris. — M. Sigismond Lacroix dépose un amendement tendant à réduire la durée de ce domicile à deux ans. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Médecins de nuit.

Cette question a été portée par M. le Préfet de police devant le Conseil municipal, dans les termes suivants :

« Je crois répondre, Messieurs, à une préoccupation vive et ancienne de l'opinion publique en venant vous demander de m'allouer un crédit nouveau de 10.000 fr. destiné à assurer les secours médicaux aux personnes atteintes pendant la nuit d'accidents subits. Les cas dans lesquels l'absence de ces secours a été funeste aux malades sont heureusement rares, pourtant, il se produit de temps à autre des faits douloureux dont le récit, présenté par la presse sous forme plus ou moins exacte, frappe les imaginations et sert de texte aux récriminations les plus passionnées contre le corps médical. On ne doit pas se laisser toucher plus que de raison par ces divagations de l'irréflexion et de la peur. A Paris, le corps médical, pris dans son ensemble, fait assez bon marché de son repos, de sa santé, plus encore de ses intérêts, mais il ne faut pas que ses habitudes de dévouement fassent méconnaître, en ce qui le concerne, les plus simples notions de l'équité...

Ces considérations expliquent l'utilité qu'offrira en cette matière l'intervention administrative. Cette intervention assurera ce triple résultat : 1° Que la personne qui aura besoin des soins immédiats d'un médecin saura sûrement où le rencontrer et ne sera pas exposée à perdre un temps précieux en recherches vainement réitérées ; 2° Que le médecin lui-même se trouvera dans des conditions de santé et de liberté qui lui permettront de répondre à

l'appel du malade; 3° Que l'acte de dévouement qu'il accomplira ne pourra pas compromettre sa sécurité personnelle et qu'il ne sera pas frustré de la juste rémunération de son déplacement. M le dr Passant que la préfecture de police compte au nombre de ses auxiliaires les plus dévoués en qualité de médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité, M. le dr Passant s'est, depuis plusieurs années, beaucoup occupé de cette question spéciale et il a résumé ses études dans des propositions d'une simplicité et d'un caractère pratique qui ne laissent rien à désirer. Dans chaque quartier, les médecins seront invités à declarer s'ils entendent se rendre aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit. Les noms et les domiciles de ceux qui auront fait cette déclaration seront inscrits sur un tableau affiché dans le poste de police du quartier. La personne qui aura à requérir un médecin se rendra au poste de police de son quartier et choisira sur le tableau le médecin dont elle désire réclamer les soins. Un gardien de la paix détaché du poste accompagnera le requérant au domicile du médecin, suivra celui-ci chez le malade, et, la visite faite, le reconduira chez lui.

En le quittant, il lui remettra un bon d'honoraire de dix francs qui sera payé à présentation à la caisse de la préfecture de police. Suivant la situation de fortune du malade, qui fera en temps convenable l'objet d'une enquête sommaire, l'administration lui réclamera le remboursement des honoraires alloués ou les prendra définitivement à sa charge. Il ne me paraît pas, Messieurs, qu'il y ait rien à ajouter à cet ensemble de dispositions. Quand elles auront été sanctionnées par votre approbation, elles recevront toute la publicité nécessaire pour leur mise en vigueur immédiate. (*Gaz. hebdom*).

Dans sa séance du 7 décembre, le Conseil municipal a voté le crédit demandé sous ce titre: Médecins de nuit, 10 000 fr. L'essai que l'on va faire rendra-t-il autant de services qu'on le suppose? Espérons-le. Mais il est probable que les familles qui ont un médecin continueront à s'adresser à lui, même la nuit, et que les nouveaux médecins de nuit seront surtout appelés pour des personnes assez peu prévoyantes pour ne pas avoir fait choix d'un médecin, ou les malheureux qui ne peuvent être soignés qu'à l'hôpital. Il est un point très intéressant du service médical de nuit qui ne paraît pas avoir attiré l'attention : c'est le *service pharmaceutique*. Il est, en effet, très-difficile, au moins dans certains quartiers, de se procurer les médicaments que le médecin vient de prescrire.

Hôpital du Val-de-Grâce. — Transfusion.

Une opération de transfusion, avec l'appareil Colin, a été faite lundi 13 décembre dans le service de M. le professeur Pingaud, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Le sujet de l'opération est un blessé qu'une hémorrhagie considérable avait épuisé: soixante-dix grammes de sang ont été injectés du côté gauche, cent grammes du côté droit Le sang qui a servi à l'opération a été généreusement offert par un des stagiaires du service, au dévouement duquel nous nous plaisons à rendre hommage Tout porte à croire que les résultats seront favorables ; quels qu'ils soient, ils seront publiés *in-extenso* avec l'observation. H. B.

La vérité sur les enfants trouvés, par le docteur BROCHARD ; Plon, éditeur.

Voici un livre que tous les médecins, tous les hygiénistes, toutes les personnes qui s'intéressent à l'avenir de la France vont accueillir avec reconnaissance. Pendant que la population de la France diminue, on a perdu, faute de les surveiller, faute de leur donner des soins, un million d'enfants trouvés. Et cependant, l'inspection seule de ces enfants coûte, chaque année, plus de 300,000 francs. On voit que ce livre, qui dénonce une incroyable incurie, est plein des plus tristes révélations.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le professeur CHARCOT continue ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux tous les dimanches, à 9 heures et 1/2.

Hôpital Cochin. Service de M. BUCQUOY. *Médecine*. Visite à 8 h 1/2, Salle Saint-Jean (H) : 4, 5, 6, fièvres typhoïdes; 11, insuffisance mitrale; 17, pleuro-pneumonie; 20, paralysie générale. — Salle Saint-Philippe (F.) : 3, pleuro-pneumonie, affection cardiaque; 4, insuffisance mitrale, pleurésie gauche, asystolie; 10, pneumonie du sommet; 16, hématocèle rétro-utérine. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, embarras gastrique fébrile; 10, pleurésie, thoracentèse chez une femme enceinte.

Chirurgie. Service de M. DESPRÉS. Visite à 9 h. Saint-Jacques (F.) : 3, hypertrophies ganglionnaires multiples; 10, phlegmon de l'œil; 14, fibro-lipome de la grande lèvre; 22, épiplocèle crurale étranglée (opérée); 24, entéro-épiplocèle crurale étranglée (opérée). — Baraque III (H.) : 15, tumeur mélanique; 3, plaie par arrachement de la main; 8, phlegmon de la main — Baraque I : 5, cancer du rectum; 8, fracture du bras; 39, hématurie, calcul. — Baraque II : 35, hypertrophie de la prostate, cystite purulente; 10, fistules urinaires.

Hôpital Beaujon. Service de M. DOLBEAU. Opérations le jeudi. Pavillon I: 3, fracture de jambe; 6, vaste anthrax du dos; 25, épithélioma de la face; 44, kyste à grains riziformes du poignet, rupture spontanée; 45, fracture du maxillaire inférieur; 46, ampoules variqueuses symétriques sur les membres inférieurs; 52, calcul de la vessie, lithotritie périnéale; 53, calcul de la vessie, lithotritie périnéale; 56, ptosis de la paupière supérieure. — Salle Sainte-Clotilde : 2, écrasement des orteils; 4, périostose du fémur; 5, kyste dentaire, 10, kyste de la mamelle; 11, angioleucite du membre inférieur; 12, tumeur blanche du coude; 24, phlegmon du ligament large; 28, antéversion utérine; 30, mélanose; 35, cataracte; 41, cataracte.

Service de M. LEFORT. Opérations le mercredi. Pavillon II : 9, fracture spontanée du fémur chez un ataxique; 11, phlegmon du bras; 13, coxalgie; 15, fracture de jambe; 20 ophthalmie blennorrhagique; 25, spermatorrhée; 28, synovite fongueuse du carpe; 35, phlegmon diffus. — Salle Sainte-Agathe : 3, corps fibreux de l'utérus; 5, cancer du sein, récidive, généralisation; 8, cataracte; 11, rétraction de l'aponévrose plantaire, 15, tumeur blanche tibio-tarsienne.

Service de M. MATICE, suppléé par M. LÉPINE. Salle Beaujon : 1, péricardite avec épanchement; 2, rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale· 3, cirrhose hépatique, tuberculose pulmonaire; 4. néphrite interstitielle chez un saturnin; 5, fièvre typhoïde; 7, pleurésie; 9, hémiplégie; 11, empyème, parésie consécutive des membres du côté correspondant; 15, empyème.—Salle Sainte-Monique : 1, atrophie musculaire progressive; 5, ictère catarrhal; 8, rétrécissement mitral; 12, toux hystérique; 15, insuffisance mitrale; 16, érysipèle de la face; 17, myélite chronique; 18 his, zona lombaire descendant le long du trajet du nerf crural.

Hôpital des Enfants-Malades. Service de M. ARCHAMBAULT. Salle Sainte-Geneviève : 2, croup; 6, coqueluche; 8, pleurésie 12, scarlatine; 20, diabète; 22, pneumonie.—Salle Saint-Louis : 6, croup opéré; 12, kyste hydatique; 20, coqueluche; 22, rougeole. Consultations mardi Clinique le vendredi à 9 h.1/2.

Service de M. BOUCHUT. Salle Sainte-Catherine (Filles) : 2, kyste hydatique; 3, croup opéré; 5, tuberculose; 7, péricardite; 9, hernie ombilicale; 11, angine diphthéritique; 15, tuberculose; 16, paralysie faciale; 17, variole; 18, stomatite ulcéro-membraneuse; 20, syndactylie; 21, 22, 23, fièvres typhoïdes; 27 à 30, 52 à 60, chorées; 26, catalepsie. Clinique le mardi à 8 h. 1/2.

Service de M. LABRIC. Salle Saint-Jean (garçons) : 2, tænia; 4, fièvre intermittente, psoriasis; 5, endocardite, pleurésie chorée; 26, croup (pneumonie); 31, bronchite; 34, endocardite; 38, croup opéré (guéri); 40, pleurésie dans le cours d'un croup guéri; 44, chorée; 56, coqueluche.

Chirurgie. Service de M. DE SAINT-GERMAIN. 2 salles sont consacrées aux maladies des yeux. Salle Saint-Come; 17, écrasement; 2, encéphalocèle; 6, redressement du genou; 14, pied-bot; 30, pied bot équin. — Salle Sainte-Pauline : 11, nœvus. Clinique le jeudi. Consultation tous les jours.

M. BLACHEZ. Clinique le samedi. M. SIMON. Consultation clinique, le samedi. — Clinique le mercredi à 9 h. et demie.

MORTALITÉ A PARIS. — Population 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 3 décembre 1875, on a constaté 814 décès, savoir: Variole, 5; — rougeole 4; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 29; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 38; — pneumonie, 50; — dyssenterie, 2; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6; — choléra nostras, »; — angine couenneuse, 22; — croup, 23; — affections puerpérales, 7, — autres affections aiguës, 216; — affections chroniques, 358 dont 153 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 28; — causes accidentelles, 21.

Pendant la semaine finissant le 10 décembre 1875, on a constaté 884 décès, savoir : Variole, 7; —rougeole. 3; — scarlatine 2; — fièvre typhoïde, 21; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 39; — pneumonie, 74; — dyssenterie, 1; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1; — choléra nostras. »; — angine couenneuse, 15; — croup, 17, — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 254; — affections chroniques. 380 dont 181 dues à la phthisie pulmonaire; — affections chirurgicales, 34; — causes accidentelles, 22,

LONDRES. — Population 3.445.160 habitants. Décès du 21 au 27 novembre, 1.504, savoir : variole, »; — rougeole, 54; — scarlatine, 120; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 11; — bronchite, 218; — pneumonie, 108; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 14; — choléra nostras, »; — diphthérie, 7; — croup, 14; — coqueluche, 55. — Décès du 28 nov. au 4 déc. 1.628, savoir : variole, »; — rougeole, 59; — scarlatine, 104; — fièvre typhoïde, 20; — érysipèle, 8; — bronchite, 228; — pneumonie, 111; — dyssenterie, 2; — Diarrhée, 13; — choléra nostras, »; — diphthérie, 16; — croup, 17; — Coqueluche, 54.

CONSUMMATUM EST. — On lit dans la *Presse médicale belge* : « Nous avons la douleur d'annoncer au corps médical belge que l'indigne affront dont on le menaçait depuis longtemps vient de lui être fait par M. le Ministre de l'Intérieur de Belgique.

« M. le Dr Gussenbauer, citoyen autrichien, assistant du professeur Billroth, de Vienne, vient d'être nommé professeur de clinique chirurgicale à Liége. Ainsi, de par le ministre et ceux qui lui ont inspiré cette déplorable

nomination, les chirurgiens belges n'ont plus qu'à se faire naturaliser allemands ou autrichiens, s'ils veulent parvenir dans leur pays. C'est du propre. C'est surtout bien encourageant. C'est le *Berliner Klin.* du 1er novembre qui nous transmet cette nouvelle peu patriotique. »

Le *Scalpel* s'exprime ainsi : « Tout n'est pas dit. Notre jeunesse universitaire ne ressemble pas tout-à-fait à la gent moutonnière, qui se laisse tondre sans mot dire. On parle déjà de la façon qu'il serait question d'accueillir l'étranger, et si les projets se réalisent, nous doutons qu'il puisse dominer la situation qui lui sera faite. »

Enfin l'*Art médical belge* formule son opinion dans les termes suivants : « Que la honte de l'affront infligé au pays retombe sur le gouvernement. En avant : les membres des Sociétés savantes ; En avant : les membres des Cercles et des Fédérations médicales ; En avant tous, médecins et étudiants.

« Qu'un cri unanime de protestation sorte de vos poitrines et retentissant jusqu'à l'étranger lui montre que nous ne courbons pas la tête sous le bon plaisir ministériel. Espérons enfin qu'il s'élèvera du sein des chambres quelque voix autorisée pour demander compte au gouvernement de ce qu'il a fait de l'honneur scientifique du pays et donnera aux ministres présents une leçon qui servira aux ministres à venir. »

COLLÈGE DE FRANCE. — *Physique générale et expérimentale.* — M. Regnault, membre de l'Institut, Académie des sciences, professeur honoraire. — M. Mascart, professeur, traitera des phénomènes électriques, les mercredis et samedis, à une heure et demie. — *Chimie.* M. Balard, membre de l'Institut, Académie des sciences, traitera des questions relatives à la chimie générale et à l'analyse chimique, les mercredis et samedis, à midi et demi.

Chimie organique. M. Berthelot, membre de l'Institut, (Académie des sciences), traitera des carbures d'hydrogène et des alcools, les mardis et vendredis, à dix heures et demie.

Médecine. M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, Académie des sciences et de l'Académie de médecine, traitera de l'expérimentation physiologique, les mercredis et les vendredis, à dix heures et demie.

Histoire naturelle des corps inorganiques. (M. Ch. Sainte-Claire Deville, membre de l'Institut), Académie des sciences, professeur, M. Fouqué, docteur ès-sciences, remplaçant, traitera de l'étude microscopique des roches, les mardis et samedis, à deux heures.

Histoire naturelle des corps organisés. M. Marey traitera de la circulation du sang, les mardis et samedis à deux heures.

Embryogénie comparée. M. Balbiani traitera de la génération et du développement des arthropodes, les mardis et samedis, à une heure et demie.

Anatomie générale. M. RANVIER traitera de l'histologie des systèmes musculaire et nerveux, les mardis et jeudis, à trois heures et demie.

VACANCES MÉDICALES. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures.*

FOURNIER (Al.). De l'épilepsie syphilitique tertiaire, leçon recueillie par Dreyfous, in-8 de 20 p.

HUGHLINGS JACKSON. A physician notes on ophthalmology.

LIOUVILLE (H.) et STRAUS (I.). Ectopie rénale, in-8 de 12 p.

MILLARD. Relation de la maladie du professeur D. Pleurésie avec gangrène, ponction, puis empyème, issue de larges lambeaux pulmonaires, guérison, in-8, de 15 p.

RICHET (Ch.). Du somnambulisme provoqué, in-8, 1875.

Le gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE.

A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical ?

Par **P. BUDIN**, interne des Hôpitaux.

(Voir le n° 51).

Ainsi donc, tandis que certains auteurs conseillent de pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical *aussitôt* après l'expulsion du fœtus; d'autres, au contraire, recommandent d'*attendre* pendant 5 ou 10 minutes que l'enfant ait pu largement respirer et crier. Que font en général dans la pratique les sages-femmes et les médecins ? Le plus souvent, dès que la sortie du fœtus est accomplie, ils s'empressent de lier le cordon, de le sectionner ensuite, et ils emportent l'enfant loin de la mère.

Cette conduite est-elle rationnelle et bonne ? Vaut-il mieux au contraire attendre un certain temps ? C'est cette question que nous avons cherché à résoudre.

Dans une *première* série de faits, l'enfant étant expulsé, nous l'avons laissé respirer, crier, s'agiter ; nous avons suivi les modifications qui survenaient du côté du cordon ombilical, et lorsqu'il avait cessé de battre depuis une, deux ou trois minutes, nous l'avons sectionné.

Dans une *seconde* série, au contraire, dès que l'enfant était sorti des parties génitales, dès qu'il avait respiré largement et jeté un ou deux cris, nous pincions le cordon ombilical entre le pouce et l'index de manière à interrompre la circulation fœto-placentaire, nous placions une ligature sur le bout fœtal, et nous pratiquions la section.

Nous avons, dans les deux séries d'observations, recueilli et mesuré exactement à l'aide d'un verre gradué le sang qui s'écoulait par le bout placentaire, nous en avons toujours fait sortir le plus possible et pour cela nous exercions sur le cordon des pressions d'arrière en avant, de sa base vers son extrémité sectionnée. Nous attendions le retour des contractions utérines, contractions qui exprimaient le sang contenu dans les vaisseaux fœtaux du placenta. En agissant ainsi nous ne laissions que très-peu de liquide dans le circuit des vaisseaux ombilicaux, et chaque fois, nous avons pu apprécier et noter cette quantité après la délivrance. Pour cela, dès que l'arrière-faix était expulsé, il nous suffisait de traire, pour ainsi dire, le cordon, de comprimer fortement le placenta et de recueillir le sang qui pouvait y être encore contenu.

Les observations de la première série sont réunies dans le tableau A ; celles de la seconde sont rassemblées dans le tableau B.

TABLEAU A.

NUMÉRO de l'observation.	NOMS.	DATE de l'accouchement.	ÉPOQUE de la dernière apparition des règles.	PRÉSENTATION et position.	TEMPS pendant lequel les battements du cordon ont persisté.	MOMENT, à partir de l'accouchement, où la section a été faite.	POIDS de l'enfant.	POIDS du placenta.	SANG qui s'écoule de suite par le bout placentaire.	SANG qui s'écoule par le bout placentaire après la délivrance
I	Bordat	4 juillet.	24-28 octobre.	O. I. G. A.	2 m 1/2	5 m	2.750	400	10 cc	3 cc
II	Zaffel	11 —	Ignorée.	O. I. G. A.	2	5	3.300	540	11	10
III	Mandé	15 —	16 octobre.	O. I. G. A.	3 1/2	5 1/2	2.950	310	6	4
IV	Papon	22 —	1er-3 octobre.	O. I. G. A.	10	12	3.120	500	5	5
V	Jacquet	2 août.	1er-3 novem.	O. I. D. P.	6	10	3.200	500	7	4
VI	Barrot	3 —	15-20 sept.	O. I. G. A.	1/2	2 1/2	3.750	590	4	15
VII	Nilès	3 —	26-29 octobre.	O. I. G. A.	1/2	2	3.500	600	17	3
VIII	Libert	5 —	22-27 octobre.	O. I. G. A.	3 1/2	4	2.900	470	14	2
IX	Huet	6 —	4-8 novembre.	O. I. G. A.	4	5	3.220	500	15	3
X	Paris	9 —	7-10 novembre.	O. I. G. A.	5	6	3.480	610	10	1
XI	Vauoy	10 —	2-10 novembre.	O. I. D. P.	2 1/2	4	3.300	450	16	6
XII	Jurain	10 —	26-30 octobre.	O. I. G. A.	3	5	2.700	300	1	2
XIII	Chenel	11 —	Ignorée.	O. I. D. A.	1 1/2	4	3.420	450	12	4
XIV	Dhuitte	12 —	1er au 6 novemb.	O. I. G. A.	1/2	2	3.300	520	22	4
XV	Marchlès	26 —	28-31 septembre.	O. I. G. A.	2	5	2.900	450	9	5
XVI	Benoît	21 sept.	4-6 décembre.	O. I. G. A.	1	2	3.015	515	8	20
XVII	Benoît	24 —	4-6 decembre.	O. I. G. A.	1	1 1/2	3.050	515	14	6
XVIII	Lambert	25 —	Ignorée.	O. I. G. A.	1/2	2	3.000	500	14	3
XIX	Journier	30 —	5-10 décembre.	O. I. D. A.	1	2	2.500	1.050	14	14
XX	Richard	2 octobre.	25 décembre.	O. I. G. A.	1/2	2	3.500	670	10	2
XXI	Girondez	9 —	1er janvier.	O. I. G. A.	15"	2	3.450	600	7	2
XXII	Leperdrieux	11 —	17-25 décembre.	O. I. D. P.	1	2	3.405	330	16	15
XXIII	Vollard	13 —	4-6 janvier.	O. I. D. P.	1 1/2	3	2.900	400	14	9
XXIV	Gobillot	16 —	18 janvier.	O. I. G. A.	2	4	2.950	500	3	5
XXV	Potier	18 —	8-12 janvier.	Front.	1 1/2	3 1/2	3.105	400	14	7
XXVI	Chailloux	20 —	15 février.	O. I. G. A.	0	2 1/2	3.000	570	19	3
XXVII	Liot	29 —	Fin janvier.	O. I. G. A.	2	3	3.730	700	19	10
XXVIII	Pestel	30 —	15 janvier.	O. I. G. A.	4	5	3.140	510	10	2
XXIX	Etiennette	5 nov.	1er-4 février.	O. I. G. A.	2 1/2	3 1/2	3.520	500	13	5
XXX	Blanchard	14 —	20-23 janvier.	O. I. D. P.	3	3 1/2	4.030	550	14	7
XXXI	Remy	16 —	4-7 février.	O. I. D. P.	2 1/2	4	2.700	470	8	3
XXXII	Gouge	16 —	10-15 février.	O. I. D. P.	3	4	3.850	500	13	11
				MOYENNES.	2 m 1/4		3.209	520	11.2	6 cc

TABLEAU B.

NUMÉRO de l'observation.	NOMS	DATE de l'accouchement.	ÉPOQUE de la dernière apparition des règles.	PRÉSENTATION et position.	MOMENT où la section du cordon a été faite.	POIDS de l'enfant.	POIDS du placenta.	SANG qui s'écoule de suite par le bout placentaire.	SANG qui s'écoule par le bout placentaire après la délivrance.
XXXIII	Mons	5 juillet.	20-26 septembre.	O. I. G. A.	Immédiate.	3640 gr.	534 gr.	115cc	4cc
XXXIV	Dudragne	14 —	30 oct. au 5 nov.	O. I. G. A.	—	3720	625	92	10
XXXV	Breton	29 —	28 octobre 74.	O. I. G. A.	—	3540	500	100	1
XXXVI	Emeri	31 —	1er-6 décembre.	O. I. G. A.	—	2800	450	80	3
XXXVII	Bordier	31 —	5 au 7 octobre.	O. I. G. A.	—	3800	550	79	6
XXXVIII	Fritz	2 août.	15-20 octobre.	Siége.	—	3050	600	70	19
XXXIX	Ruppercht	11 —	15-18 novembre.	O. I. G. A.	—	3000	500	82	5
XL	Souhait	11 —	1er-4 novembre.	O I. G. A.	—	4200	630	99	2
XLI	Major	11 —	24 octobre.	O. I. D. P.	—	3750	530	90	5
XLII	Lhuissier	12 —	20-25 octobre.	O. I. G. A.	—	4340	650	92	14
XLIII	Langer	12 —	18-22 novembre.	O. I. D. P.	—	3200	550	101	10
XLIV	Lemeaux	12 —	Ignorée.	O. I. D. P.	—	3335	550	92	15
XLV	Lévy	14 —	1er-5 novembre.	O. I. G. A.	—	3900	520	115	5
XLVI	Fouchard	1er octob.	16-24 décembre.	O. I. G. A.	—	3750	600	106	5
XLVII	Jacques	9 —	14 janvier.	O. I. G. A.	—	3950	760	110	15
XLVIII	Stedingk	11 —	25-30 décembre.	O. I. D. P.	—	3160	600	97	14
XLIX	Giraud	11 —	20-22 décembre.	O. I. G. A.	—	3060	440	90	10
L	Bougeard	13 —	26-31 décembre.	O. I. G. A	—	3200	500	60	15
LI	Gaveau	18 —	6-8 janvier.	O. I. D. P.	—	3200	580	90	12
LII	Leblanc	18 —	25 décembre.	O. I. D. P.	—	3550	700	138	24
LIII	Renaut	22 —	9 janvier.	O. I. G. A.	—	3790	520	120	19
LIV	Jennot	22 —	17-20 décembre.	O. I. D. P.	—	3900	620	159	18
LV	Nilés	25 —	15-20 janvier.	O. I. D. P.	—	3000	480	78	7
LVI	Laroche	25 —	26 janvier.	O. I. G. A.	—	3500	520	100	5
LVII	Dumercet	25 —	22-26 janvier.	O. I. G. A.	—	2750	600	176	15
LVIII	Péralle	1er nov.	4 février.	O. I. G. A.	—	2465	400	81	5
LIX	Farnault	1er —	27 janvier.	O. I. G. A.	—	3092	430	62	10
LX	Boitelle	9 —	1er-6 février.	O. I. D. A.	—	3400	600	77	12
LXI	Gavaille	13 —	Inconnue.	O. I. O. A.	—	3990	640	130	15
LXII	Dumaille	22 —	4-10 février.	O. I. D. P.	—	3300	520	72	13
						3444	556	98cc4	10.5

Pour ne pas ennuyer le lecteur par des répétitions fastidieuses, nous n'avons donné qu'un résumé très-succinct de ces observations. Voici, dans la presque totalité des cas, ce que nous avons été à même de constater. Lorsque, aussitôt après la naissance, on laisse l'enfant attaché au cordon ombilical respirer et crier librement entre les jambes de sa mère (en ayant bien soin de l'essuyer, de le placer sur un linge sec, de débarrasser ses voies respiratoires, de le maintenir plus ou moins éloigné des parties génitales suivant la longueur de la tige ombilicale, etc., etc.) lorsque donc, on laisse l'enfant respirer et crier, on voit le cordon qui était d'abord foncé, bleu, turgide, s'affaiser bientôt et les battements dont il était le siége disparaître en moyenne après deux minutes et demie. Si, après avoir attendu deux minutes encore, après avoir attendu surtout que l'utérus se soit bien rétracté et même contracté une première fois, on sectionne le cordon, il ne sort rien par le bout fœtal, et, par le bout placentaire on voit s'écouler des vaisseaux ombilicaux 11 cc. 4. de sang en moyenne.

Au contraire, dès que l'enfant a été expulsé hors des parties génitales, dès qu'il a fait une première inspiration, si on interrompt la circulation fœto-placentaire, et, si après avoir lié le bout fœtal, on sectionne le cordon, on voit, par un triple jet d'abord, puis par la veine seulement, le sang sortir des vaisseaux qui viennent du placenta. On en recueille en moyenne 98 cc. 4.

Cela montre que, pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical aussitôt après l'accouchement, c'est empêcher l'enfant de puiser dans le placenta 86 cc. 2, (98,4 — 12,2 = 86,2) de sang qu'il y aurait pour ainsi dire aspiré.

Mais d'un côté, la moyenne du poids des enfants qui sont compris dans la première série de recherches est de 3 k. 209 ; la moyenne du poids des enfants compris dans la seconde série de recherches est de 3 k. 444. Si donc nous voulons avoir des chiffres comparables, nous pourrons les ramener à la moyenne générale de 3 k. 500 et nous aurons pour la première série la proportion qui suit :

Si pour 3 kil. 209, on a une perte de sang de 11 cc. 2.
Pour 3 kil. 500, on aura — X

$$\text{C'est-à-dire } X = \frac{3,500 \times 11 \text{ cc. } 2}{3,209} = 12 \text{ cc. } 2.$$

Nous aurons de même pour la seconde série la proportion suivante :

Si pour 3 kil. 444 on a une perte de 98 cc. 4
Pour 3 kil. 500 on aura — X

$$\text{C'est-à-dire } X = \frac{3,500 \times 98 \text{ cc. } 4}{3,444} = 100 \text{ cc.}$$

Donc, pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical aussitôt après l'accouchement, c'est empêcher l'enfant de puiser dans le placenta 87 cc. 8 (100 cc.—12 cc. 2) ou en moyenne 88 cc. de sang.

Or, le poids spécifique du sang est de 1,055; 87 cc. 8 pèseront donc 87 cc. 8 × 1,055, c'est-à-dire 92 gr. 6. 92 gr. de sang, cela paraît peu de chose au premier abord, mais, ne l'oublions pas, nous parlons d'enfants nouveau-nés dont le poids moyen est de 3 k. 500.

Si l'on admettait avec Béclard, d'après les expériences de Welcker, Bischoff et Vierordtt que le poids du sang représente environ la treizième partie du poids total du corps (1), le poids du sang chez un nouveau-né pesant 3 k. 500 serait de 270 gr. ($\frac{3500}{13} = 269$ gr. 2). Lui enlever 92 gr. serait lui ôter le tiers de la quantité de sang que contiennent ses vaisseaux. Mais, ainsi que Claude Bernard et Longet le font remarquer, il est très-difficile, si non impossible d'évaluer d'une façon exacte le poids du sang

(1) Béclard. — *Traité élémentaire de Physiologie*. 5e édition, p. 288.

contenu dans l'organisme, poids qui varie du reste avec la plus grande facilité.

Cependant, il nous sera permis de faire remarquer que priver de 92 gr. de sang un enfant qui pèse 3,500 gr. c'est lui causer un tort beaucoup plus grand qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord. A combien cette quantité correspondrait-elle chez un adulte du poids moyen de 65 kilog. C'est là un problème facile à résoudre.

En effet, si pour 3 kil. 500 on enlève 92 gr.
Pour 65 kil. on enlèvera X

$$X = \frac{65,000 \text{ gr.} \times 92}{3,500} = 1709 \text{ gr.}$$

Ainsi, pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical immédiatement après la naissance, c'est empêcher l'enfant de puiser dans le placenta 92 gr. de sang environ, c'est donc le priver d'une quantité de sang telle que, chez un adulte, elle équivaudrait à une saignée de plus de 1,700 gr. Ces chiffres, croyons-nous, peuvent se passer de plus amples commentaires et justifieront notre conclusion ;

On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que 1 ou 2 minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE.

Hopital Cochin. — M. BUCQUOY.

De la Gangrène pulmonaire (1).

Leçon recueillie par L. Maunoir, interne des Hôpitaux.

Messieurs,

Les deux observations que je viens de rapporter répondent aux deux divisions de Laënnec, qui distingue une gangrène circonscrite et une gangrène diffuse. La seconde est un cas de gangrène diffuse, et vous avez été frappés certainement de la grande ressemblance de cette maladie avec la pleuro-pneumonie, affection si commune à l'âge de ce jeune homme. C'est à la suite d'un voyage, dans lequel il s'est refroidi, qu'il est pris tout-à-coup de frissons, de points de côté, de fièvre, qu'il a une toux incessante, et que le troisième jour, je constate par la percussion de la fosse sous-épineuse une matité qui m'indique le siége précis du mal. — Je ne doutai pas alors qu'il n'eût une pneumonie, mais je m'étonnai de ne pas voir apparaître, les jours suivants, le souffle, les râles crépitants, les crachats spéciaux de la pneumonie. — C'est lorsqu'on devait attendre la résolution du huitième au dixième jour, que les crachats deviennent visqueux, que la fièvre s'allume plus vive que précédemment (indiquant une pneumonie secondaire), que bientôt les crachats sont hémoptoïques, surnageant une expectoration muco-purulente d'assez mauvais aspect. Enfin, l'odeur caractéristique de l'haleine et la chute brusque de la température (40° à 37°,6) indiquent la fonte gangréneuse,

Les crachats n'ont jamais contracté d'odeur parce que les bronches ne communiquaient pas avec une excavation qui n'avait pas encore eu le temps de se former.

J'insisterai surtout sur certains symptômes qui paraissent de nature à permettre de distinguer de la pneumonie la gangrène aiguë du poumon. Ils se retrouvent tous dans l'observation de mon malheureux élève.

C'est d'abord : 1° La *violence du point de côté* ; M. Stokes, dans ses *Recherches cliniques sur la gangrène du poumon* (1850), insiste beaucoup sur l'extrême violence de la douleur qui accompagne l'invasion du sphacèle, douleur plus intense que dans la pleurésie aiguë ordinaire, et sans que l'étendue de l'inflammation séreuse soit en rapport avec le degré de souffrance. 2° *Le caractère de la fièvre* qui présente des exacerbations marquées, avec des différences du soir au matin, qu'on n'observe pas dans la pneumonie aiguë. Comme ceux de la température, les tracés du pouls sont très-dissemblables dans l'un et l'autre cas. 3° *L'intensité de la dyspnée* souvent peu en rapport avec l'étendue et le caractère des signes observés, et la *toux incessante* et pénible accompagnée d'une *expectoration nulle ou sans caractères spéciaux*. 4° *La prostration extrême des forces* sans les signes ordinaires de l'adynamie des affections inflammatoires. 5° *Les crachats hémoptoïques* notés dans un grand nombre d'observations et consécutifs évidemment à la fluxion collatérale qui s'établit autour des parties envahies par le sphacèle. 6° Enfin, lorsque la fonte gangréneuse s'établit, l'*odeur fétide de l'haleine*, les crachats muco-purulents et sanieux, le plus souvent aussi imprégnés de l'odeur caractéristique de la gangrène; alors, aussi, les *symptômes généraux* sont bien différents de ceux du début : Chute de la température, abattement profond, pouls petit, misérable, sueurs profuses, cyanose, refroidissement des extrémités, subdelirium et mort.

Quant aux *signes locaux* ils sont variables, mais le plus souvent assez analogues à ceux de la pneumonie. On trouve du souffle répondant au niveau du sphacèle, mais dans nombre d'observations les râles crépitants font défaut. Plus tard la fonte gangréneuse se traduit par du souffle caverneux et de gros râles humides. Les *caractères* et la *marche* de la maladie sont bien différents dans les cas de gangrène circonscrite comme chez notre malade de la salle Saint-Philippe.

L'odeur de l'haleine est caractéristique, mais il n'y a rien dans les signes locaux qu'on ne trouve dans beaucoup de pleuro-pneumonies. Pendant la période gangréneuse seulement, les symptômes généraux ont une signification particulière : abattement extrême, cyanose persistante, chute de la température qui reste ordinairement peu élevée ; toux fatigante et pendant quelques nuits subdelirium. La gangrène n'a pas eu chez notre malade les conséquences immédiatement fatales qui suivent ordinairement cette lésion; et cependant elle survenait dans des conditions particulièrement fâcheuses, chez une vieille femme de 72 ans, et de plus avec une pleuro-pneumonie du côté opposé. Cette immunité relative paraît due à ce que la gangrène est restée probablement très-circonscrite.

Telle est l'interprétation que je donne à ce fait, mais la *curabilité possible de la gangrène pulmonaire* demande que nous nous arrêtions quelques instants sur cette question et c'est par là que je terminerai les considérations que je voulais vous présenter sur cette maladie.

En 1841, dans un mémoire publié dans les *Archives*, M. Briquet appela l'attention, le premier, sur un mode de gangrène des poumons dépendant de la mortification des extrémités bronchiques. Dans ce mémoire, deux observations (dont la première prise dans cet hôpital) tendent à démontrer qu'il existe une dilatation ampullaire des bronches et que ces extrémités dilatées peuvent être frappées de gangrène indépendamment de toute autre partie du poumon ; — que c'est encore dans ces cas que les sujets qui toussent et qui crachent peuvent présenter, tout-à-coup, de la fétidité de l'haleine et des crachats, pour revenir ensuite à la santé.

M. Lasègue reprend le même sujet dans un remarquable mémoire intitulé des *Gangrènes curables du poumon* (Archives 1857) et apporte des faits à l'appui de la même opinion, faits plus probants que ceux de Briquet dont le premier est une véritable gangrène du poumon consécutive à l'apoplexie pulmonaire, et le second également une gangrène pulmonaire avec abcès métastatiques dans le cours d'une infection purulente puerpuérale.

Avec Dittrich, M. Lassègue suppose la métamorphose des mucosités dans les cavités des bronches dilatées, ces mucosités s'accumulant faute de pouvoir être expulsées en raison d'un défaut d'élasticité suffisante ; d'où irritation de la paroi et altération des mucosités au contact de l'air. Il y a donc dans ces cas une sorte de putréfaction qui peut amener consécutivement des pertes de substance par ulcération des parois bronchiques, et qui peut aussi de là s'étendre au parenchyme lui-même, soit immédiatement, soit par résorption de matières septiques et altération du sang.

(1) Voir le n° 51.

Cette gangrène muqueuse, à son premier degré, ne déterminerait pas ordinairement des accidents mortels, et se distinguerait de la gangrène circonscrite par sa marche, par l'abondance et la nature de l'expectoration, et surtout par sa bénignité relative, car elle cède aux préparations anticatarrhales quand elle ne guérit pas spontanément.

Pour revenir au cas de notre malade, nous dirons qu'il n'appartient pas à des faits de ce genre ; car l'odeur fétide de l'haleine est survenue au milieu des accidents d'une pleuro-pneumonie aiguë chez une femme qui d'habitude ne toussait pas, et chez laquelle les dilatations bronchiques si elles existent, ne seraient que consécutives. La bénignité relative ne doit résulter, comme nous l'avons dit, que de la petite étendue de la gangrène.

NOTE. — 10 *Mai*. — Comme on pouvait le prévoir, la malade n'a pas tardé à succomber, et l'autopsie pratiquée ce matin, a confirmé le diagnostic de gangrène pulmonaire circonscrite, sans dilatations bronchiques ; mais, fait important à relever, le foyer gangréneux, au lieu de siéger dans le poumon gauche, comme semblaient l'indiquer les signes stéthoscopiques, se trouvait situé en bas et sur le côté externe du *poumon droit*. Nous avons trouvé, en ce point, une petite caverne du volume d'une noix environ et renfermant un bourbillon, presque libre, dans sa cavité. Le tissu pulmonaire autour de l'excavation, était comme splénisé, dur et de couleur foncée à la coupe, traversé par de nombreux tractus fibreux, et ne crépitant plus.

Du *côté gauche*, tout le lobe inférieur du poumon présentait des lésions analogues : — Celles d'une inflammation passée à l'état chronique et sans tendance à un ramollissement quelconque du tissu pulmonaire. De plus, des adhérences pleurales très fortes, unissaient a la plèvre pariétale la portion du poumon atteinte de cette pneumonie chronique.

En présence du résultat de l'autopsie, n'est-il pas admissible que cette fois encore l'opinion de Laennec, de Grisolle qui mettent en doute l'existence de gangrènes pulmonaires consécutives à une pneumonie franche, ne se trouve vérifiée ? N'avons-nous pas eu à faire à une pleuro-pneumonie franche non gangréneuse, mais tardant à entrer en résolution du côté gauche, et à une gangrène d'emblée circonscrite du poumon droit avec pneumonie secondaire autour du foyer gangréneux ? Cette interprétation ne parait pas hasardée si l'on se rappelle que l'apparition de la fétidité spéciale de l'haleine et des phénomènes généraux graves, a précédé de 48 heures, chez notre malade, la constatation des signes physiques de la pneumonie. L. M.

PATHOLOGIE INTERNE

Des localisation dans les maladies cérébrales.

Par le Dr LANDOLT.

Les recherches de TURCK (1), de H. JACKSON (2), de CHARCOT (3), de LUYS (4), de WEIR MITCHELL (5) et d'autres ont démontré, qu'il existe un groupe de manifestations morbides, nettement caractérisées, qui se produisent toujours à la suite d'une lésion de la même partie du cerveau et qui constituent par conséquent des symptômes précieux pour la localisation des maladies cérébrales.

Ces symptômes sont : L'HÉMIANESTHÉSIE avec l'HÉMIPLÉGIE auxquelles vient se joindre souvent l'HÉMICHORÉE du même côté (CHARCOT); l'ouïe, l'odorat et le goût du côté paralysé semblent également diminués. Quant aux fonctions des nerfs optiques, nos propres recherches ont démontré qu'elles sont diminuées considérablement du côté malade et à un moindre degré du côté sain (6).

(1) Türck. — *Wien k. Acad. d. Wissensch. math. naturw.* Classe. vol. XXXV, u. 191.
(2) Jackson. — *London Hosp. Rep.* III, p. 376.
(3) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, I, p. 312.
(4) Luys. — *Iconographie photographique des centres nerveux*, p. 16
(5) Weir Mitchell. — *The Americ. Journal of medic. sciences*, 1874, oct p. 342.
(6) Landolt. — *De l'amblyopie hystérique. Arch. de physiologie*, II, série, p. 624.

Tous les cas de ce genre, dont on a pu faire l'autopsie, ont présenté comme siége de la lésion cérébrale : la *couche optique* (surtout sa partie postérieure), le pied de la *couronne rayonnante de Reil*, et la substance blanche avoisinante du lobe postérieur.

Deux cas, publiés dernièrement par le Dr BERNHARDT dans le *Berl. Klin. Wochenschrisft* (1), que M. Charcot a bien voulu nous communiquer, viennent de nouveau confirmer les faits mentionnés. Nous nous permettons d'en donner une analyse.

I. Le malade, âgé de 60 ans, est entré à l'hôpital, présentant une *hémianesthésie* et une *hémiplégie droites* avec *aphasie*.

L'*œil droit* semble avoir été *amaurotique*, l'œil *gauche* offrait un *rétrécissement concentrique du champ visuel*. L'acuité visuelle centrale de cet œil était conservée, mais elle n'a pas été examinée assez exactement pour qu'on puisse juger, si elle était normale ou légèrement diminuée. (Ce qui est très-probable.) Dans tous les cas il n'y avait pas d'hémiopie.

Les pupilles sont moyennement dilatées ; celle de l'œil droit un peu plus que la gauche Toutes les deux réagissent sous l'influence de la lumière. — Les milieux dioptriques et le fond des yeux sont normaux. — L'odorat, le goût et l'ouïe n'ont pas été suffisamment examinés.

Pendant les derniers mois de la vie, on observa quelques *attaques épileptiformes*. La mort survint à la suite d'une néphrite.

A l'autopsie, on constata : Epaississement et hypérémie de la dure-mère. La pie-mère de la convexité troublée, légèrement épaissie et œdémateuse, se détachant facilement de la surface du cerveau. — Les nerfs optiques, égaux des deux côtés, paraissent tout à-fait intacts. Pas d'altérations de la base du cerveau. Sclérose partielle de quelques-uns des gros vaisseaux.

La partie externe des circonvolutions de l'insula est normale. Hydropisie des ventricules latéraux. Le ventricule gauche plus dilaté que le droit, surtout à la partie antérieure et externe. Une dépression très-étendue de la circonférence externe du *corps strié* gauche. La partie sous-jacente du cerveau jaunâtre et ramollie Le *corps strié gauche* plus petit que le droit, contenant un *foyer de ramollissement cystique*. Celui-ci, quoique s'étendant jusqu'au pied de la troisième circonvolution frontale, laisse celle-ci intacte, de même que la substance grise de la circonvolution de l'insula. En dedans et en bas, il s'étend jusqu'au *noyau lenticulaire* dont la partie externe est entièrement détruite ainsi que la substance blanche avoisinante. La partie externe atteint le lobe temporal, la partie inférieure du quatrième ventricule.

Un second foyer de ramollissement se trouve à la limite du prolongement occipital du ventricule latéral. — Les baudelettes et les nerfs optiques, les corps genouillés et quadrijumeaux n'offrent extérieurement rien d'anormal.

En dehors de cela il y avait : endocardite mitrale, atrophie granuleuse des reins, hydrothorax, ascite, hydropéricarde.

II. La seconde observation concerne une femme atteinte d'*apoplexie cérébrale*. Celle-ci avait produit l'*hémiplégie gauche* et une *diminution notable de la sensibilité du même côté* auxquelles se joignit plus tard l'*hémichorée*, telle que M. Charcot l'a décrite. — Les yeux sont dirigés à *droite*.

Cinq ans avant cette attaque d'apoplexie, la malade avait perdu la vue de l'œil gauche, sans qu'elle en sut indiquer la cause. L'acuité visuelle de l'*œil droit* se *montrait considérablement diminuée*. A l'ophthalmoscope, on constatait une atrophie des deux nerfs optiques, surtout prononcée à droite.

Voici le résultat de l'*autopsie* : épaisissement de la dure-mère, œdème de la pie-mère ; hydrocéphale externe. Une cavité remplie de sérosité occupe l'hémisphère droite.

Les *deux bandelettes* ainsi que les *nerfs optiques* sont gris et les premières n'ont conservé qu'un mince filet blanc au milieu.

Le *pédoncule droit* plus large et plus plat que le *gauche* et sensiblement gris à sa face inférieure. Toute la substance située au-dessus du ventricule latéral droit est changée en une

(1) Bernhard. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, 6 septb. 1875.

masse jaunâtre. Les circonvolutions sont déprimées et à peine reconnaissables.

Le *corps strié droit* contient plusieurs foyers de ramollissement en état de dégénérescence caséeuse et cystique. Un petit foyer se trouve dans le corps strié gauche. Les artères vertébrales et basilaires sont sinueuses. Embolies de l'artère communicante antérieure et de l'artère sylvienne droite. La moitié droite du pont de Varole et de la moelle allongee est atrophiée. — Dégénérescence grise des cornes postérieures de la moelle et du cordon latéral postérieur.

Comme on voit, ces deux observations rentrent en effet complétement dans le groupe signalé au commencement de notre article. Mais il y a deux points sur lesquels nous désirons surtout insister.

C'est d'abord l'*hémichorée* observée dans les deux cas. — On sait que c'est M. Charcot qui a mis en évidence ces convulsions rhythmiques occupant toute une moitié du corps et qui se montrent quelquefois primitivement, quelquefois dans le cours de l'hémiplégie (1).

L'éminent professeur admet comme cause de l'hémichorée la lésion d'une région cérébrale très-voisine de celle qui produit l'hémianesthésie, savoir : *Les extrémités postérieures de la couche optique, du noyau caudé* et de la *couronne rayonnante* (2). »

L'auteur allemand reconnaît que la région, supposée par M. Charcot comme siége de l'hémichorée, était en effet détruite dans les cas qu'il a observés. Nous ne pouvons que regretter avec lui, que le compte-rendu de l'autopsie de la deuxième observation ne se prononce pas d'une façon plus detaillée sur les parties atteintes.

En second lieu, c'est l'état de l'organe visuel qui mérite notre attention. Nous avons eu l'occasion d'examiner une série de cas d'*hystéro-épilepsie* et un cas *d'apoplexie cérébrale* dans le service de M. Charcot à la Salpétrière. Les résultats de nos recherches, publiés récemment, offrent une analogie frappante avec les observations mentionnées. En effet, l'affection dont sont atteintes les malades que nous avons étudiées est caractérisée par l'*hémianesthésie*, l'*hémiplégie* complète ou incomplète et quelques-unes par l'hémichorée ou la contraction des extrémités d'un côté du corps (3).

Relativement aux yeux, nous avons constaté la *diminution de l'acuité visuelle*, de la *perception des couleurs* et un *rétrécissement concentrique du champ visuel* du côté malade. L'œil du côté sain offre au moins un rétrécissement concentrique du champ visuel, accompagné quelquefois d'une diminution des fonctions du centre de la rétine, mais toujours moins considérable que du côté malade.

M. Charcot attribue les manifestations de l'hystéro-épilepsie, qu'il a si admirablement caractérisée dans ses leçons à une affection cérébrale siégeant dans la même région de l'encéphale que les foyers d'apoplexie et de ramollissement qui produisent des phénomènes analogues.

Nous avons dit, dans l'article cité, que les symptômes oculaires, observés par nous, confirmaient pleinement cette ingénieuse théorie. Les observations de M. Bernhardt en sont de nouvelles preuves. En effet, on a constaté dans le premier cas une amaurose du côté malade avec *limitation concentrique du champ visuel de l'œil du côté opposé*. La différence entre une amaurose et une amblyopie avec rétrécissement concentrique du champ visuel, comme nous l'avons observé, est évidemment seulement quantitative et correspond à la gravité de la lésion cérébrale.

Mais ce qui nous a surtout frappé, c'est la ressemblance de la seconde observation de BERNHARDT avec l'une des nôtres (la sixième de notre article des Arch. de phys). Dans toutes les deux une apoplexie cérébrale a produit l'hémiplégie, l'hémianesthésie, l'hémichorée et l'atrophie des deux nerfs optiques. Cette atrophie était complète dans l'œil du côté paralysé, incomplète dans celui du côté sain.

Dans notre observation l'atrophie a commencé des deux côtés, et est plus avancée dans l'œil du côté malade. Elle continue à faire des progrès visibles.

Quant au rétrécissement du champ visuel, nous sommes convaincu, que si BERNHARDT l'avait cherché il l'aurait trouvé, comme nous l'avons constaté pour les deux yeux de notre malade. Dans tous les cas, il n'y avait pas d'hémiopie. Nous ne doutons pas non plus, que l'autopsie vienne un jour compléter l'analogie des deux observations comparées et confirmer ainsi le diagnostic que M. CHARCOT a établi depuis longtemps.

Un mot encore sur cette *amblyopie* BILATÉRALE que nous attribuons à une lésion UNI-latérale du cerveau. Comment faut-il l'expliquer? Les adhérents de la théorie de la semi-décussation des nerfs optiques devraient attendre une *hémiopie*, comme résultat de la destruction des faisceaux nerveux provenant du côté malade de l'encéphale et innervant les moitiés correspondantes des deux yeux.

Pour satisfaire les défenseurs du croisement complet, tel que Biesiadecki (1), Michel (2), Mandelstamm (3), Pawlowsky (4), et Scheel (5), ont voulu l'établir, on aurait dû trouver l'amblyopie uniquement dans l'œil du côté malade.

Quant à la dernière théorie, nous pensons qu'elle peut être regardée comme réfutée après les travaux physiologiques de Gudden, communiqués à la Société médicale de Zurich et publiés dans les feuilles mensuelles de Zehender.

A l'appui de la semi-décussation dans le chiasma, nous mentionnerons encore quelques expériences ingénieuses de notre ami le Dr Nicati (6) et l'observation d'un cerveau humain que Woinow a présenté cette année au *Congrès ophthalmologique de Heidelberg* (7).

Nous nous joignons cependant à M. Charcot qui, se basant sur des observations physiologiques et pathologiques, admet que les fibres nerveuses des bandelettes optiques qui ont échappé à l'entrecroisement au niveau du chiasma, vont s'entrecroiser à leur tour dans les centres. De cette façon, les nerfs optiques sont ramenés aux conditions normales des autres nerfs crâniens.

Cet entrecroisement supplémentaire se fait probablement au-delà des corps genouillés, dans les parties postérieures des couches optiques, non loin des corps quadrijumeaux. Les terminaisons des fibres optiques des deux côtés, croisées ainsi complétement, se trouvent dans tous les cas très-rapprochées les unes des autres.

Cela admis, rien n'est plus naturel que de voir une diminution proportionnelle de toutes les fonctions d'un seul œil résulter directement d'une cause centrale et se communiquer, à un degré plus ou moins considérable, aux fibres nerveuses voisines de l'autre œil.

La déviation des yeux vers le côté malade, signalée dans la seconde observation de BERNHARDT et observée également pendant les attaques de plusieurs de nos hystéro-épileptiques, s'expliquerait alors tout naturellement par une irradiation de l'irritation dans les corps quadrijumeaux voisins.

Une figure expliquera mieux nos idées (*Fig.* 59).

Les lignes pointées représentent les fibres nerveuses appartenant à l'œil droit, les lignes pleines celles de l'œil gauche. Les fibres qui correspondent à la partie nasale les deux rétines s'entrecroisent donc dans le chiasma.

— Les fibres, correspondant à la partie temporale ne

(1) Charcot. — Leçons, etc., p. 316.
(2) Lépine. — Thèse d'agregation, p. 89.
(3) Charcot. — Leçons, etc., p. 316.

(1) Biesiadecki. — *Wien, k. Acad. mathem. natur.* Classe, vol. XLII, 1061, p. 86,
(2) Michel. — *Græfe Arch.*, XIX, 2; p. 59.
(3) Mandelstamm. — *Græfe's Arch.*, XIX, 2, p. 39.
(4) Pawlowski. — *Diss. inaug.* Moscou, 1869.
(5) Scheel. — *Diss. inaug.* Rostock, 1874.
(6) Nicati. — Comparaison des diamètres du chiasma sur des coupes frontales et antéro-postérieures. Les mensurations ont été faites dans le laboratoire de M. Ranvier, avec le *diplomètre* de Landolt.
(7) Le malade avait perdu un œil dans sa première enfance, ce qui ne l'avait pas empêché d'atteindre un âge avancé. A l'autopsie, on constata une atrophie partielle des deux bandelettes optiques.

se croisent pas dans le chiasma, mais nous admettons que leur entrecroisement a lieu au-delà du chiasma, aux centres, soit au point X de la figure. Après ce croisement supplémentaire, elles vont rejoindre les fibres qui se sont croi-

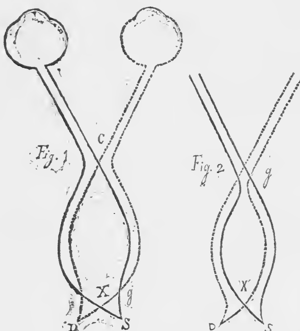


Fig. 59.

sées au chiasma de façon que les éléments nerveux de chaque œil se terminent au même point *de la moitié opposée* de l'encéphale; celles de l'œil gauche en S, celles de l'œil droit en D.

Ainsi, tandis qu'un nerf optique contient les fibres d'un seul œil, la bandelette en contient des deux yeux et l'extrémité centrale des fibres optiques de nouveau celles d'un seul œil. Il en résulte que :

I. Une lésion d'un nerf optique produit une amblyopie *uni-latérale.*

II. Un néoplasme situé dans l'angle antérieur du chiasma et ne comprimant qu'en partie les nerfs optiques, doit produire une *hémiopie temporale*.

III. Quant à l'*hémiopie nasale* (abolition des fonctions des moitiés externes des deux rétines), les défenseurs du croisement complet dans le chiasma ont prétendu qu'elle était inexplicable par la semi-décussation. En effet, il faudrait être hardi pour admettre qu'un processus morbide altérât seulement les fibres externes des deux bandelettes. Mais notre théorie n'offre pas de difficulté à l'explication de l'hémiopie nasale.

On voit, dans le schéma, que, pour arriver au second entrecroisement X, les fibres nerveuses doivent changer leur position relative dans la même bandelette. Tandis que, avant le point *g* de la bandelette droite, la ligne pointée est située en *dehors* de la ligne pleine, elle est en dedans entre *g* et D. (Changement analogue de l'autre côté). Ce changement de position des fibres se produira en réalité par une torsion.

Or, nous ne savons pas où ce changement de position des fibres se produit. S'il commence déjà au niveau du chiasma la ligne pointée de notre schéma au lieu de dépasser la ligne pleine seulement en *g* (*Fig. 59*, 1) la dépassera plus près de C et nous obtenons le schéma (*Fig. 59*, 2).

De cette façon nous avons déjà dans l'angle postérieur du chiasma, des fibres nerveuses, destinées à la moitié externe des deux rétines, situées en *dedans* des fibres des moitiés internes et comme une tumeur dans l'angle antérieur du chiasma produit l'hémiopie temporale, ainsi une tumeur de l'angle postérieur produirait l'hémiopie nasale. Nous n'avons pas encore observé l'hémiopie nasale, mais c'est un fait incontesté que les fibres optiques, loin de se prolonger dans le même plan, se tordent au niveau du chiasma.

IV. La lésion de la bandelette optique gauche produit l'hémiopie droite, celle de la bandelette droite l'hémiopie gauche.

V. Une lésion au-delà du second entrecroisement (X) produit l'amblyopie ou l'amaurose de l'œil du *côté opposé*.

Nos observations ainsi que les observations de Bernhardt prouvent qu'un processus morbide qui a son siége au niveau de la terminaison S ou D des fibres optiques d'un œil se communique facilement à celle du côté opposé. C'est pourquoi l'amblyopie ou l'amaurose est souvent double dans ces cas.

L'amblyopie résultant d'une affection des nerfs optiques proprement dits s'étend aussi presque toujours sur les deux yeux. Cependant le diagnostic différentiel entre une amblyopie centrale et une amblyopie périphérique doit être possible dans la majorité des cas.

On a constaté que les affections cérébrales qui ont leur siége dans la partie antérieure du cerveau et qui se communiquent aux nerfs optiques donnent presque toujours lieu à des névrites optiques, facilement reconnaissables à l'ophthalmoscope, ou à des atrophies des papilles se développant peu de temps après le début de la maladie primaire. L'amblyopie consécutive sera à peu près la même des deux côtés.

Une affection circonscrite, qui siége au niveau des terminaisons des fibres optiques, ne sera pas suivie de névrite et l'atrophie des nerfs optiques qui peut en résulter se développera bien plus lentement que dans le premier cas.

Enfin l'ensemble des symptômes oculaires et des symptômes généraux, qui accompagnent la lésion cérébrale, ne laissera pas de doute si son siége se trouve dans la partie antérieure du cerveau, ou au centre, à l'endroit que nous avons désigné.

VI. Il résulte encore de notre schéma, qu'une lésion unilatérale des centres (au niveau de *g*, *Fig. 59*, 1) peut atteindre à la fois l'extrémité supérieure de la bandelette optique du même côté et la terminaison centrale S des éléments nerveux de l'œil du côté opposé. Il en résultera l'amblyopie de l'œil du côté opposé et l'hémiopie nasale de l'œil du côté de la lésion, de sorte qu'il ne restera au malade que la partie interne de la rétine du côté sain.

Note sur deux cas de chorée cardiaque.

par **Henri C. de BOYER**, interne des hôpitaux.

Les deux observations suivantes nous ont paru intéressantes à réunir, car elles sont, croyons-nous, propres à démontrer la réalité du type clinique décrit par M. Roger sous le nom de *Chorée cardiaque* (1). Les deux enfants dont il s'agit n'ont eu aucune affection rhumatismale ou exanthématique capable de donner lieu à une endocardite secondaire. Seule, la chorée est en cause et suffit à provoquer une affection cardiaque à marche rapidement funeste, et non pas une série de palpitations et de mouvements choréiques du muscle cardiaque comme l'admettent Spetzmüller et Benedikt. L'endocardite fut si intense que les malades devinrent cardiaques comme après un rhumatisme, et, tandis que l'une succombait par *asystolie* (obs. I), l'autre, après une seconde poussée endopéricardique, mourait par *syncope* (obs. II). Dans les deux cas on trouvait toutes les parties du cœur altérées, sauf l'orifice pulmonaire. Malgré la présence de végétations sur les valvules, nous n'avons pas eu d'embolies; il semblerait du reste illogique d'attribuer dans l'espèce la pathogénie de ces chorées à des embolies capillaires, puisque l'affection convulsive a précédé la manifestation viscérale qui, selon (2) la théorie anglaise, devrait lui donner naissance.

(1) Roger. *De la chorée rhumato-cardiaque et cardiaque* (in *Archiv. gén.*) 1868.

(2) Jackson, Tuckwell, — Fox et Gray (cités par M. Jaccoud, *in Clin. de Lariboisière*).

Observation I. (Service de M. Bouchut aux Enfants). L.... (Elisa) âgée de 11 ans 1/2. N° 24, Sainte-Catherine. — En 1872, attaque de chorée durant 6 semaines dans le cours de laquelle survient une endocardite. Traitée à cette époque chez M. Bouchut, elle fut notablement améliorée et sortit valide. Mais l'affection cardiaque fit des progrès tels qu'en 1875, le 8 janvier, elle rentre dans le service.

L'enfant n'a jamais eu d'accidents rhumatismaux, ni de fièvres éruptives; depuis sa chorée, elle a des palpitations, de la céphalalgie, de la dyspnée, de l'œdème des jambes, un certain degré de bouffissure de la face.

Elle présentait le facies de l'insuffisance mitrale dont elle avait, du reste, le souffle systolique de la pointe on en constatait également un double à la base du cœur, à l'orifice aortique; les caractères de ce bruit morbide, sa propagation tant dans les vaisseaux du cou que le long du sternum, le souffle aspiratif du second temps, tous les signes indiquaient une insuffisance avec rétrécissement de l'orifice aortique. L'affection cardiaque était complexe, sa manifestation sur les différents orifices était telle qu'au lieu de se compenser, ces lésions devaient suivre une marche funeste dont l'asystolie permanente devait être le terme.

Bientôt, en effet, les symptômes généraux s'aggravaient; l'ascite et l'anasarque se prononçaient; il survenait de la cyanose; les veines du cou et de la face devenaient turgides; un pouls veineux, vrai, ventriculaire, pouvait s'observer jusque sur la faciale; la gêne respiratoire, de petites hémoptysies, des épistaxis répétées indiquaient la congestion veineuse des viscères. Une phlegmatia alba dolens survint dans le membre inférieur gauche. A ce moment de la maladie, le cœur avait subi une hypertrophie considérable, sa matité dépassait 10 cent.) dans le sens transversal; la paroi thoracique bombée à l'excès se soulevait en masse à chaque systole; le choc de la pointe, presque imperceptible se sentait à l'épigastre sur une large étendue, et s'accompagnait d'un frémissement sensible à la palpation. A l'auscultation, outre les bruits aortiques précités l'on entendait un souffle systolique de la pointe très-prononcée, et ayant deux points de maximum d'intensité, l'un vers le mamelon répondait au souffle mitral que nous avons déjà signalé, l'autre, se trouvait à droite du sternum. Ce souffle paraissait provenir des cavités droites du cœur; il se propageait le long du bord droit du sternum jusqu'à l'épigastre; il s'accompagnait d'un bruit de roulement lointain et devait être rapporté à l'orifice tricuspide notablement insuffisant, d'autant qu'avant que l'ascite fût prononcée, nous sentions en déprimant la paroi abdominale des battements hépatiques très-nets correspondant au pouls, dus sans doute à un pouls sus-hépatique (1). Albumine dans les urines.

Nous trouvions en outre aux sommets pulmonaires des signes d'induration (l'enfant avait eu une pleurésie gauche).

L'asystolie reconnaissait pour cause la coïncidence d'une insuffisance mitrale et d'un rétrécissement aortique. Le pouls était irrégulier, misérable, n'avait pas le caractère de celui de l'insuffisance aortique. Après quelques améliorations passagères, l'enfant mourut le 19 juillet.

Autopsie (28 h. après la mort).

Œdème des membres et de la face; abondant épanchement ascitique, deux litres de liquide dans la cavité péritonéale, léger hydrothorax a droite; à gauche pleurésie ancienne. Suffusion sereuse des mailles de la pie-mère.

Rapports du cœur avec les poumons. Le cœur, dont le volume est excessif a entièrement refoulé en dehors et en haut le poumon gauche qui, du reste, avait déjà une tendance à se loger derrière la clavicule par suite d'adhérences anciennes: toute la partie du thorax située à droite du médiastin est normale, celle au contraire qui est située à gauche est uniquement comblée par la face antérieure du cœur, dont le volume excessif a causé une voussure du thorax et une déviation de l'ensemble des côtes gauches.

Le *cœur* pèse 610 gr. (y compris les caillots adhérents); 500 gr. (sans les caillots). De nombreuses adhérences unissent la pointe au péricarde pariétal qui porte quelques plaques laiteuses et crétacées, et quelques granulations inflammatoires. Hypertrophie du muscle, quoique les cavités cardiaques soient largement dilatées, reflet gras du tissu. La *mitrale* a été le siége d'une endocardite dont l'effet a été de faire disparaître presque complétement une des valves qui est remplacée par un bourrelet de consistance cartilagineuse sous-tendu par les tendons des muscles papillaires également retractés. De cette disposition résulte une insuffisance notable de la mitrale, qui se serait accompagnée de rétrécissement, s'il n'y avait pas eu une dilatation considérable des cavités gauches et partant du squelette fibreux de la valvule.

L'orifice aortique est rétréci et insuffisant; rétréci par suite de la tuméfaction considérable des sigmoïdes circonscrites par des bourrelets ossiformes; insuffisant, car certains points présentent des pertes de substance marginales. En d'autres points l'endocarde gauche est épaissi, ou même calcifié. Les caillots contenus dans ce côté du cœur sont noirs et diffluents.

La zone fibreuse de la *tricuspide* est très-dilatée, le bord libre des valves est très-épais, leur mobilité est compromise par des adhérences; il y a donc insuffisance pathologique surajoutée à l'insuffisance normale. Quelques végétations récentes siégent sur son bord libre. Les sigmoïdes pulmonaires sont normales. La propagation de l'inflammation parait avoir eu lieu par la fosse ovale ou sur une étendue de 1 cent. les deux endocardes, épaissis, sont simplement adossés.

Poumons. Noyaux d'apoplexie pulmonaire dans le poumon droit; le poumon gauche a été condensé par un ancien épanchement pleural, puis dans son tissu splénisé se sont formés des foyers apoplectiques plus récents; pas de tubercules.

Foie, Rate. Crient sous le scalpel, cirrhose cardiaque encore au stade d'hypertrophie.

Reins. Augmentés de volume aux dépens de la substance médullaire, crient sous le scapel.

Centres nerveux. Pas d'examen de la mœlle; consistance du cerveau diminuée, pas de lésions vasculaires; malgré un examen attentif, nous ne trouvons aucune lésion diffuse ou circonscrite, ancienne ou récente.

Obs. II. (Service de M. Bouchut). — V... (Augustine) 7 ans. N° 7, Sainte-Catherine.

Cette enfant est entrée le 19 mars pour une attaque de chorée existant depuis trois semaines et ayant *débuté par les jambes* avant de se généraliser. L'enfant n'a jamais eu de fièvres éruptives ni de rhumatisme, mais une première attaque de chorée a duré deux mois, s'est accompagnée de palpitations, dont l'enfant souffre depuis. Sa mère a succombé à une affection du cœur.

Etat actuel. Hémichorée droite, quelques mouvements persistent à gauche; vision conservée; aucun trouble vocal; l'intelligence est bien nette; le cœur présente une lésion mitrale d'insuffisance.

L'enfant semblait donc dans le cours d'une 2e attaque de chorée assez bénigne, et était traitée par le chloral et les bains sulfureux, quand tout à coup, le 13 avril, elle fut prise d'une dyspnée considérable, avec angoisses, douleur précordiale, petitesse du pouls, etc.

Cœur. Impulsion augmentée, choc diminué, frémissement à la palpation: à l'auscultation bruit râpeux aux deux temps, superficiel, frottant, et masquant le faible souffle systolique de la lésion ancienne.

Etat général. Assez grave pendant quelques jours pour qu'on ait pu craindre que la péricardite ne revêtît la forme paralytique. Les mouvements choréiques disparurent et la température oscilla entre 37° 5, le matin et l'épanchement, assez abondant, diminua rapidement sous l'influence de vésicatoires; au 11e jour de la complication, les bruits du cœur devinrent assez nets pour qu'on pût s'apercevoir que l'endocardite mitrale s'était augmentée, tandis qu'au 17e jour paraissait un souffle aortique du 1er temps; la résorption totale de l'épanchement n'eut pas lieu; on constatait un mouvement ondulatoire, une sorte de frisson des espaces intercostaux, indiquant à la vue, comme la vibration le faisait au toucher, que la face antérieure du cœur se détachait avec peine de la paroi thoracique, si même elle n'y était retenue par des adhérences. L'enfant révèlait, en outre, quelques accidents

(1) Thèse de Mahot, 1865.

douloureux du plexus bracchial; sa figure était d'une pâleur de cire; il n'y avait ni œdème ni cyanose, une tendance aux syncopes se prononçait; la lésion aortique semblait l'emporter en gravité sur celle de l'orifice mitral, tandis que dans l'obs. I nous avions surtout affaire à l'asystolie.

Il survint vers le commencement du mois de juillet des différences notables dans l'état mental de l'enfant. Elle était plongée dans une réserve triste, pleurait à tous propos, paraissait dans son sommeil avoir des cauchemars, se réveillait anxieuse; dans le jour, elle cessait de jouer, refusait de manger, ne quittait pas le lit où elle demeurait engourdie. Elle comprenait mal les questions qu'on lui adressait, était forcée de faire un effort visible pour retrouver ses idées; ses réponses brèves témoignaient d'une grande faiblesse intellectuelle.

Tels étaient les seuls troubles du côté des centres nerveux, nous n'avons trouvé ni anesthésies, ni paralysies localisées. Les pupilles étaient normales ainsi que le fond de l'œil.

Le 27 juillet, la malade mourut presque subitement.

AUTOPSIE (24 h. après la mort). Pas d'hydropisies dans les cavités. *Cœur* d'un volume assez modéré, le cœur est cependant un peu hypertrophié, mais avec rétrécissement des cavités. La cavité du péricarde est effacée, il y a symphyse totale, par suite d'adhérences aréolaires circonscrivant un liquide sanguinolent épais et peu abondant. La *valvule mitrale*, insuffisante, est le siége d'une endocardite végétante très-élégante, dont les productions festonnées s'étendent jusque sur les cordelettes tendineuses. *Les sigmoïdes aortiques* sont également altérées. L'endocarde droit présente aussi des végétations sur le bord libre de la *valvule tricuspide*. Rien a l'orifice pulmonaire. Le ventricule droit non dilaté contient un caillot ancien terminé par une extrémité mousse.

Le tissu du cœur a l'aspect gras, on y trouve quelques points ecchymotiques. Un examen histologique nous fit voir que quelques fibres avaient subi la dégénérescence graisseuse. Comme dans le cas précédent, l'inflammation était très-prononcée dans les oreillettes au niveau de la fosse ovale.

Poumons. Un peu de congestion, pas d'apoplexie. — *Foie, Rate, Reins*. Le foie et les reins présentent quelques points vitreux donnant les réactions de la matière amyloïde. (Pas d'albuminurie.)

Cerveau. Liquide céphalo-rachidien en quantité normale, pas de caillots dans les sinus. La face externe des hémisphères présente à leur partie antérieure la trace d'une méningo-encéphalite diffuse déjà ancienne. Quand on enlève la pie-mère, on la trouve trouble, épaissie, elle adhère aux couches périphériques grises qu'elle entraine; la substance corticale est plus friable; nous avons affaire à une lésion semblable à celle de la paralysie générale, avec cette différence importante que la substance blanche est également diminuée de consistance et ne forme pas de cônes persistants quand on râcle la surface des circonvolutions. La masse du cerveau est diminuée de consistance, et cet organe s'affaisse sur la table. Nous n'avons pas trouvé de lésions des artères principales. Nous n'avons trouvé aucune lésion dans les pédoncules cérébraux ou cérébelleux (1), dans la couche optique (2), dans le corps strié (3), dont les coupes ont été examinées à la loupe; nous [illegible] avons [illegible] aussi avec le plus grand soin du côté du [illegible] de l'[illegible] (4), des tubercules quadrijumeaux (5), bref en tous les points où les auteurs ont cité des [illegible], nulle part nous n'avons eu d'altérations sauf à la périphérie, nulle part de tubercules ou d'hydatides (6).

Bulbe et moelle. Le bulbe paraissait sain, son volume était considérable pour l'âge de l'enfant. Il existait quelques lésions intéressantes du côté de la moelle: 1° une méningite spinale récente, siégeant au niveau du renflement cervical et caractérisée par de fausses membranes gélatiniformes comblant le canal rachidien, entourant la moelle sans la comprimer; 2° les racines postérieures et leurs ganglions semblaient tuméfiés; 3° à la coupe, la colonne de substance grise était altérée du côté droit: nous constations par place des lacunes, des pertes de substances régnant aussi sur le cordon antéro-latéral et situées vers la concavité des cornes, dans la substance de Rolando. Le contenu de ces lacunes était diffluent et nous a montré quelques corps granuleux. La corne antérieure du côté droit paraissait aussi plus considérable que celle de gauche, tandis qu'au contraire le cordon antéro-latéral gauche semblait l'emporter sur celui de droite; d'où une légère asymétrie de la moelle dont la moitié droite semblait moins considérable que la gauche. Ces altérations siégeaient surtout au niveau du renflement dorso-lombaire.

RÉFLEXIONS. Des lésions analogues ont été trouvées dans le cerveau et dans la moelle; les uns ont signalé des altérations des méninges et de la substance corticale (1), Blache a même cité un cas de méningite purulente; d'autres ont vu le ramollissement de la moelle (Rokitanski), sa sclérose (Demme), sa congestion (Frichard) ou des altérations cellulaires (Lockart Clarke). — Marcé (2) a signalé un certain degré de faiblesse intellectuelle, c'est ce que nous avons constaté dans l'observ. II et ce qui nous semble compatible avec l'altération des lobes antérieurs que nous avons notée; d'autre part, il nous paraît intéressant de remarquer que dans le cas où la moelle a été atteinte l'attaque de chorée avait débuté par la forme paraplégique. (Voir page 774).

(1) Cas de Ma[illegible]
(2) L'est[illegible] ; [illegible] le la [illegible] rayonnante [illegible]
(3) [illegible] Fox. S[illegible] (*Med. Times*, [illegible])
(4) Cas de Meynert [illegible]
(5) Quatre cas de Sée, cité par Blache, *Dictionnaire* [illegible], p. 532.
(6) Cas de M. Bouchut (*Clinique de Ste-Eugénie*, [illegible]

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Du traitement chirurgical des plaies. — Expérimentations de M. L. Labbé, à l'hôpital de la Pitié.

La question du pansement des plaies chirurgicales a fait de bien remarquables progrès et, sous ce rapport, nos conquêtes sont telles et si récentes qu'il n'est pas besoin, pour les constater, d'être vieux praticien. Certainement, dans les dix dernières années, il s'est opéré une transformation radicale. Nous ne savons si nos impressions premières sont entachées de quelque exagération, mais alors, dans nos hôpitaux, les odeurs des salles étaient mauvaises, les plaies et les moignons suppuraient beaucoup sous les cataplasmes dont on les couvrait et bien autre était la mortalité. Ce que nous pouvons affirmer du moins, c'est qu'en 1867 nous avons vu, dans le service où nous étions bénévole, mourir d'infection purulente et d'érysipèle sept amputés sur sept. Nous ne sachions pas que, abstraction faite de la période du siége, on ait observé depuis une épidémie pareille: les modes actuels de pansement paraissent devoir prévenir à tout jamais une telle mortalité.

Parmi les méthodes nouvelles, celle du professeur Lister est une des plus [illegible]: on en parle beaucoup et souvent, mais, au [illegible] elle a été peu pratiquée en France. Aussi croyons-nous utile de publier les résultats de quelques expériences comparatives faites sur ce point par notre maître M. Léon Labbé. Elles nous semblent d'autant plus instructives qu'elles échappent au grave reproche adressé par Lister à ses imitateurs du continent qui ont, nous dit-il, beaucoup trop modifié sa méthode pour pouvoir mettre à son actif les [illegible] ou les [illegible]. C'est un auditeur et un disciple convaincu de Lister, M. le docteur Andrei qui a lui-même appliqué le pansement sur nos

(1) M[illegible], Hutin, Rœser, Lélut, cités dans Jaccoud (*Clin. de Lariboisière*).
(2) *Traité de M.* [illegible], [illegible], et *Mém. Acad. Méd.* [illegible], xi.

malades : il l'a exécuté dans toute sa rigueur ; il est descendu jusque dans les moindres détails ; d'ailleurs, pour plus de sûreté, M. Labbé avait fait venir d'Angleterre, les substances, les solutions titrées et les diverses pièces de l'appareil.

Dans le premier de nos cas il s'agissait d'une femme de 45 ans, atteinte de tumeur carcinomateuse du sein gauche. Elle n'était nullement cachectique et l'opération put se faire dans des conditions excellentes. Selon son procédé habituel, M. Labbé extirpa la glande tout entière et une notable étendue de peau : deux gros ganglions furent arrachés dans l'aisselle. Les bords de la plaie sont rapprochés et, sous le pansement de Lister, on tente la réunion primitive. Mais, dès le lendemain, la température monte à 39°; les bords de la plaie rougissent et une pleurésie se déclare. Heureusement l'épanchement ne tarde pas à se résorber. Mais la réunion, par première intention, avait évidemment échoué. La plaie se met à granuler, cependant, ni mieux ni plus mal que sous les autres topiques, et malgré un pansement assidu et persévérant, fait selon toutes les règles indiquées par Lister, la cicatrisation ne parut pas plus prompte. Elle exigea 40 jours environ.

Dans notre second cas, nous avions à faire à une amputation de l'avant-bras pour une ostéite des os du métacarpe, du carpe, de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus : la suppuration osseuse existait depuis deux ans. On pratique l'amputation par la méthode à deux lambeaux; on réunit les bords de la plaie par des points de suture et l'on fait le pansement de Lister; le lendemain la température est à 39°,6, et le malade souffre un peu. Cette température élevée et cette douleur persistent 4 jours; alors un empâtement phlegmoneux apparaît; on enlève les points de suture et l'on badigeonne le moignon avec du collodion. Peu à peu la rougeur et le gonflement disparaissent; la température tombe à 38°,5 et se maintient à ce taux pendant 10 jours encore. Mais la plaie granule; malheureusement quelques abcès circonvoisins se forment, et ce n'est que 50 jours après l'opération que la cicatrisation est définitivement obtenue.

Or, pendant que nous observions ces deux malades, deux *amputations de cuisse* furent pratiquées dans le service sur deux jeunes gens de 17 ans, atteints de tumeur blanche de l'articulation du genou. Le pansement ouaté de Guérin fut appliqué dans ces deux cas et nous devons dire que, malgré la gravité bien différente de l'opération, les résultats nous ont paru bien préférables. Nos malades n'ont pas souffert et la température qui n'a jamais dépassé 39° 4, tombait le cinquième jour à 38° le soir et 37°,5 le matin. Les malades mangeaient avec appétit et dès le douzième jour on les asseyait dans un fauteuil. Du cinquantième au soixantième les deux cicatrisations étaient obtenues.

Certainement ces expériences comparatives sont trop peu nombreuses pour permettre de tirer une rigoureuse conclusion. Mais, du moins, nous pouvons dire que dans ces cas les résultats obtenus par la méthode de Lister, nous paraissent inférieurs à ceux qu'a donnés le pansement ouaté, et si les résultats définitifs seulement sont les mêmes, le choix ne saurait être douteux et le pansement ouaté de Guérin présente en lui-même des avantages tels qu'on ne saurait hésiter. Il n'aurait pour lui que la modicité relative de prix, le peu de temps qu'il réclame, enfin, et surtout, l'avantage d'éviter au malade un pansement quotidien, toujours pénible quoi qu'on dise, cela ne suffirait-il pas pour faire préférer le procédé de Guérin à celui de Lister? Plus que tout autre, les Anglais savent le prix du temps. Or, ils ne sauraient mieux faire que de nous emprunter notre méthode, car la leur n'épargne guère les moments du chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 décembre 1875. — Présidence de M. Houel.

A propos du procès-verbal, M. Charcot déclare professer le plus grand respect pour la physiologie expérimentale et rappelle l'heureuse influence que ses relations suivies avec M. Brown-Séquard ont exercé sur la direction de ses travaux ; mais pour le cerveau, les méthodes expérimentales actuelles, après avoir été très-fécondes, sont devenues insuffisantes.

M Bert continue ses recherches sur les virus. Du vaccin, additionné de 3 fois son volume d'alcool absolu, et maintenu dans le vide pendant 3 jours, avait conservé ses propriétés : nouvelle preuve que son principe actif n'est pas un corps vivant, mais appartient à la classe des diastases. Par contre le charbon, dans les mêmes conditions expérimentales, semble perdre son action virulente. Il faudrait donc admettre avec M. Davaine que son principe actif est un élément figuré.

M. Brown-Séquard commence une série de communications sur les localisations cérébrales.

D'après l'opinion déjà émise par lui en 1861, les symptômes des affections cérébrales seraient dus non à la perte de fonction des parties lésées, mais à une action à distance déterminée par leur irritation Dès lors, la production de l'aphasie, dans les lésions de la 3e circonvolution frontale gauche, ne démontre pas que la fonction du langage articulé dépende de cette circonvolution. Ces actions à distance rendent compte de la grande majorité des paralysies cérébrales. Peut-être les lésions du bulbe, au niveau des cordons conducteurs de la motilité, font-elles exception à cette loi; mais, même dans ce cas, les actions à distance peuvent avoir une influence prédominante. Quant à la protubérance et aux parties supérieures du cerveau, l'action à distance est tout-à-fait prépondérante. Cette théorie seule explique la symptomatologie si grave de lésions peu étendues, comme l'absence de certains symptômes habituels après de grands délabrements. Rien n'est, en effet, aussi variable que la symptomatologie cérébrale. M. Brown-Séquard s'attache à montrer que les paralysies des membres et de la face peuvent exister simultanément ou isolément, du côté de la lésion comme du côté opposé. Certaines paralysies de la face, d'origine cérébrale, ressemblent même aux paralysies périphériques. A l'appui de sa manière de voir, M. Brown-Séquard lit une série d'observations où la paralysie a siégé du côté correspondant à la lésion. Ces observations, au nombre de 200 environ, appartiennent, pour la plupart, à des cliniciens éminents. L'expérimentation, sur laquelle M. Brown-Séquard se propose d'insister plus tard, confirme ces données. Comme on ne saurait admettre des variétés individuelles dans les centres moteurs, il faut conclure que les localisations, au sens actuel du mot, n'existent pas.

M. Charcot fait observer que la discussion, dans ces termes, ne saurait aboutir. Chacun de ces faits, incomplets au point de vue clinique ou anatomo-pathologique, prête à la critique. On doit d'abord rejeter toutes les observations où les malades n'ont pu être étudiés qu'au moment de l'ictus apoplectique, en raison des phénomènes diffus qui masquent les phénomènes de localisation. Puis, pour ne parler que des hémiplégies du côté correspondant à la lésion, on n'a pas étudié les dégénérations secondaires, on n'a pas recherché comment se faisait l'entrecroisement des pyramides. Toutes ces lacunes, que les plus éminents observateurs anciens ne pouvaient songer à combler, enlèvent toute valeur à ces faits cliniques. M. Charcot n'a jamais observé l'hémiplégie du côté de la lésion.

Enfin, il est telles causes d'hémiplégies autrefois méconnues, qui peuvent rendre compte de certains phénomènes jadis inexpliqués.

M. Brown-Séquard persiste dans ses conclusions appuyées sur la clinique et l'expérimentation. Quant à l'absence d'entrecroisement des pyramides, nul anatomiste ne l'a rencontrée. Du reste, il n'est plus convaincu aujourd'hui qu'elles soient les conducteurs de la motricité. M. Brown-Séquard cite un fait d'hémiplégie gauche, sans aphasie, survenue chez un épileptique qui présentait un vaste foyer purulent dans le lobe gauche antérieur. (Observation de Callender.)

M. Charcot fait ressortir combien cette observation est incomplète. D'une part, l'épilepsie suffit à rendre compte de l'hémiplégie; d'autre part, l'observateur ne dit pas si le corps opto-strié a été détruit par l'abcès, si la troisième circonvolution frontale gauche a été atteinte, etc.

M. Hayem dans ses précédentes recherches sur la myélite consécutive à l'irritation des nerfs périphériques, a démontré que l'inflammation suit deux voies : la voie conjonctive et la voie nerveuse. — Il insiste aujourd'hui sur les lésions des cylindresaxes. Dans leur partie centrale, on a vu un gonflement moliniforme analogue à celui que l'on observe dans les myélites aiguës. Rien de pareil n'existe dans le bout périphérique. Il y a donc névrite, du bout central, simple dégénérescence du bout périphérique.

M. Galippe a fait des recherches sur le pus bleu ; il enseigne un procédé pour le reproduire à volonté. D'après lui, ce serait un champignon ou un vibrion qui donne cette coloration au pus.

M. Houel insiste sur la bénignité du pronostic de la suppuration bleue. Pendant son séjour à l'hôpital des Cliniques, il a vérifié à plusieurs reprises l'exactitude de cette loi posée par Nélaton.

M. Mathias Duval a trouvé un nouveau procédé de coloration des pièces anatomiques appartenant au système nerveux cérébro-spinal ; il repose sur l'emploi du bleu d'aniline. On peut arriver par ce procédé à distinguer très-nettement les éléments nerveux des éléments conjonctifs. Il se propose du reste de communiquer à la Société les résultats des recherches entreprises dans ce sens.

M. Marey dépose sur le bureau un ouvrage où se trouvent résumés ses travaux récents de physiologie expérimentale.

L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 décembre. — Présidence de M. Gosselin.

M. Tarnier fait hommage de son mémoire, contenant les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'albuminurie des femmes en couches, par le régime lacté, mémoire qui a été publié dans le n° 50 du *Progrès médical*.

L'Académie procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1876. Conformément au réglement, M. Chatin, vice-président actuel, devient président. — Par 72 voix sur 75 votants, M. Bouley est nommé vice-président. — M. Roger est maintenu, par acclamation, dans son office de secrétaire annuel. Enfin, MM. Delpech et Legouest sont nommés membres du Conseil de l'Académie. Malgré l'heure avancée, la discussion est reprise sur les troubles de la vision, au point de vue du service militaire.

M. Giraud-Teulon commence la lecture d'une réplique aux précédents discours de M. J. Guérin. Il prend une à une les propositions de son contradicteur, et les réfute d'une façon brève, claire, précise. Nous attendrons la prochaine séance pour en donner le compte rendu, car l'orateur a été forcé de s'interrompre, l'Académie se trouvant dans la nécessité de se former en comité secret à cinq heures moins un quart. M. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances de juillet. — Présidence de M. Charcot.

Note sur deux cas de chorée cardiaque; par Henri C. de Boyer, interne des hôpitaux. (Voir page 771).

M. Hayem — On a recherché avec soin dans ces derniers temps quelles étaient les altérations des centres nerveux dans les cas de chorée grave et rapidement mortels. On a trouvé des lésions de la protubérance, des circonvolutions cérébrales, des parties centrales des hémisphères, etc.; mais aucune ne peut être considérée comme constante et caractéristique ; on peut dire cependant que presque toujours les méninges cérébrales et rachidiennes étaient hyperhémiées ; et encore, l'asphyxie terminale n'entre-t-elle pas pour quelque chose dans cette altération ?

M. Charcot. — Les hémichorées symptomatiques comme celles qui précèdent ou qui suivent les hémiplégies, et que l'on peut rapprocher de la chorée vraie, paraissent pouvoir être rattachées à des lésions siégeant au niveau de la partie postérieure de la couche optique, des tubercules quadrijumeaux, de l'étage supérieur du pédoncule cérébral et le pied de la couronne rayonnante. M. Tuckwell a rapporté deux cas de chorée dans lesquels il existait une oblitération des artères optiques postérieures. Mais ce point est encore très-obscur, et l'anatomie pathologique de la chorée n'est pas beaucoup plus avancée que celle de l'hystérie.

Bosse occipitale; par Ch. Féré, externe des hôpitaux.

Il s'agit d'une pièce recueillie à l'hospice général de Rouen, dans le service de M. le professeur Gressent, sur un homme de peine, né à Rouen et mort, à l'âge de cinquante ans, d'un cancer pylorique.

Cet individu sur lequel on ne constatait aucune déviation osseuse, rachitique ou autre, présentait une déformation du crâne, rendue très-apparente par une calvitie à peu près généralisée. La tête présentait une saillie considérable de la région postéro-inférieure, limitée en haut par deux arêtes qui se coupaient à angle droit sur la ligne médiane et dont le siége et la direction correspondaient rigoureusement à la direction connue des branches de la suture lambdoïde, et se continuaient en bas avec la surface de l'occipital.

A son sommet, correspondant à l'angle de l'occipital, cette saillie dépassait le niveau de la partie antérieure du crâne de près de 3 centimètres; sur les côtés, elle allait en diminuant à mesure qu'on se rapprochait des régions mastoïdiennes. La peau qui la recouvrait était lisse et glissait facilement ; elle paraissait seulement épaissie vers le sommet où elle présentait quelques cicatrices superficielles.

Cet individu qui jouissait d'une intelligence normale affirmait avoir toujours eu cette déformation qui se serait développée à peu près parallèlement au reste de son crâne; mais il ne savait pas s'il la portait à sa naissance

Il n'en avait jamais ressenti aucune gêne sauf pour porter certaines coiffures, et plusieurs fois il s'était fait des plaies sur le sommet de sa tumeur, en tombant à la renverse, étant ivre.

La peau est considérablement épaissie, surtout sur le sommet de la saillie; sur ce point la couche cellulo-graisseuse sous jacente, devenue fibroïde par l'épaississement des cloisons, adhérait fortement à l'aponévrose épi-crânienne, qui était restée parfaitement mobile sur les parties qu'elle recouvrait.

Après avoir enlevé les parties molles qui présentaient au sommet une épaisseur de un centimètre, et découvert le squelette, on voit que la saillie osseuse est bien formée par l'occipital qui semble déjeté en arrière, tout d'une pièce, et dont l'angle dépasse de près de deux centimètres le plan formé par les pariétaux. L'espace qui sépare les pariétaux de l'occipital et qui va en diminuant vers le temporal est rempli par un nombre considérable d'os wormiens, généralement petits, sauf l'os triangulaire qui correspond à la fontanelle postérieure. Ces os supplémentaires sont dirigés presque horizontalement d'avant en arrière, de sorte que leur longueur mesure à peu près la hauteur de la saillie des bords supérieurs de l'occipital.

Les sutures coronale et sagittale sont à peu près complétement effacées, tandis que la suture lambdoïde élargie et déviée est encore très-distincte.

A la saillie extérieure de la boîte, correspond un enfoncement de la face interne qui rend plus profondes les fosses occipitales supérieures. — Les fosses cérébelleuses sont

plutôt déformées qu'agrandies. Sur cette face interne, les sutures coronale et sagittale sont encore moins apparentes qu'en dehors, et les os wormiens qui remplissent la suture lambdoïde complétement ossifiés et soudés aux bords postérieurs des pariétaux : il ne reste plus guère qu'un sillon au niveau des bords supérieurs de l'occipital ; de sorte que toute la largeur de la suture lambdoïde dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, semble faire partie des pariétaux enfoncés vers l'intérieur du crâne.

Les autres parties de la boîte osseuse n'offrent aucune déformation apparente. Le cerveau et le cervelet ne présentent aucune altération appréciable ; pas d'hydrocéphalie ; pas de tumeur.

Réflexions. — Cette déformation n'est évidemment pas d'origine traumatique. Elle ne paraît pas non plus pouvoir être congénitale, car jusqu'à la naissance et encore longtemps après, la boîte crânienne n'a pas de forme propre, elle se moule sur son contenu. Pour que cette saillie pût être congénitale, il faudrait admettre une hypertrophie limitée à l'extrémité des deux lobes postérieurs du cerveau, ce qui n'est guère admissible. — Les déformations produites par l'hydrocéphalie présentent un caractère bien connu et tout autre.

D'après M. le professeur Broca, qui m'a dit avoir rencontré un certain nombre de cas analogues, mais jamais aussi marqués, cette saillie serait due à un retard dans le développement de la suture lambdoïde, attribuable au rachitisme, et qui aurait permis au cerveau de continuer à se développer en luxant pour ainsi dire l'occipital en arrière. Dans cette hypothèse, la déformation doit être relativement tardive puisque toutes les sutures du crâne ayant conservé leur mobilité normale permettraient au cerveau de se développer régulièrement pendant un certain temps.

Mais ce retard dans le développement de la suture lambdoïde peut n'être que relatif, c'est-à-dire qu'il peut y avoir une synostose prématurée de la suture sagittale. Et cette synostose au lieu d'amener un allongement uniforme de la boîte crânienne suivant l'axe parallèle à la suture prématurément ossifiée, comme cela se voit d'ordinaire, aurait produit une saillie de l'occipital, qui tiendrait à ce que l'ossification des pariétaux était assez avancée pour que ces os ne puissent plus s'accommoder à la forme du cerveau ; et alors l'occipital aurait supporté tout l'effort de la poussée et se serait déjeté en arrière.

Dans le cas présent, on ne peut guère tirer de conclusion de l'état des sutures, à cause de l'âge du sujet ; cependant la suture lambdoïde paraît un peu en retard, relativement à la sagittale.

Si l'on admet cette réunion précoce d'une suture avec possibilité du développement consécutif du cerveau, on a la preuve que la synostose prématurée des os du crâne peut ne pas dépendre d'une atrophie congénitale du cerveau, et que la microcéphalie peut être produite uniquement par une altération spéciale du squelette.

Mais la saillie exagérée de l'occipital peut exister sans synostose prématurée et sans arrêt de développement, car il y a des crânes (et il y en a un au musée Orfila n° 77), qui présentent une bosse occipitale analogue à celle-ci, et sur lesquelles toutes les sutures sont dans le même état et encore très-distinctes. C'est que les os de la voûte peuvent être immobilisés autrement que par la synostose qui peut n'être que consécutive.

Dans certaines contrées, notamment en Normandie, il existait naguère une coutume qui consistait à entourer la tête des nouveau-nés d'un bandeau ou d'un serre-tête qui s'appliquant par sa partie la plus large sur la partie antérieure et supérieure du crâne, allait se nouer derrière l'occiput. M. Foville a surtout insisté sur cette manœuvre dont le résultat est d'allonger le crâne en lui donnant une forme en pain de sucre. Le serre-tête, en effet, en immobilisant les sutures coronale et sagittale remplit complétement le rôle de la synostose prématurée de ces sutures ; et si le cerveau continue à se développer, le crâne doit s'allonger soit obliquement en haut et en arrière, soit horizontalement en arrière, suivant le point d'application du bandeau.

On comprend que par ce mécanisme, dans certaines conditions d'ossification des pariétaux, on puisse voir au lieu d'un allongement uniforme de la boîte, une saillie exagérée de l'occipital.

M. Houel. Je n'ai jamais vu en Normandie, où je suis né, une semblable déformation du crâne, et il me semble difficile d'admettre que celle que nous voyons dépende de la compression exercée par le serre-tête.

13. Rupture de la veine fémorale ; contusion de l'artère fémorale ; par M. Bouveret, interne des hôpitaux.

Le 16 *juin*, on amena à l'hôpital des Enfants un enfant qui venait d'être mordu par un chien. Le blessé avait déjà perdu beaucoup de sang. Sur la cuisse gauche, il porte une quarantaine de morsures, plus ou moins profondes, mais pénétrant toutes jusqu'à l'aponévrose. A la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, existent deux plaies, profondes, à bords déchirées, de cinq centimètres à peu près, et réunies par un pont de peau décollée : ces deux plaies sont à peu près parallèles à l'arcade, l'une immédiatement, l'autre à cinq ou six centimètres au-dessous. L'hémorrhagie est arrêtée. Il est facile de constater que les plaies sont profondes : les muscles sont atteints, déchirés ; de la plaie supérieure sort un lambeau volumineux d'un muscle qui doit être la partie supérieure du moyen adducteur.

Pansement simple, recouvert d'une compresse seulement ; recommandation de surveiller la plaie et d'appeler l'interne de garde si l'hémorrhagie reparaît. — Potion cordiale.

Presque immédiatement après ce premier pansement, retour de l'hémorrhagie. — Incision du lambeau de peau qui sépare les deux plaies : on se trouve alors en face d'une cavité profonde, anfractueuse, limitée en haut par l'arcade fémorale, en arrière par les muscles mâchés et déchirés de la région interne de la cuisse. Le sang s'écoule d'une façon continue, et en grande quantité, il est noirâtre : il s'agit d'une hémorrhagie veineuse, et très-probablement une grosse veine est blessée.

Dans l'angle externe de la plaie, se découvre un point saignant : on en fait la ligature sur le ténaculum : l'hémorrhagie s'arrête tout-à-fait. Pas d'autre point saignant appréciable. — Pansement simple.

Le blessé est très-affaibli par cette nouvelle perte de sang. Refroidissement des extrémités, absence du pouls dans les artères poplitée et tibiale postérieure du côté droit, tandis que les pulsations sont encore appréciables du côté gauche. Pas d'œdème du membre inférieur droit. — Quatre heures après la ligature faite dans la plaie, l'enfant mourait d'épuisement.

Autopsie. — *Dissection des vaisseaux fémoraux.* La veine fémorale est complétement sectionnée au-dessous de l'arcade ; les deux bouts rétractés ne sont plus réunis que par un mince lambeau des tuniques veineuses. Le bout supérieur se termine en pointe, comme tordu autour de l'axe vertical : décollement de la tunique interne dans une étendue de cinq à six millimètres : injection et infiltration grisâtre des autres tuniques. Le bout inférieur porte la ligature, précisément au point où la saphène interne s'abouche dans la fémorale. C'est par cette section récente de la veine que s'échappe le sang.

Artère fémorale. Elle est blessée à peu près au niveau de l'arcade, à trois centimètres au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Intégrité complète de la tunique externe. La tunique interne et la tunique moyenne sont déchirées, coupées, comme après la ligature, à peu près complètement ; une très-petite languette de tissu élastique réunit le bout supérieur au bout inférieur. Les tuniques divisées sont rebroussées sur l'axe du vaisseau. Immédiatement au-dessus de cette lésion, le sang s'est insinué dans les parois artérielles, a décollé la tunique externe dans une étendue de trois centimètres au moins, jusqu'à l'origine de la fémorale profonde ; puis, il s'est coagulé, formant ainsi un caillot intra-pariétal, cylindrique, épais de 5 millimètres au moins, et dont la pression concentrique contribue beaucoup à l'oblitération du bout inférieur. Ainsi s'explique l'absence de pouls à la poplitée. Il n'y a pas de caillot dans le bout supérieur ; ce fait est dû très-probablement à la présence, immédiatement au-dessus de la lésion, d'une collatérale volumineuse et perméable, la circonflexe iliaque.

14. Fracture extra-capsulaire du col du fémur; par M. GALLIARD, externe des hôpitaux.

Madame X..., 78 ans, a fait une chute sur la hanche gauche. Elle est apportée, trois semaines après cet accident, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. PÉAN), avec les symptômes les plus manifestes d'une fracture du col fémoral gauche. Elle meurt au bout d'une semaine, le 15 juin.

AUTOPSIE. Infiltration sanguine du foyer de la fracture, où l'on cherche en vain les traces d'un travail de consolidation, malgré l'ancienneté de l'accident (quatre semaines). L'articulation coxo-fémorale est saine. On reconnaît immédiatement que la fracture est extra-capsulaire.

Il existe deux grands fragments : l'un interne, *cervical*, est constitué par le col tout entier, détaché de la diaphyse à sa base, suivant un plan oblique en dedans et en bas, extérieur à l'insertion de la capsule articulaire. L'autre, externe ou *diaphysaire*, est formé par le corps du fémur et la portion antéro-externe du grand trochanter. Il présente un plan oblique, qui s'écarte, en arrière, de celui de la base du col.

De cette façon, les deux fragments, contigus en avant, forment un angle ouvert en arrière, et c'est dans cet angle que sont reçus deux fragments intermédiaires, superposés. L'un, supérieur ou *trochantérien*, oblong, formé par le bord postérieur et une partie du bord supérieur du grand trochanter; l'autre, inférieur ou *trochitérien*, triangle à base supérieure, au centre duquel s'élève le petit trochanter.

Tels sont les quatre fragments principaux : on en remarque encore deux accessoires, qui sont des débris du bord supérieur du grand trochanter.

La présence de ces deux fragments intermédiaires, fournis l'un par le bord postérieur de cette tubérosité, l'autre, par le petit trochanter, prouve que c'est la résistance des parties situées en arrière du grand axe du col fémoral qui a été vaincue la première : nouvel argument en faveur de la théorie de Malgaigne.

M. ZIEMBICKI Il y avait, dans ce cas, un raccourcissement considérable du membre, et une tuméfaction très-notable au niveau du triangle de Scarpa. L'existence de ces deux signes avait permis de préciser le genre de la lésion.

15. Fracture double du bassin ; par M. H. DEJERINE, interne des hôpitaux.

La nommée Charles Pauline âgée de quarante ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 55 (service de M. CRUVEILHIER), le 1er *juin* 1875.

Cette femme, de constitution robuste, a été renversée par une voiture pesamment chargée ; la voiture allait au pas, la malade fut renversée et tomba sous les roues. Néanmoins, la voiture ne passa pas sur elle, mais fut arrêtée au moment où l'une des roues appuyait sur le tronc de la malade, qui était tombée sur le côté droit. Relevée par des passants, car elle ne pouvait se tenir, elle fut transportée à l'hôpital, où l'on constate l'état suivant :

La malade est dans le décubitus dorsal, elle a du météorisme et de la sensibilité à la pression, à la partie inférieure de l'abdomen. Rétention d'urine ; vomissements. Les membres inférieurs présentent une attitude un peu différente : le membre droit est dans l'extension, et la malade peut lui imprimer de très-légers mouvements ; du côté gauche, au contraire, la jambe est un peu fléchie sur la cuisse, et le membre est dans la rotation en dehors, il paraît plus court que le droit, ce qui tient à une ascension du bassin du côté gauche. Aucun mouvement ne peut être accompli de ce côté. En prenant les deux épines iliaques antérieures, et en cherchant à les rapprocher obliquement l'une de l'autre, on a réussi, dans un cas, à percevoir de la crépitation, mais cette manœuvre étant très-douloureuse, on ne la répète pas. Il existe aussi une douleur très-vive à la pression au niveau de la fosse ovalaire du côté gauche. Fièvre assez vive, pas d'appétit.

Les *jours suivants*, on ne note rien de nouveau : la température se maintient entre 37°,5 le matin, et 38°,5 à 38°,9 le soir. La rétention d'urine a disparu dès le second jour. Il existe toujours des vomissements que l'on calme avec de la glace, ainsi que du météorisme et de la sensibilité du ventre.

A partir du 9 *juin*, la peau prend une teinte légèrement subictérique, mais l'examen des urines ne révèle point l'existence de matière colorante biliaire.

11 *juin*, la malade présente du subdelirium, et meurt le 12, à une heure du matin.

AUTOPSIE, 48 heures après la mort. En ouvrant l'abdomen, on constate la présence de *pus* siégeant entre le fascia transversalis et les muscles; cette nappe purulente passe sous l'arcade de Fallope, et forme un vaste phlegmon sous-aponévrotique, qui s'étend jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. Une des fractures du pubis, celle du côté gauche, est baignée dans le pus. Intégrité des organes génitaux. La *vessie* présente les lésions de la cystite, mais il n'y a pas trace de perforation.

Sur le *bassin*, on constate en avant une double fracture siégeant de chaque côté de la symphyse du pubis; le trait de fracture: d'un côté, est assez exactement semblable a celui du côté opposé; il se dirige en bas et un peu en dehors, et coupe les branches horizontale du pubis et ascendante de l'ischion, traversant, par conséquent, la fosse ovalaire.

En arrière, du côté gauche, il y a une désarticulation complète du sacrum avec l'ilium ; à droite, l'articulation sacro-iliaque est ouverte en avant seulement, où les ligaments ont cédé. Le col fémoral et la cavité cotyloïde, des deux côtés, sont absolument intacts.

M. HOUEL. Le toucher vaginal avait-il été pratiqué? C'est un très-bon procédé pour reconnaître les fractures du bassin. Dans un cas, j'ai pu constater de la crépitation et une mobilité anormale.

M. ZIEMBICKI. J'eus l'occasion d'examiner cette malade au moment de son entrée, et je pratiquai le toucher vaginal. Je trouvai dans un point limité de l'enceinte osseuse une douleur localisée qui me fit admettre une fracture, bien qu'il n'y eût pas de déplacement. La malade eut pendant 15 heures une rétention d'urine qui fit craindre une rupture de la vessie ; il n'en était rien.

16. Syphilis du foie chez un enfant de 2 mois; par M. ORY et M. DÉJERINE, internes des hôpitaux.

Un enfant de 2 mois fut reçu le 9 *juin*, salle Saint-Jean n° 13 (service de M. HARDY). Il était alors malade depuis 5 semaines, et sa mère, effrayée de la rapidité de son amaigrissement, avait été consulter divers médecins. Les lésions cutanées avaient été précédées d'un léger coryza ; puis, on avait constaté de la rougeur des pieds et des mains, suivie bientôt après d'une desquamation persistante. Actuellement, on constate des ulcérations multiples et très-superficielles sur les fesses et à la partie interne des cuisses. Ces ulcérations ont une forme arrondie, elles se sont montrées vers la 3e semaine après la naissance. La cachexie est profonde, l'enfant pousse quelques légers cris, il paraît très-faible. Les antécédents sont absolument nuls : la mère, âgée de 22 ans, affirme n'avoir jamais présenté d'accident cutané ; on ne peut avoir aucun renseignement sur le père de l'enfant.

Dès le lendemain de l'admission, le 10 *juin*, on est frappé par le développement exagéré et la dureté du ventre de l'enfant ; il refuse le sein, pousse des cris; de plus, les veines superficielles de la région abdominale sont distendues et se dessinent par transparence. La percussion fait reconnaître le volume exagéré du foie et de la rate. On soupçonne une oblitération partielle de la veine-porte. M. Hardy prescrit des frictions mercurielles, mais déclare porter un pronostic grave. En effet, l'enfant meurt dans le marasme le lundi 14 *juin*.

A L'AUTOPSIE, les poumons, le thymus, les reins paraissent sains, mais la cavité abdominale est examinée avec soin. On y constate une ascite médiocre, et une périsplénite manifeste, puis surtout une augmentation très-notable du volume de la *rate* ; celle-ci a presque les dimensions de la rate d'un enfant de 10 ans; sa consistance est exagérée ; et à la coupe on remarque l'aspect brillant de la surface de section. Le *foie*, lui aussi, est volumineux : sa surface est lisse, mais à la coupe, on note une augmentation remarquable de consistance ; le foie est dur comme du lard, sa coloration est plutôt jaunâtre cireux, mais sur le fond rouge jaune se montrent de larges pla-

ques à contours peu nets, ayant une coloration jaune plus intense, avec un aspect brillant. Sur ce fond apparaissent également de nombreux petits points blancs, comparables à des grains de semoule et par la couleur et par les dimensions. Cet aspect est celui décrit chez les syphilitiques, la lésion se trouve bien en rapport avec les symptômes cliniques décrits plus haut.

Le *fémur* droit peut seul être examiné : après avoir raclé le périoste, on constate, de l'avis de M. Parrot lui-même, l'altération des couches superficielles de l'os que cet auteur a décrite chez les jeunes syphilitiques.

Mon ami et collègue Dejerine a bien voulu examiner le foie : voici le résultat de l'examen histologique fait au laboratoire de M. Vulpian.

A l'*état frais*, sur des coupes, on constate autour des vaisseaux et dans le parenchyme hépatique, une grande abondance de noyaux. Après un séjour de 48 heures dans l'alcool, des coupes minces sont colorées par le carmin et montées dans la glycérine acidifiée. Ce qui frappe au premier abord, c'est l'innombrable quantité de noyaux que l'on trouve autour et dans l'intérieur des lobules. Ces noyaux, fortement colorés par le carmin, se trouvent en très-grand nombre entre les cellules hépatiques; sur certains points, le tissu du foie est complétement remplacé par ce tissu embryonnaire. Autour des vaisseaux dont les parois sont notablement épaissies, la même lésion s'observe, elle y est même plus avancée; les veines centrales des îlots sont entourées d'un véritable manchon de tissu embryonnaire. La capsule du foie est très-épaissie. Le tissu hépatique proprement dit est très-altéré : la plupart des cellules sont diminuées de volume, ratatinées, en voie de dégénérescence graisseuse; sur certains points elles font complétement défaut.

Les points blancs que l'on voit à l'œil nu sur une surface de coupe, et qui ressemblent à des grains de semoule, sont formés de la façon suivante : on peut à un faible grossissement y constater deux zones : l'une périphérique, formée de noyaux qui se colorent par le carmin, l'autre centrale formée par les mêmes éléments en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

Ces lésions sont celles de l'hépatite interstitielle diffuse, avec des nodules de nature gommeuse, très-nombreux dans le parenchyme hépatique. Elles expliquent les troubles de la circulation veineuse constatés durant la vie, et confirment le pronostic grave que l'on devait en déduire.

17. Ictère grave chez une jeune fille syphilitique; par M. E. Ory et M. Dejerine, internes des hôpitaux.

La nommée Daniel Marie, âgée de 18 ans, blanchisseuse, entra le 21 mai 1875, à la salle Saint Jean (service de M. Hardy), pour s'y faire traiter d'accidents multiples de la syphilis (période secondaire). Ces accidents consistaient alors en plaques muqueuses opalines de la gorge; plaques muqueuses végétantes de la vulve très-développées, puis roséole syphilitique en plaques disséminées sur tout le corps, disparaissant à la pression du doigt. Son tempérament se rapprochait surtout du tempérament lymphatique; on prescrivit l'usage journalier de 2 pilules de Sédillot, et un régime tonique avec du vin de quinquina.

Le 10e jour qui suivit l'admission, la jeune malade se plaignit à moi d'un peu de malaise, d'inappétence, de courbature générale dans les membres; je vis même une coloration jaunâtre très-légère des conjonctives; un léger purgatif fut prescrit. Deux jours après, on constatait la coloration manifeste d'un ictère généralisé, la roséole était dès lors difficilement reconnaissable. Pas de coliques hépatiques, pas de douleur au foie. Aucune cause occasionnelle pour expliquer le développement de cet ictère, si ce n'est peut-être le désagrément d'avoir été obligée d'entrer à l'hôpital pour une syphilis. — Traitement par l'usage du bicarbonate de soude.

Peu de jours après, la coloration jaune a augmenté d'intensité. On constate une hypertrophie notable du foie avec douleur dans la région hépatique, l'état général est devenu grave. A la nonchalance du début a succédé un état véritablement comateux; la jeune fille ne peut quitter son lit, elle a de la fièvre: T. 38°,5. Le pouls d'abord lent, a repris de la vitesse et dépasse 100 pulsations. Le 12 *juin*, M. Hardy prescrit un vésicatoire sur l'hypocondre droit, une potion à l'extrait de quinquina, du chiendent, du vin de Bagnols.

Malgré la bouffissure de la face, on ne constate pas d'albumine dans les urines. T. 38°,2. La malade meurt le 16 juin dans le coma.

Autopsie. Dégénérescence du muscle cardiaque : le cœur est flasque ; son tissu, d'une couleur feuille morte, se laisse facilement déchirer. — Les reins sont légèrement atteints de dégénérescence graisseuse. — La rate a son volume et son aspect normal.

Le *foie* est flasque et mou ; il se déforme lorsqu'on le pose sur la table, la capsule de Glisson se laisse plisser entre les doigts. Le volume est normal, ainsi que la coloration extérieure; mais si l'on fait des coupes, on constate des plaques nombreuses, des îlots de dégénérescence graisseuse, d'un jaune qui tranche sur la teinte rouge vif des parties environnantes. Le tissu du foie se laisse pénétrer par le doigt sans résistance. Cet aspect est celui du foie dans l'ictère grave, la dégénérescence jaune aiguë.

Les *poumons* sont très-congestionnés ; il y a des points où l'on rencontre de véritables noyaux d'apoplexie. Il y a aussi de nombreuses adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, surtout à gauche, mais les fausses membranes sont certainement anciennes.

L'*examen histologique* a été pratiqué au laboratoire de M. Vulpian, par M. Déjerine.

A l'*état frais* et sur les préparations obtenues par le raclage, on constate les particularités suivantes :

La préparation en entier est remplie de granulations graisseuses, il n'y a pas une seule cellule hépatique normale, celles que l'on rencontre sont extrêmement déformées, en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. La forme et le volume de ces éléments sont extrêmement modifiés et l'on trouve tous les états intermédiaires, entre la cellule hépatique de volume normal, et la cellule complétement atrophiée, infiltrée de graisse et en voie de disparition. On constate aussi dans les préparations l'existence de petits cristaux prismatiques, d'une couleur rouge intense, constitués par de la bilirubine.

Après durcissement du foie dans l'alcool, on pratique des coupes que l'on colore au carmin, et qui sont ensuite examinées dans de la glycérine acidifiée.

Sur des coupes ainsi obtenues, on constate une modification profonde des lobules hépatiques. Chaque lobule apparait formé par une quantité considérable d'éléments arrondis, infiltrés de granulations graisseuses, et qui sont les vestiges des cellules hépatiques. Entre ces restes d'éléments, on trouve d'autres cellules hépatiques dans un état moins avancé de dégénérescence. La même altération s'observe dans tous les lobules à des degrés variables, mais constituée de la même façon. A la périphérie des lobules, entre les cellules hépatiques atrophiées, on trouve sur quelques points des noyaux embryonnaires, mais ils sont en petit nombre et dans quelques lobules seulement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 décembre. — Présidence de M. Le Fort.

M. Desprès a reçu de M. Poncet (de Lyon) une pièce anatomique rare, montrant une lésion cachée de l'articulation du genou, survenue chez un homme tombé du troisième étage. — M. Le Dentu présente, au nom de M. Fochier, de Lyon, une observation de ligature de l'iliaque externe, dans un cas d'anévrisme de la fémorale. — Des rapports seront faits sur ces communications. — L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport de M. Marjolin.

M. Marc Sée trouve inacceptable l'opinion de M. Desprès, disant que, jusqu'à l'âge de 3 ans, les enfants ne sauraient être soignés que par leur mère ; souvent, au contraire, l'ignorance, la misère ou la charge d'une nombreuse famille empêchent les mères de donner des soins à leurs enfants. Quant à astreindre ces mères à venir tous les jours à la consultation pour faire panser leurs enfants, ce n'est guère plus admissible; il faut songer, en effet, que ces femmes seraient obligées

de faire de longues courses pour se rendre à l'hôpital, éloigné de chez elles, et, par conséquent, perdre la demi-jouruée de travail, souvent la journée entière. A propos des *chroniques,* l'orateur dit que, sans doute, il en est qui peuvent être soignés à la consultation, mais, très-souvent, ils seraient mieux soignés à l'hôpital, et il en cite plusieurs exemples. Les secours en argeut, que M. Després veut fournir aux familles pour soigner leurs enfants chez elles, seront-ils bieu affectés aux soins des petits malades ? Il serait plus que téméraire de l'affirmer. — Il faut donc construire de nouveaux hôpitaux, nou pas de ces monuments qui pourraient ruiner l'Assistauce publique, comme dit M. Després, mais des édifices plus modestes, qui n'en seront pas moins utiles. M. Sée est aussi d'avis de supprimer le dépôt ; malheureusemeut, les moyens manquent.

M. Després répond que M. Sée crée des situations particulières qu'il ue saurait admettre comme des preuves contraires à ce qu'il a avancé.

M Trélat dit qu'on ne doit pas faire de l'hôpital un asile pour tous les gens sans ressources, mais un lieu où sont réunis tous les moyens possibles de guérison que les personnes, même les plus riches, ne pourraient se procurer chez elles. Si l'on se fait de l'hôpital une idée telle, la discussion sera bientôt close ; il faut envoyer pour être soignés à l'hôpital tous les enfauts qui ne sauraient l'être convenablement chez eux.

M. Marjolin répond aux objectious de MM. Després et de St-Germain. Il n'accepte pas l'admission des mères dans les hôpitaux pour y soigner leur enfant malade ; ce serait un malheur pour les ménages d'être, pendant ce temps, privés de la personne la plus nécessaire, la mère de famille. Et ces ménages comment pourraient-ils, pauvres comme ils le sont, entretenir dans un état de propreté suffisant, les enfauts malades ? Se fait-on uue idée de la quantité énorme de linge qu'un enfant salit par jour ? C'est seulement à l'hôpital que le petit malade pourra être changé aussi souvent que cela est nécessaire. Que M. Després ne mette pas en doute l'empressement et le dévouemeut des infirmières et des religieuses ; beaucoup ont fait leurs preuves et ont même été victimes de l'ophthalmie purulente ou de la diphthérie. Quant à la répulsion qu'ont les parents à mettre leurs enfants à l'hôpital, les chiffres des demandes d'admission sont coutre eette affirmation.

M. Marjolin combat ainsi un à un les arguments de ses adversaires, et maintieut les conclusions du rapport qu'il a lu à ce sujet. I. B.

REVUE MÉDICALE

Influence des causes locales sur le développement du cancer.

La part d'influence qu'il couvieut d'attribuer aux traumatismes et aux irritations locales répétées dans l'étiologie du cancer est très-diversement appréciée par les pathologistes et les dissidences à ce sujet sont beaucoup plus profondes encore en Angleterre et en Allemagne qu'en France. L'importance prédominante de la diathèse est presque universellement reconnue par les cliniciens français ; sir James Paget eu Angleterre, Billroth en Allemagne sont les défenseurs de cette théorie. Au contraire des anatomo-pathologistes célèbres, Virchow, Rindfleisch et des chirurgiens comme Thiersch, font jouer le rôle principal aux causes locales, c'est l'opinion qu'a soutenue Campbell de Morgan dans son livre sur l'origine du cancer, en 1872, et à la Société pathologique de Londres (*Med. Times and Gazette*, 187).]

A. Fredun (de Breslau) vient de publier dans les *Archives de Virchow* LXIV, p. 1.) un mémoire sur le point de départ et le mode d'extension du carcinôme pelvien chez la femme ; il s'y montre partisan de la théorie des causes locales. Il rapporte plusieurs faits de carcinôme pelvien développé chez des filles vierges ou chez des femmes présentant une atrésie vaginale ; dans ces circonstances le col utériu, siége de prédilection du cancer primitif de l'utérus, est respecté ou n'est envahi que secoudairement, les causes d'irritations habituelles ayant fait défaut. C'est autour du rectum ou de la vessie, dans le tissu conjonctif du petit bassin que débute alors le néoplasme. Les observations sont peu nombreuses et l'auteur lui-même déclare que la question réclame, pour être jugée, de nouveaux éléments ; on conçoit mal d'ailleurs quelles iufluences ont pu rendre compte de l'apparition du caucer dans les faits cités par Freund. Le cancer est étudié au même point de vue mais d'une manière tout à fait générale, par Beueke dans le *Deutsches Archiv. f. Klin. Med.* T. XV., p. 538.

Abaissement de la température chez les alcooliques.

Reincke, de Hambourg, vient de publier une série d'observations qui démontrent l'abaissement parfois extrême que peut subir la température centrale chez des sujets exposés à des causes de refroidissement en état d'ivresse. Il est fréquent, dans ces circonstances, de voir la température rectale tomber à 34° ou 35° ; elle peut même descendre à 28° et même 24°. Le sujet chez qui fut constaté cet abaissement extrême survécut cependant ; il était resté pendant quelques heures étendu à terre par un froid de 1° ; au bout de 23 heures, la chaleur du corps était redevenue normale. C'était aussi chez une femme ivre qui survécut que M. Magnan avait constaté une température de 26° et ce chiffre était regardé jusqu'ici comme le minimum compatible avec le retour à la vie (1).

Il semble donc que l'alcool favorise les déperditions de calorique et cela ne serait pas sans importance au point de vue de l'association fréquente dans la médication antipyretique des bains froids et de l'alcool. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1875. LX, p. 12).

Application de la flamme manométrique au diagnostic, par C. Gerhard. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1875. LX., p. 1).

Si l'on fait communiquer avec le tuyau d'une lampe à gaz le tambour d'uu iustrument enregistreur, la flamme traduit par ses oscillations les changements de pression qui se produisent dans le récepteur. A. Kœnig a le premier employé cette méthode de la flamme sensible dans des recherches d'acoustique ; Marey en a indiqué les applications possibles à l'analyse biologique. Gerhardt, dès 1871, s'était servi de ce moyeu, pour l'étude et la démonstration de certains phéuomènes qui peuvent servir au diagnostic.

Il avait montré que le son tympanique du poumon donne lieu à la production d'oscillations régulières de la flamme (qu'on observe sur un miroir tournant), tandis qu'un son non tympanique donne une ligne très-irrégulière d'asceusions et de desceutes.

Il a pu ainsi traduire d'une façon sensible le frémissement vocal des parois thoraciques et du larynx, en démontrer les différences, d'un côté à l'autre dans les cas d'épanchement pleural ou d'hépatisation, et dans les cas de destructions ou de paralysie d'une corde vocale. Enfin, les mouvements du cœur se manifestent ainsi d'une façon aussi exacte qu'avec le cardiographe.

Traitement du diabète par l'acide phénique.

Aux nombreuses médications qui ont été tour à tour proposées contre le diabète sucré, Ebstein, puis Müller (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1873 et 1875) ont ajouté l'emploi de l'acide phénique pris en solution (1 gr. dans 300 gr. d'eau, pour trois jours). Bœse publie à ce sujet une observation importante dans laquelle l'examen quotidien des urines démontre l'influence incontestable quoique restreinte de ce moyen de traitement ; la quautité d'urine excrétée restaut la même, la proportion de sucre diminua notablement pendaut tout le temps que le malade fut soumis au traitement. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, XVI, p. 96).

Injections interstitielles dans les tumeurs de la rate.

Le professeur Mosler, frappé des dangers qui empêchent de recourir à l'extirpation de la rate dans les cas de tumeurs de cet organe, propose d'employer les injections interstitielles qui sont pratiquées avec succès dans les hypertrophies ganglionnaires. Il a fait 2 injections chez la même malade, à un mois d'intervalle ; la première fois avec 20 gouttes d'une solution d'acide phénique à deux pour cent, la seconde fois avec une

même quantité de liqueur de Fowler délayée dans dix parties d'eau. Une vessie de glace fut, par précaution, maintenue sur la région splénique plusieurs heures avant et après l'opération ; la première injection seule provoqua une douleur un peu persistante, mais il n'y eut aucun phénomène réactionnel. Le retrait de la rate fut notable (l'hypertrophie avait succédé à des fièvres intermittentes et à la fièvre typhoïde). *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1875, XV, p. 117.)

Tumeurs du larynx. Operation par la voie endolaryngee.

Le travail publié sous ce titre par Oertel comprend l'analyse de 59 cas observés depuis 1862 et traités avec succès. Oertel se sert comme moyen d'éclairage d'une forte lampe à pétrole munie d'un réflecteur ; les rayons lumineux sont concentrés au moyen d'une sphère de verre de 24 centimètres de diamètre; on obtient ainsi un cône lumineux très-puissant et la lampe peut être tenue à une assez grande distance pour laisser toute liberté de mouvement à l'opérateur. Les instruments dont l'auteur se sert le plus souvent sont le *couteau à excision*, sorte de couteau à cataracte à double tranchant ; l'anse coupante ou guillotine, le fil constricteur, le galvano-cautère.

Les observations d'Oertel se répartissent de la manière suivante : 39 fibrômes (34 opérations), 24 papillômes (20 opérations), 3 cancers épithéliaux, 1 tumeur kystique, 1 adhérence membraneuse des cordes vocales.

Passant en revue chacune de ces affections, l'auteur décrit avec soin les caractères anatomiques qui les distinguent et les troubles fonctionnels dont elles s'accompagnent.

Le procédé qu'il recommande pour l'ablation des fibrômes est l'excision ; la base de la tumeur est traversée avec le couteau à double tranchant, et lorsqu'elle ne tient plus que par un pédicule elle est arrachée avec la pince, ou bien elle est expulsée par un effort de toux.

Les papillômes se présentent sous trois formes distinctes ; les uns constituent des tumeurs rouges, inégales, présentant des élevures peu saillantes; ils ressemblent beaucoup aux fibrômes ; les seconds ont une coloration grisâtre, une apparence verruqueuse ; les troisièmes, d'aspect mûriforme, sont surtout remarquables par leur tendance à envahir tout l'espace glottique et à se reproduire après une première extirpation. Les procédés de traitement varient avec chacune de ces formes, l'excision est le meilleur mode d'ablation pour les papillômes de premier genre ; elle ne peut être employée pour les autres qu'après une opération préliminaire (extirpation partielle avec les pinces, l'anse coupante) destinée à donner du jour en quelque sorte, et elle doit être souvent suivie de cautérisations de la surface d'implantation.

Mode de formation des tumeurs intrapéritonéales du petit bassin.

Le docteur Eidam, un élève du professeur Schrœder, s'est proposé dans ce travail d'étudier la disposition qu'affectent les organes pelviens lorsqu'existe un épanchement dans la cavité du petit bassin. Voici les propositions qui résument ce mémoire :

1° Un exsudat ou du sang fluide libre dans la péritoine ne forment pas une tumeur palpable ; celle-ci se produit quand le liquide épanché est devenu solide ou s'est enkysté. Si l'enkystement se fait au niveau du fond de l'utérus, une tumeur se forme autour des organes du petit bassin ; l'exsudat ou le sang s'accumule dans la cavité de Douglas, l'utérus en masse est refoulé en avant derrière la symphyse, le rectum est comprimé et le cul de sac vaginal postérieur est fortement déprimé en bas.

2° Lorsque l'enkystement se fait plus haut ou quand la partie inférieure de la cavité de Douglas est oblitérée, le cul de sac vaginal postérieur ne se déprime pas, mais l'utérus est dévié en antéversion ou mieux en antéflexion en raison de la fixation du col ; l'exsudat ou le sang est au-dessus de l'utérus qu'il refoule tout entier dans le bassin.

3° L'oblitération de l'espace de Douglas peut remonter plus haut que le niveau de l'orifice interne du col ; l'utérus demeure alors dans la rectitude au milieu du bassin ; la profondeur de la cavité péritonéale rétro et pré-utérine étant la même l'épanchement se collecte également en avant et en arrière de manière à simuler une tumeur de l'utérus même.

4° Enfin lorsque la cavité de Douglas est oblitérée complétement ou lorsqu'elle est fort diminuée par des adhérences totales de l'utérus en arrière, l'épanchement ou la tumeur sanguine se fait en avant de l'utérus. La tumeur enkystée déprime et fait saillir la cavité péritonéale antérieure et proémine fortement dans le cul de sac vaginal antérieur; l'utérus et la vessie sont plus ou moins écartés l'un de l'autre. (*Deutsch Arch. f. Klin. Med.* 1875, t. XV, p. 408.) G. HOMOLLE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des Injections sous-cutanées à effet local. Méthode de traitement applicable aux névralgies, aux points douloureux, au goître, aux tumeurs, etc., par le docteur A. LUTON, professeur à l'école de Reims. — Un volume de 370 pages. — Chez J.-B. Baillière.

Un mode de traitement qui consiste à porter directement, dans l'intimité des tissus où ils doivent épuiser leur action, des liquides plus ou moins irritants et même caustiques : telle est la définition du sujet traité par M. Luton. Il est, ainsi qu'on le voit, une branche issue de la méthode hypodermique, mais à l'exception du procédé opératoire qui est commun aux deux méthodes, tout les sépare : et le but qu'on se propose et les substances qu'on met en usage.

En effet, dans la méthode hypodermique ordinaire, l'injection est simplement destinée à introduire un médicament dans l'économie par une voie nouvelle: dans l'autre méthode, au contraire, ce que l'on cherche à produire, c'est une irritation locale ; aussi, tandis que dans la première, le lieu à choisir pour l'injection n'a pas besoin d'offrir de rapport exact avec le mal que l'on combat, dans la seconde, au contraire, on doit s'attaquer au mal lui-même, et la médication doit, pour ainsi dire, lui être superposée. L'une des médications n'emploie que des substances sans effet chimique sur les tissus, facilement absorbables et diffusibles ; pour l'autre, ce sont des substances irritantes et même caustiques que l'on fait pénétrer dans les tissus, et elles doivent être susceptibles d'y produire, suivant le cas, des effets qui varieront depuis le plus faible degré de l'excitation physiologique jusqu'à la destruction la plus radicale.

M. Luton revendique avec ardeur la paternité de la nouvelle méthode ; avant lui, quelques tentatives avaient bien été faites dans cette voie, mais leurs auteurs avaient été loin d'entrevoir tout le parti que l'on pourrait en tirer; aussi, nous paraît-il juste d'attribuer au professeur de l'Ecole de Reims le mérite d'avoir constitué une méthode qui, quoique encore à ses débuts, a cependant déjà donné quelques résultats heureux.

Le procédé opératoire pour les injections hypodermiques irritantes ne diffère pas de celui qu'on emploie pour les injections absorbables. Seulement, il peut se faire qu'on ait besoin d'une seringue plus grande que la petite seringue de Pravaz. Il faut aussi que les montures métalliques soient dorées, pour éviter qu'elles ne soient attaquées par certains liquides corrosifs.

Entrant dans l'examen des faits cliniques, M. Luton divise ses observations en trois catégories: la première comprend les points douloureux ; la seconde, les tumeurs et les lésions des tissus; la troisième, quelques affections générales.

Dans la *première catégorie*, nous trouvons les points névralgiques, les points rhumatismaux, les points symptomatiques. Dans ces cas, la nouvelle méthode réussit généralement à merveille, ce qui d'ailleurs s'explique assez bien, car, au fond, elle n'est qu'un mode de révulsion qui ne le cède en rien aux excitants les plus énergiques, tels que le cautère, le séton, le moxa. L'auteur relate bon nombre de succès ; pour la sciatique, nous trouvons 48 succès sur 54 cas ; la proportion est à peu près la même pour les autres affections à points douloureux. Le traitement consiste toujours dans une injection topique d'une substance irritante: eau salée, nitrate d'argent, teinture d'iode, etc.; mais l'injection au nitrate d'argent domine beaucoup ; c'est peut-être la plus efficace, mais elle est

quelquefois excessivement douloureuse. Deux fois, nous nous sommes servi d'injections au nitrate d'argent au cinquième dans des cas de névralgie sciatique et de névralgie faciale très-rebelles; les deux fois, nous obtînmes un succès manifeste, mais au prix de douleurs violentes pour les malades.

Dans la *deuxième catégorie*, l'auteur range les tumeurs inflammatoires, les adénopathies, le goître, les tumeurs néoplastiques; là, les résultats ont été moins satisfaisants; le goître, cependant, a donné bon nombre de succès; sur 69 cas, nous trouvons 40 cas de guérison. Après le goître, les ganglions lymphatiques malades ont offert le terrain le plus favorable aux injections parenchymateuses. Tantôt, on a cherché la résolution simple des engorgements ganglionnaires, tantôt on a voulu provoquer la suppuration des ganglions dégénérés. Le liquide injecté a nécessairement varié suivant le but qu'on poursuivait; les injections iodées, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, ont été mis en usage. — Dans les tumeurs blanches, nous trouvons quelques cas de guérison et souvent une amélioration notable; ces faits ne concordent pas avec ceux que nous avons observés à l'hôpital Saint-Antoine, en 1869, dans le service de M. Tillaux, dont nous étions alors l'interne. Nous fîmes, dans bon nombre de cas, des injections répétées de teinture d'iode; nous ne remarquâmes aucune amélioration; il est vrai que nous n'eûmes jamais recours aux injections argentiques qu'emploie souvent M. Luton. Nous en dirons autant des injections à l'acide acétique dans les cas de cancer; elles ne nous donnèrent aucun résultat satisfaisant. M. Luton a été plus heureux; il cite un certain nombre de succès; il est vrai qu'ils ont été observés alors surtout que la tumeur cancéreuse était peu volumineuse, qu'elle était bien circonscrite; qu'elle ne présentait aucune adénopathie voisine; ce sont là sans doute des circonstances heureuses, mais que l'on rencontre encore assez souvent, lorsque l'on voit les malades d'assez bonne heure.

Dans la *troisième catégorie*, nous trouvons l'énumération des différents cas se rapportant principalement aux pseudarthroses, aux grossesses extra-utérines, aux kystes hydatiques, etc. Là, les résultats obtenus paraissent peu plaider en faveur de la méthode; cependant, on ne peut qu'encourager les recherches entreprises dans ce sens.

Tel est le sujet traité par M. Luton, avec un grand luxe de faits et de détails; il y a là une voie à parcourir et qui pourra donner plus tard des succès nombreux, car ce genre de traitement est rationnel, et rien ne dit qu'il ne deviendra pas souvent efficace. Et puisque M. Luton paraît le désirer, répétons encore en terminant que la nouvelle méthode nous paraît devoir lui être attribuée et que, par conséquent, il s'agit là d'une méthode toute française et qui, peut-être, comme il le désire, sera admise dans la pratique courante des médecins de notre pays.

G. PELTIER.

VARIA

Administration générale de l'Assistance publique. — Concours de l'internat et de l'externat. — Mutations dans les hôpitaux.

Voici la liste des dernières questions données à l'internat :

14 décembre. *Muscles du pharynx; signes et diagnostic de l'angine couenneuse*; — 15. *Cœcum; colique de plomb*; — 16. *Glande mammaire; des abcès du sein*; — *Portion sous-ombilicale du péritoine; symptômes, diagnostic et pronostic de la péritonite tuberculeuse*; — 18. *Nerf moteur oculaire commun: des conjonctivites*; — 19. *Articulation radio-carpienne; fracture de l'extrémité inférieure du radius*; — 21. *Portion extra-crânienne du nerf facial: érysipèle de la face.*

Externat : Séton; ses indications thérapeutiques; — Appareils inamovibles; — Des ulcères de la jambe et de leur traitement.

— Distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris; et proclamation des élèves nommés internes et externes par suite des concours ouverts en 1875, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1876. La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1875, a eu lieu le vendredi 24 décembre 1875, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance a eu lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1875.

INTERNES TITULAIRES. — 1. Barth, Poisson, Robin, Bide, Brisseud, Benoît, Nélaton, Piéchaud, Lebec, Gœtz.

11. Ramonède, Bellouard, Weiss, Jalaguier, Faucher, Monod, (Eugène), Quenu, Nitot, Duvernoy, Chuquet.

21 Saint Ange, Langlebert, Cruet, Latarste, Levrat-Beringier, Chambard, Sabourin, Chevallereau, Mahot.

31. Vermeil, Segond, Mayord, Castex, Cottiu, Bazy, Reiguier (Paul), Trembley, Boussi, Deschamps.

41. Artus, Gauché, Ballet, Maygrier, Herpin, Leroux, Paul Boncour.

Internes provisoires. 1. A. Robert, Lacoste, Brault, Merklen, Poulin, Brun, Lapierre, Beraud, Devillers, Pachot.

11. Doleris, Clément, Charreyrou, Darcy, Herbelin, Coingt, Rivet, Gallaud, Morisset, Vimont.

21. Boullet, Decaye, Mossé, Talamon, Routier, Boursier, Oudin, Havage, Barthélemy, Guillemet.

31. Arnoult, Meunier, Féré, Baraduc.

EXTERNAT. — 1. Labat, Gille, Poirier, Robert, Berlin, Walther, Sainton, Gueneau de Mussy, Cautelou, Pécaut, Canivet, Weiss, Delpeuch, Chauffard, Mathieu, Zacharian, Legendre (Xavier), Maygrier, Latour de Saint-Ygest. 20. Chatelin, Schlemmer, Ferraud, Beaurieux, Varict, Barthelemy, Sheahan, Mauvais, Cauby, Bierry. 30, Pasquet, Torrès, Henry de Launay, Nettter, Gascia Lavin, Magnin, Leroux, de Molènes (J.-J.), Perrin; De Villrrs, Martinet, Haussman, Jumont, Grizou, Courtois, Darcy, Artus, Ballet, Morisset.

50, Martinet, Duplaix, Reynier, Donon, Calmettes, Herbelin, Dericq, Ménard (Louis), Dubois, Coingt, Beclère, Luc, Harth, Gervais, Sabourin, Lesaire, Debelut, Boë, Doublet, Choquart, Leclère (René), 70, Gastaud, Carreau, Lacaze, Outin, Barette, Demmler, Leroy, Chambellan. Ramonet, Inard, Woimaut, Lelongt. Fieffé, Garcia, Derignac, Gihon, Hoel, Blin, Deterlen, Gouyon-Bonchamp. 90, Dupin, Jacquinot, Schmitt (Charles), Machado, Bouchard, de Molènes, (J.-Louis), Ludger, Cadeillau, Durand-Fardel, Raimbert.

100, Le Brie; Kaufmann, Tauflier, Cabarrou, Meunier, D'Hôtel, Verchère, Moutard Lespille, Leclerc (Paul), Hervé, Dellas, Arène, Delotte, Laussedat, Lartigaud, Pasteau, Redou, Binsenstein, Reignier, Dupont, 120, Bellangé, Cordier, Bruyère, Lavesdes, Baronnet, Auvard, Siredey, Prieur, Guiard, Huet 13 Pouget, Lemarignier, Ducluzeanu, Colin, Renault, Forey, Bozouet, Lemaigre, Rivet, Bouley. 140, Deseille Lerollend, Vacary, Olivier, Brevet Rivaud, Torthe, Berton, San-Martin, Le Vaillant.

150. Bloch, Boissard, Ducassé, Cutan Desploux, Malgouverné, Belin, Metzger, Baraduc, Havage 160, Mook Rousteau Galland, Chevaucé, Berne, Dufraisse, Latesque, Sarbled Sazie, Tiron. 170, Pierron Mieussens, Longbois, Berthaut, Cheurlin, Chabrun, Celles, Webet, Ancelin, Damalia. 180, Pédebidou, Brodeur, Limho, Martellière, Menage,, Schmitt (Marie François), Mancet Goubert, Bounot, Demersmann Yvon, Pauliu, Sabatié, Laurent, Fourrière, Balland Guyot, Lefranc, Satis, Germont.

200, Delage, Regnard L. P., Gihard, Dauve, Sapelier, Bolliet, Guilleux, de Genney, Rouveix, Godemel. 210. Capelle, Moussé, Rageot de la Tonche, Jourdain Bienvenot, Geffrier, De Crossas, De la Goaneme, Jouin, Vauthier 220, Maution, Lecompte, Soyez, Thiron, Faurot, Fouson, Ficatier, Thiellé Pacton, Marchand. 230, Amirault, Grégoire.

Avis essentiel — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1876.

En conséquence, MM les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées :

A MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le jeudi 23 décembre, à une heure précise, dans l amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, de 1re année et à MM. les internes provisoires, le 24 décembre à deux heures et demie.

A MM. les élèves externes de 2e et de 3e année, le lundi 27 décembre à une heure précise; de 1re année, le mardi 28 du même mois à onze heures précises, pour la première moitié de la liste, et à deux heures pour la seconde moitié, dans le même amphithéâtre.

— Par suite du décès de M. Lorain, médecin de la Pitié, les permutations suivantes ont eu lieu dans le corps des médecins des hôpitaux M. Dumontpallier, médecin de Saint-Antoine, passe à la Pitié; M. Lancereaux, médecin de Lourcine, passe à Saint-Antoine; M Cornil, médecin de Sainte-Perrine, passe à Lourcine; M. Descroisilles, médecin de Bicêtre, passe à Sainte-Perrine; M. Bouchard passe de la direction des nourrices à Bicêtre. M. Dujardin-Beaumetz, médecin du Bureau central, passe à la direction des nourrices.

ASSOCIATION CONFRATERNELLE DES INTERNES EN PHARMACIE DES HOPITAUX DE PARIS. — Le banquet annuel des internes en pharmacie a eu lieu, comme d'habitude, le mercredi 15 décembre 1875, chez Véfour. On peut souscrire chez MM. Mayet, trésorier, rue Saint-Marc, 9, et Mussat, secrétaire, boulevard Saint-Germain, 11. A cette occasion, le comité invite *de la manière la plus pressante*, les anciens internes à fournir des renseignements sur la date de leur promotion à l'internat et leur résidence actuelle, et de vouloir bien y joindre les indications de même nature qu'ils pourraient fournir sur leurs anciens collègues. Ces documents serviront à la publication d'un Annuaire de l'internat en pharmacie. (*Rép. de Pharmacie*).

— Enseignement supérieur libre. — « Tout élève d'un établissement d'enseignement supérieur public ou libre, qui veut passer d'une faculté dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a passés, doit présenter : 1° un certificat de scolarité délivré par le doyen de la faculté ou le directeur de l'école supérieure de pharmacie ou de l'école de médecine et de pharmacie d'où il sort, le dit certificat visé par le recteur ; 2° Son acte de naissance. En cas de refus du doyen ou du chef d'une école publique de délivrer le certificat de scolarité, l'élève a le droit de se pourvoir devant le conseil académique. A moins de motifs graves, dont le ministre sera seul juge, les étudiants en médecine sont tenus de subir devant la même faculté l'ensemble de leurs examens probatoires et d'y soutenir leurs thèses. » (Arrêté en date du 24 novembre 1875.)

72. Collyre (*Gosselin.*)

Eau distillée	30 grammes.
Sulfate de zinc....	10 centigrammes.
Laudanum de Sydenham.........	10 gouttes.

Instiller quelques gouttes dans l'œil dans les cas de conjonctivite.

73. Liniment calmant (*Gosselin.*)

Huile d'amandes douces.........	30 grammes.
Chloroforme......................	8 —
Laudanum de Sydenham.	4 —

Mortalité a Paris. — Population 1 852.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 17 décembre 1875, on a constaté 949 décès, savoir : Variole, 3; — rougeole 7; — scarlatine, 4; — fièvre typhoïde, 37 ; — érysipèle, 2 ; — bronchite aiguë, 39 ; — pneumonie, 94; — dyssenterie, » ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, » ; — choléra nostras, ; — angine couenneuse, 11 ; — croup, 22; — affections puerpérales, 3 , — autres affections aiguës, 266 ; — affections chroniques, 393 dont 175 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 41; — causes accidentelles, 24.

Londres. — Population 3.445.160 habitants. Décès du 5 au 11 décembre, 1.856, savoir : variole, » ; - rougeole, 69; — scarlatine, 103; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 16; — bronchite, 342; — pneumonie, 132 ; — dyssenterie, 1; — diarrhée, 17; — choléra nostras, »; — diphthérie, 13; — croup, 19 ; — coqueluche, 75.

Faculté de médecine de Paris. — Différents journaux ont annoncé que les assesseurs avaient été nommés. Cette nouvelle est inexacte : ce n'est que le 30 décembre que MM. les professeurs se réunissent pour procéder à la désignation des assesseurs.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Dubrueil est autorisé à se faire suppléer par M. Jaxraud, agrégé, jusqu'au 1er mars 1876. — M. Javarry, dit Charpenel, est nommé commis au secretariat.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le professeur Hirtz est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1875-1876, par M. Bernheim.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Sainte-Marie est nommé prosecteur.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Ollivier, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Audouard, démissionnaire.

Ecole supérieure d'Angers. — M. Lieutaud, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, est nommé, en outre, professeur de botanique à l'école préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de cette ville, en remplacement de M. Boreau, décédé.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Moquin-Tandon, dr ès-sciences, est chargé du cours de botanique et zoologie, en remplacement de M. Lemounier.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Lemonuier, dr ès-sciences, est chargé du cours de botanique et de zoologie (emploi nouveau).

Université catholique. — L'ouverture de la Faculté des sciences de l'Université catholique de Paris doit avoir lieu mercredi 29 décembre.

Médecins de la marine. — Par décret (13 déc. 1876) rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Rochart Jules-E., directeur du service de santé, a été élevé au grade d'inspecteur général du service de santé de la marine, en remplacement de M. Jules Roux, admis à la retraite.

—Par décret en date du 13 décembre 1875, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Banellier (Auguste-Marie), médecin en chef, a été promu au grade de directeur du service de santé de la marine.

Société des médecins des Bureaux de bienfaisance. Cette Société a composé de la façon suivante son bureau pour l'année 1876 : Président, M. Labarraque père; Vice-présidents, MM. Domerc et Baudouin; Secrétaire-général, M. Passant; Secrétaires, MM. Dupouy et Courtaux; Trésorier, M. Le Coin; Archiviste, M Machelard.

Membres du Conseil de famille : MM. Lanquetin, Bonvallet et Gobert. — Membres du Comité de publication : Pour la médecine : MM. E. R. Perrin et de Ranse. Pour la chirurgie : MM. Heusseris et H. Bergeron. Pour les accouchements : MM. Hamon et Verrier.

La Société a ensuite élu : Membre honoraire, M. Tissier. — Membres correspondants : MM. Couttin, à Rethel (Ardennes); Langlois, à Saint-Denis-d'Anjou (Mayenne); Varry, à Montereau Seine et-Marne). — Membres associés libres nationaux : MM. Amussat, comte de Beaufort; Berrut; Boinet; Cabrol; Hubert-Valleroux ; Parmentier, à Paris: Boulonnié, à Vittel; Hédouin, à Dieppe. — Membres associés libres étrangers : MM. Chil, à Palmas (îles Canaries); Cornaz, à Neuchâtel (Suisse); Scheuer, à Spa (Belgique).

— M. de Arconval (Arsène) est nommé préparateur de la chaire de médecine au collége de France, en remplacement de M. Ranvier, appelé à d'autres fonctions.

Société médicale d'émulation. — Dans sa dernière séance, la Société médicale d'émulation a procédé à un vote pour le renouvellement annuel de son bureau, qui se trouve composé comme suit : Président d'honneur : M. le baron Larrey. — Président ; M. Gouraud — Vice-Président : M. Widal, — Secrétaire-général : M. Lereboullet. — Secrétaires annuels : MM. Hallé et Laskowski. — Trésorier : M. J. Besnier. — Archiviste : M. Brierre de Boismont. — Comité de publication : MM. Tenneson et Desplats. — Conseil de famille : MM. Cazalas, Lagneau et Philippe. Dans sa séance du 8 janvier 1876, la Société sera appelée à voter diverses résolutions tendant à modifier ses statuts.

Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques.— Cette société réunie en assemblée générale, le 5 décembre 1875, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1876 : Président, M. Dumas, de l'Institut. — Vice-Présidents : MM. Edouard Laboulaye, professeur Bouillaud, baron Larrey et Reverchon. — Secrétaire-général ; Dr L. Lunier. — Secrétaires-généraux-adjoints : MM. Edmond Bertrand et Dr Decaisne. — Secrétaires des séances : Drs Magnan et Vidal. — Bibliothécaire-archiviste : Dr A. Motet. — Trésorier ; M. Gust. Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'ateliers, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er février 1876.

Société de statistique. — Dans sa séance du 4 décembre, cette société a renouvelé son bureau, lequel se trouve ainsi constitué pour l'année 1876 : Président d'honneur, M. Hippolyte Passy (de l'Institut); Président, M. Léonce de Lavergne, membre de l'Institut, député; Vice-Présidents, MM. E. Levasseur (de l'Institut), Dr Bertillon, Dr Lunier; secrétaire général, M. Toussaint Loux, chef de bureau de la statistique générale de France; secrétaire adjoint, M. Edmond Fléchey; trésorier, M. Jules Robyns. (*République française.*)

Conseil municipal. — Dans la séance du 4 décembre ont été adoptés les articles suivants du budget de 1876 : Jetons de présence aux membres de la Commission des logements insalubres et dépenses matérielles du service, 20,000 fr.; — Traitement du personnel de l'inspection et de la vérification des décès, 33,600.

Laboratoire de chimie du Muséum. — L'enseignement expérimental du laboratoire de chimie commencera le 15 décembre et se terminera le 15 juillet. Tous les jours de 11 heures du matin à 5 h. du soir. — Chimie minérale et organique. On s'inscrit rue de Buffon, 63.

Hopitaux de Paris. — Un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie s'ouvrira le lundi 24 janvier 1876, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration, quai de la Tournelle, 47. Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, du mardi 28 décembre 1875 au mercredi 12 janvier 1876, au secrétariat de l'administration.

Hopitaux de Nantes — A la suite du concours annuel ont été nommés : *Internes* : MM. Ollive, de Aramburu, Gergaud, Lahaye, Chenantais, Hecquard, Chatellier et Josso.

Externes : MM. Charrier, Blé, Harel, Passillé, Rapin, Dodin, Cantetcau, Tattovin, Régeut, Testut et Clissou.

Faculté de médecine de Nancy. — Par suite du concours de l'agrégation qui le retient en ce moment à Paris, M. Morel, professeur d'anatomie, ne fait pas de cours ; les étudiants n'ont donc, en ce moment, qu'un cours d'anatomie ostéologie, arthologie, myologie) par un professeur adjoint, M. Lallement

Nous savons en outre que M. le professeur Chrétien chef des travaux anatomiques à notre faculté, se porte candidat. Voilà donc les élèves de la faculté de Nancy privés et de leur professeur d'anatomie et de leur chef des travaux anatomiques pendant le semestre où précisément ils en ont le plus besoin pour les dissections et leurs études anatomiques. Nous appelons l'attention du public médical sur cet effet si désastreux, pour notre faculté, de

la centralisation du concours d'agrégation à Paris. (*Revue médic. de l'Est.*)

Externat des hôpitaux de Nancy. — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Nancy a eu lieu le 22 novembre. La question écrite était : Anatomie et physiologie de la vessie et du canal de l'urètbre chez l'homme. Le jury regrettant de ne pouvoir nommer les douze concurrents, a accordé neuf places à MM. 1 Bloch, 2 Muller, 3 Janin, 4 Drouot, 5 Hippolyte, 6 Henry, 7 Schmidt, 8 Kuhn, 9 Huguenthal. (*Revue méd. de l'Est*).

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — *Secret professionnel*. — Le tribunal correctionnel vient de rappeler un médecin à l'observation d'un de ses devoirs professionnels les plus étroits : l'obligation du secret en ce qui se rapporte à ses malades. Le Dr R... avait soigné une dame X... Il ne réussit pas plus que les autres médecins. Il fut remercié par sa cliente qui lui paya des honoraires assez élevés. Depuis, le Dr R... a publié une notice dans laquelle il cite le cas très-grave, dit-il, de la dame X..., en la désignant par son nom et son adresse. Il indiquait même que la maladie était incurable et que les enfants de la malade pouvaient en être atteints.

Le mari de la dame X..., s'est plaint de ces indiscrétions douloureuses. Le Dr R... a été condamné à 500 fr. d'amende et aux dépens pour tous dommages-intérêts. (*Le Temps.*)

LOI *portant ouverture au Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, sur l'exercice 1875, d'un crédit supplémentaire montant à* 11,933 fr. 94. — L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit : Article premier. Il est ouvert au Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, sur l'exercice 1875, un crédit supplémentaire de *onze mille neuf cent trente-trois* francs *quatre-vingt-quatorze* centimes (11,933 fr. 94) applicable aux dépenses des établissements portés dans les chapitres suivants de la 1re section du budget de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts. Sur ces 11,933 fr., 1,244 sont destinés aux facultés; 1,562 fr. à l'Institut; 538 fr. au Collége de France; 4,961 fr. au Muséum d'histoire naturelle.

—Voici en fait d'instruction et de science d'excellentes traditions de famille : Mademoiselle Gosselin, fille de l'éminent chirurgien et professeur, obtenait mardi dernier à l'Hôtel-de-Ville le brevet de capacité à la suite d'épreuves particulièrement remarquables et remarquées. (*Tribune médic.*)

LA VIE LITTÉRAIRE. — Sommaire du no du 9 déc. : Antoine-Louis Barye, par Jean Héreau. — Emaux et camées : Victor Hugo, par Hector l'Estraz, — La Chine familière et galante, par Jules Arène. — Muret et la Saint-Barthélemy, par A. de Graëve. — Extraits inédits des notes de Sainte-Beuve. Impressions de Voyage, par Sainte-Beuve. — Nos geôliers : Profils tudesques, par Rabany. — Voyage en Algérie. Notes de Voyage, par Albert Collignon. — Nouveautés littéraires et livres d'étrennes, par Fabrice W. — Déjazet, par Gustave Isambert. — Gazette rimée, Triolets, Actualités, par Silvius. — Echos et Nouvelles, par Ch. Revert. — Philo fils, roman, par Valery Vernier. Bureaux : 34, rue Richer. Un an, 6 francs. — Trois mois, 3 francs.

LA LOI SUR LES MARQUES DE FABRIQUES vient de recevoir une nouvelle application, en garantissant la provenance du sel de Pennès pour bains stimulants. — La vogue méritée de ce produit a fait naître tant de contrefaçons et d'imitations, qu'il restait souvent des doutes sur son efficacité. Aujourd'hui, il faut donc exiger le *timbre de l'Etat* sur les rouleaux du sel de Pennès.

VACANCES MÉDICALES. Clientèle médicale à céder dans un quartier populeux de Paris. Rapport 8 à 10,000 fr. S'adresser au bureau du journal *de midi à quatre heures*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AGENDA-FORMULAIRE pour 1876. Rédigé par le docteur A. Bossu, rédacteur de l'*Abeille médicale*, avec le concours de Blache, Devergie, Durand-Fardel, Gibert, Grassi, Ricord et Calvo, Sichel père, Verrier. — Pathologie, matière médicale, posologie, 500 formules. — Maladies des enfants, de la peau, des yeux, syphilitiques, etc. — Eaux minérales. — Asphyxies. — Empoisonnements. — Accouchements. — Rapports. Code médical, etc. — Renseignements divers. — Adresse de tous les médecins de Paris. — Tableau des rues de Paris, etc., etc.

L'Agenda-Formulaire pour 1876 se distingue des éditions précédentes par plusieurs améliorations : 1° l'indication de le date de la réception des médecins; 2° la refonte et l'augmentation de près du double des matières du *Code médical*; 3° d'un supplément consacré aux médications et agents thérapeutiques nouveaux ; 4° le tableau des rues de Paris, etc.

PRIX DE L'AGENDA-FORMULAIRE POUR 1873 : N° 1, Reliure chagrin fermant au crayon. 3 fr. — N° 2. Reliure chagriné à portefeuille, 3 fr. 5 . — N° 3. Le même, avec trimestres mobiles, 4 fr. — N° 4. Reliure forme serviette, trimestres mobiles, 5 fr. — N° 5. Reliure chagrin, portefeuille avec petite trousse,poche en soie, 6 fr.—N° 6. Le même avec trimestres mobiles, 7 fr. — N° 7. Reliure avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, etc., 8 fr. — N° 8. Le même, avec fermoir en maillechort, etc., 9 fr. — Broché, avec couverture imprimée, 1 fr. 75. — Cahier plein, doré sur tranche, 2 fr. 50. — Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles, 3 fr. — Tous les *Agendas*, excepté le broché, sont dorés sur tranche. — Ceux à petite trousse sont munis de passettes élastiques Charrière. — V. Adrien Delahaye et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine, et au bureau de l'*Abeille médicale*, 5, rue Saint-Benoît.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

SAINT-MARTIN DE LA PLAGNE. — Exposé théorique et pratique des maladies vénériennes, 1 vol. in-12 de 252 p. 5 fr.

MILLOT (G.). De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie, in-8 de 180 p. 4 fr. 50.

Librairie G. MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine

CARTAZ (A.). Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente, in-8 de 78 p.

A la Librairie MANCEAUX, à Bruxelles.

CROCQ (J.). Louise Lateau devant la physiologie et la pathologie, in-8 de 54 p.

— De la coutagion du choléra, in-8 de 44 p.

— De l'anthracose pulmonaire ou de la pénétration des particules de charbon dans le poumon des houilleurs, in-8 de 38 p.

— De la folie paralytique et de ses rapports avec la civilisation, in-8 de 27 p.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — M. le professeur CHARCOT continue ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux tous les dimanches, à 9 heures et 1[2.

Hôtel-Dieu. — *Médecine*. Service de M. BÉHIER. Salle Sainte-Jeanne (H.): 2, péricardite; 9, paralysie générale; 14, adénie; 26, trouhles trophiques des membres iuférieurs; 11, obstruction intestinale. — Salle Sainte-Anne (F.). 4, paralysie générale; 6, sclérodermie; 10, cancer du péritoine; 11, sclérose en plaques; 24, chorée sénile; 28, paralysie du voile du palais. Leçons au lit des malades tous les jours à 8 h. 1/2.

Service de M. MOISSENET. Salle Sainte-Jeanne (H.) : 51, pneumonie typhoïde du sommet gauche; 53, 70, pleurésie; 57, ataxie locomotrice, syphilis; 65, tumeur de la région cœcale?; 73, paraplégie traumatique; 75, empyème datant de 2 ans. — Salle Saint-Roch (F.): 1, hystérome; 3, néphrite parenchymateuse; 6, tumeur syphilitique du cerveau; 9, arthrite blennorrhagique du coude.

Service de M. FAUVEL. Salle Saint-Landry (H.) : 5, insuffisance mitrale; 14, maladie de Bright. — Salle Saint-Joseph (F.) : 9, 10, fièvre typhoïde; 14 insuffisance aortique ; 15 mal de Bright.

Service de M. FRÉMY. Salle Saiut-Martin (H.) : 4, arthrite blennorrhagique ; 5, pleuropneumonie ; 13 pleurésie purulente; 21 absinthisme-épilepsie; 21 bis, variole confluente. — Salle Sainte-Marie (F.) : 4, lésiou mitrale. Battements hépatiques ; 1, ulcère de l'estomac ; 4 bis, chorée.

Chirurgie. — Service de M. RICHET. Clinique les mardis et samedis à 9 heures 1[2. — Salle Saint-Charles. Anusartificiel; tumeur du petit hassin, comprimant l'intestin ; 6, nécrose de l'ischion ; 13, fistule vésico-vaginale ; 18, contusion de la hanche; 22. bec de lièvre doulbe compliqué.

Service de M. GUÉRIN. Leçon sur les maladies utérines, les lundis à 9 heures 1[2. — Salle Saint-Antoine (H.) : 15, tubercules du testicule ; 9, 20, fractures du col du fémur ; 4, 5, polypes naso-pharyngiens; 14, hydronéphrose.

Saint-Maurice (F.) : 1, carie du rocher et de l'apophyse mastoïde ; 9, ovarite double; 32, saryngite blennorrhagique ; 22, résection du tibia et du péroué, tumeur blanche tibio-tarsienne.

Service de M. CUSCO. Salle Sainte-Marthe (H.) : 5, Orchite spoutanée ; 6, contusion de la hanche ; 29, mal perforant du pied. — Salle Saint-Paul (F.) : 12, résection du coude pour tumeur blanche ; 21, squirrhe en cuirasse atrophique de la mamelle ; 24, fracture comminutive de jambe ; 25, abcès du sein.

Hôpital de la Pitié : Service de M. DESNOS. Salle Sainte-Marthe (H). 11 et 12, Dothiénenthérie : 20, pérityphlite; 38, leucocythémie; 5, néphrite interstitielle; 18, pleurésie endo-péricardite. — Salle Sainte-Geneviève (F.): 1, ataxie locomotrice; 7, pleurésie, maladie de Bright; 14, kyste de l'ovaire, maladie de Bright; 27, affection mitrale ; congestion du foie.

Service de M. GALLARD. Salle Saint-Athanase (H.); 6, paralysie spinale antérieure ; 13 sciatique avec atrophie musculaire ; 13, ulcère de l'estomac ; 18, pneumonie : hépatisation grise. — Salle du Rosaire (F.) : 7, cystosarcome de l'ovaire ; 14, rétention du placenta ; avortement de 2 mois ; 39, ovarite ; pelvi-péritonite ; 9 myélite centrale diffuse.

Service de M. GOMBAULT. Salle Sainte-Eugénie (F.) : 13, anévrysme de l'aorte ; 17, tumeur cérébrale ; 21, rétrécissement mitral ; 22, cancer stomacal; 25, chloro-anémie ; 5, souffle intense ; 31, affection double du cœur : mitrale et aortique ; 47, corps fibreux ; ascite ; 33, hémiplégie essentielle à 20 ans ; 19, ataxie locomotrice ; 21, paralysie, 27; dilatation des bronches ; 12, pleurésie purulente, vomique.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. HARDY. Salle Saint-Jean (F.): 4, psoriasis guttata; 8, pityriasis rubia; 14, ecthyma syphilitique (rupia); 55, lupus scrofuleux; 64, plaques muqueuses interdigitales; 74, abcès scrofuleux, eczéma de forme scrofuleuse. (H.) : 17, lupus de la face; 21, syphilide tuberculeuse de la lèvre; 22, lupus du pied: 34, ulcérations arsenicales.

Service de M. LAILLER. Salle Sainte-Foy (F.) : 2, lupus tuberculeux de la face; 3, rupia; 5, pityriasis non parasitaire; 6, gomme du voile du palais; 7, gomme du genou; 8, acné; 23, ictère, prurigo, ecthyma. — Salle Saint-Mathieu (H.) : 23, eczéma impétigineux; 27, psoriasis du nez; 30, ecthyma,

rupia: 44, acné hypertrophique de la nuque; 72, varices lymphatiques du pied; 73, eczéma généralisé; 77, syphilide serpigineuse du mollet; 79, pelade; 78, pemphigus généralisé. — Teignes : faveuse, pelade, tondante.

Consultations, lundi; Besnier; mardi, Hillairet; mercredi, Lailler; jeudi, Hardy; vendredi, Guibout; samedi, Vidal.

Opérations: vendredi, Cruveilhier; samedi, Péan.

Hôpital Temporaire, rue de Sèvres. Service de M. Fernet. Salle Saint-Généviève (H) : 8, paralysie saturnine: 10, pleurésie; 11, goutte; 23, hémiplégie alterne syphilitique; 31, paralysie générale. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, cirrhose; 3, pneumonie; 9, tuberculisation généralisée, péritonite tuberculeuse; 20, asthme: 26 et 27, ataxie locomotrice. — Salle Saint-Joseph (F.) : 2, cancer de l'estomac, tubercules pulmonaires; 3, hystérie, grandes attaques convulsives; 20, anévrysme de la crosse de l'aorte; 22, ataxie locomotrice; 31, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Antoinette: Varioleux.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Salle Sainte-Hélène (H.) : 3, empyème; 6, saturnisme, hémiplégie; 9, hémorrhagie cérébrale; 12, péritonite tuberculeuse; 10, rétrécissement et insuffisance mitrale; 21, myélite chronique. — Salle Saint-Jean (F.) : paralysie aiguë; 5, stomatite mercurielle; 10, polysarcie; 11, arthrite puerpérale — Salle Saint-Louis (H.) : 7, conjonctivite catarrhale; 15, kyste de l'ovaire; 24, pachyméningite.

Service de M. Lucas-Championnière. Salle Saint-André (H.) : 4, amputation du gros orteil, pansement de Lister; 6, vaste abcès au côté externe du cou-de-pied, pansement de Lister; 8, entorse du genou; 20, hémorrhoïdes. internes et externes, section au galvano-cautère; 25, kératite et iritis, hypopyon; 43, perforation du voile du palais, staphyloraphie; 44, amputation de jambe, pansement de Lister; 26 et 27, fracture de clavicule; 39; hérato-conjonctivite chronique scrofuleuse; 24, abcès derrière le grand pectoral.

Hôpital Lariboisière. Service de M. Jaccoud. Salle Sainte-Claire : 4, rétrécissement aortique et insuffisance mitrale: 7; 16, anévrysme de l'aorte abdomiuale; 11, albuminurie, syphilis tertiaire : 12, endocardite rhumatismale; 17 bis, cancer généralisé; 20, obstruction des voies biliaires (cancer); 22, 36, affection mitrale; 23, albuminurie; 24, kyste de l'ovaire, cystosarcome. — Salle Saint-Jérôme: 1, emphysème pulmonaire; 4, ataxie locomotrice; 8, fièvre typhoïde; 11, ulcère simple de l'estomac; 13, endocardite mitrale et aortique, pleurésie; 16, athérome artériel; 18, endo-myocardite; 19 bis, myélite chronique; 22, hydropneumothorax; 23, asthme; 25, ramollissement cérébral; 26, hémorrhagie cérébrale; 34, ataxie locomotrice.

Service de M. Guyot. Salle Sainte-Elisabeth 4, phlegmon sous-péritonéal; 5, phlegmon de la fosse iliaque; 7, affection mitrale; 9, hystérie; 10, fièvre typhoïde; 16, fausse couche, pelvi-péritonite; 24, asystolie; 26, fièvre typhoïde, forme ataxique; 28, paralysie consécutive à une fièvre typhoïde; 29, paralysie d'origine syphilitique; 34, corps fibreux utérin. — Salle Saint-Henri : 2, paralysie spinale; 5, pleurésie purulente; 8, rhumatisme articulaire subaigu, endocardite; 10, emphysème, affection cardiaque, albuminurie; 12, affection cardiaque, œdème; 17, mal de Pott, paraplégie; 18, péritonite tuberculeuse; 19, paralysie générale, fracture de la clavicule; 20, ramollissement cérébral; 21, lymphadénome des ganglions cervicaux et bronchiques; 26, atrophie musculaire progressive; 29, pleurésie sèche; 32, ataxie locomotrice; 34, alcoolisme, tubercules pulmonaires.

Service de M. Siredey. Salle Sainte-Geneviève : 1, 16, pelvi-péritonite; 5, pneumonie; 9, rhumatisme génital; 12, entérite chronique; 15 bis, ictère catarrhal; 18, affection mitrale, arthrite cervicale; 27, albuminurie, pneumonie, grossesse: 33, métrite parenchymateuse, phlegmon du ligament large. (Voir page 784.)

Service de M. RAYNAUD. Salle Sainte-Mathilde : 4, tumeur cérébrale; 5, bronchite aiguë intense; 8, colique hépatique; 12, cirrhose hypertrophique; 18, érysipèle de la face; 21, affection cardiaque; 22, pleurésie purulente; 23, chorée; 32, phlegmon du ligament large. — Salle Saint-Landry : 1, polyurie; 2, rhumatisme blennorrhagique; [illegible] ionnée; 13 bis, paralysie générale.

Le gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE [illegible] ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

G

H

I

J

K

L

M

T

U

V

Y

Z

N. B. *Recherches par lettre alphabétique, non-seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :* Association française, — Congrès, — Chirurgie, — Société anatomique, — S. de biologie, S. de chirurgie.



VERSAILLES. — TYP. CERF ET FILS, RUE DU PLESSIS, 59.